

PESQUISAS E AÇÕES EM **Saúde Pública**

Edição IV

EP
EDITORA
PASTEUR

Pesquisas e Ações em Saúde Pública

Edição IV

Organizadores

Camilla Castro de Almeida
Guilherme Barroso L. De Freitas

Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)

Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues

MSc. Bárbara Mendes Paz
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Daniel Brustolin Ludwig
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Durinézio José de Almeida
(Universidade Estadual de Maringá - PR)

Dr. Everton Dias D'Andréa
(University of Arizona/USA)

Dr. Fábio Solon Tajra
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior
(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Gabriela Dantas Carvalho

Dr. Geison Eduardo Cambri

MSc. Guilherme Augusto G. Martins
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dra. Hanan Khaled Sleiman

(Faculdade Guairacá - PR)

MSc. Juliane Cristina de Almeida Paganini

(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr. Lucas Villas Boas Hoelz

(FIOCRUZ - RJ)

MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira
(Faculdade Inspirar - PR)

Dra. Márcia Astrês Fernandes

(Universidade Federal do Piauí - PI)

Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli

(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)

Dr. Paulo Alex Bezerra Sales

MSc. Raul Sousa Andreza

MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Editora Pasteur, PR, Brasil)

F866 FREITAS, GUILHERME BARROSO LANGONI DE
Pesquisas e Ações em Saúde Pública
ALMEIDA, C.C de & FREITAS, G.B.L. de. – Irati-PR: Pasteur,
2022.

1 livro digital; 214 p.; ed. IV.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-815-4914-5

<https://doi.org/10.29327/560779>

1. Medicina 2. Ciências da Saúde 3. Saúde pública

I. Título. CDD 610

CDU 61

PREFÁCIO

A Editora Pasteur apresenta com muito prazer a 4ª edição da coletânea de capítulos sobre Saúde Pública. Essa é uma área de interesse internacional, onde comunidades com realidades diversas trocam experiências com o objetivo de reduzir custos e prestar a melhor cobertura possível em políticas públicas que atendam o maior número de pessoas. Por ser tratar de uma área multidisciplinar, nossas edições sempre contam com a participação de profissionais e estudantes das áreas de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

A leitura deste material destina-se a todos os profissionais, estudantes, pesquisadores e interessados na área de Saúde Pública. A compreensão dos problemas e de projetos dentro deste campo proporciona ampliar os horizontes sobre novos projetos que podem ser implantados em suas regiões ou mesmo em locais carentes de iniciativas eficientes.

Promoção à saúde e prevenção de doenças, políticas implementadas, estudos epidemiológicos e de gestão em saúde poderão ser encontrados nesta nova edição. Esperamos que tenham uma leitura agradável e parabenizamos os autores por suas pesquisas e redações.

Guilherme Barroso L. De Freitas
Editor Chefe da Editora Pasteur

Sumário

CAPÍTULO 1	ARTICAÍNA 4% COM FORMULAÇÃO DE 1:200.000: INDICAÇÃO E VANTAGENS SOBRE OUTROS ANESTÉSICOS LOCAIS UTILIZADOS EM ODONTOLOGIA	1
CAPÍTULO 2	DILEMAS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM	8
CAPÍTULO 3	ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2016-2020	19
CAPÍTULO 4	AVALIAÇÃO DO CONTROLE DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	26
CAPÍTULO 5	A EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE E COMO ELA SE COMPORTA	33
CAPÍTULO 6	O CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA	39
CAPÍTULO 7	MORTALIDADE DE IDOSOS NO ESTADO DO MARANHÃO POR DIABETES MELLITUS ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2019	44
CAPÍTULO 8	DESCONSTRUINDO O FAZER PROFISSIONAL COM INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL COMO FERRAMENTA PARA TRABALHAR GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	53
CAPÍTULO 9	GESTÃO E COMUNICAÇÃO PARA O ALCANCE DA SEGURANÇA CIRÚRGICA	59
CAPÍTULO 10	PREVENÇÃO DE DOENÇA CARDÍACA E OBESIDADE EM POPULAÇÃO DOWN ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E AUTONOMIA	66
CAPÍTULO 11	VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	73
CAPÍTULO 12	A NOVA PANDEMIA NA SAÚDE PÚBLICA: A OBESIDADE INFANTIL NO ESCOPO PREVENTIVO	83
CAPÍTULO 13	DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	89
CAPÍTULO 14	CONDUTAS E FORMAS DE PREVENÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	103
CAPÍTULO 15	CONHECIMENTO DE PROFESSORES SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE	109

Sumário

CAPÍTULO 16	AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL EM UMA CIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE	116
CAPÍTULO 17	ASSISTÊNCIA DE SAÚDE FRENTE A SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	122
CAPÍTULO 18	GESTÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE A PORTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDEZ	129
CAPÍTULO 19	CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO DA HOSPITALIDADE E AMBIÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	138
CAPÍTULO 20	SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	146
CAPÍTULO 21	TECNOLOGIA NA GESTÃO DE PROCESSOS E SEGURANÇA EM SAÚDE	152
CAPÍTULO 22	A SUSTENTABILIDADE NA ATUAÇÃO DO GESTOR EM SAÚDE	161
CAPÍTULO 23	RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	169
CAPÍTULO 24	FATORES QUE INFLUENCIAM NA GESTÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	174
CAPÍTULO 25	ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA E RESISTÊNCIA BACTERIANA	181
CAPÍTULO 26	EFEITOS DA RESTRIÇÃO DE FODMAPs NA REDUÇÃO DE SINTOMAS DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL	187
CAPÍTULO 27	PREVALÊNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM GESTANTES <i>VERSUS</i> FORMA DE ALEITAMENTO: ESTUDO TRANSVERSAL	196
CAPÍTULO 28	CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE DEVIDO A DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO NO MUNICÍPIO DE VASSOURAS/RJ EM 2018	202

Capítulo 1

ARTICAÍNA 4% COM FORMULAÇÃO DE 1:200.000: INDICAÇÃO E VANTAGENS SOBRE OUTROS ANESTÉSICOS LOCAIS UTILIZADOS EM ODONTOLOGIA

JOÃO PEDRO OLIVEIRA DE BATISTA¹
MARINA FONSECA PORTO¹
EMILLY DUTRA AMARAL MEGGIOLARO¹
ROBERTSON WAGNER CARVALHO BATISTA²
DANILLO COSTA RODRIGUES²
VALDIR CABRAL ANDRADE³

1. *Discente – Odontologia.*
2. *Cirurgião-Dentista.*
3. *Docente – Odontologia na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).*

PALAVRAS-CHAVE

Anestésicos; Farmacologia; Odontologia.

INTRODUÇÃO

No campo odontológico existem diversos tipos de anestésicos locais com diferentes indicações, potências, durabilidade e particularidades que devem ser observadas pelo profissional e sua equipe previamente ao procedimento odontológico, a fim de evitar complicações transoperatórias ou até mesmo agravar o quadro de alguma patologia preexistente. Dentre as principais características podem ser citadas as soluções contendo vasoconstritores ou não. Diante disso, é possível dizer que nem todos os anestésicos podem ser receitados para todos os pacientes, devendo-se fazer uma breve investigação de problemas existentes ou condições desencadeadoras de complicações (CARVALHO *et al.*, 2013).

A descoberta de substâncias que promovem a perda da sensibilidade local foi um fato marcante na história da medicina. Após o surgimento dos sedativos em meados do século XIX, os anestésicos foram considerados grandes feitos inovadores. A evolução dos anestésicos iniciou com o uso da cocaína em um experimento no ano de 1884 por Karl Koller, que a colocou sob o globo ocular observando a ação de insensibilidade no local. A partir desse evento surgiram várias experiências na tentativa de buscar componentes que causassem menor risco de dependência e efeitos colaterais (COELHO *et al.*, 2021).

Os anestésicos locais são substâncias que promovem segurança aos pacientes quanto ao gerenciamento da dor no intra e pós-operatório. A taxa de irritabilidade local do tecido onde se aplica o anestésico é mínima e os índices de toxicidade também não são significativos. Dentre os principais anestésicos utilizados na odontologia estão a lidocaína, mepivacaína, articaína, prilocaína e cloridrato de bupivacaína. Os anestésicos agem no local onde são aplicados com a ação de bloquear o processo de excitação-

condução nos nervos periféricos, sendo importantíssimos no campo odontológico (DEVENS *et al.*, 2021; RABÊLO *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, a descoberta do cloridrato de articaína trouxe a este componente uma reputação superior aos demais anestésicos. Isso pode estar associado a alguns resultados como, por exemplo, a menor sensação de dor pós-procedimentos em pacientes que se submeteram à articaína 4% em comparação ao uso de lidocaína (TONG *et al.*, 2018).

Portanto, a pesquisa visa buscar, através da revisão de literatura, dados e informações acerca do uso da articaína e responder à pergunta de pesquisa: “quais as vantagens apresentadas pela articaína em relação a outros tipos de anestésicos comumente utilizados na odontologia?”. Concomitantemente, objetivou-se elucidar suas indicações e vantagens sobre os demais anestésicos existentes no mercado e utilizados na odontologia.

O objetivo deste estudo foi conhecer as vantagens e indicações da articaína 4% com epinefrina 1:200.000 em relação a outros anestésicos locais, descrevendo as principais características do anestésico e sua utilização, além de sua eficácia mediante às particularidades de outros anestésicos locais odontológicos.

METODOLOGIA

Para esta revisão bibliográfica integrativa foi realizado um levantamento bibliográfico nas plataformas BIREME, Pubmed e SciELO.

A estratégia de pesquisa utilizou como primeiro ponto norteador a formulação da pergunta-problema a fim de direcionar as demais etapas. Posteriormente, foram definidos como descritores as palavras-chave “articaína”, “anestésico local”, “uso terapêutico” e “Odontologia”, utilizadas na pesquisa nas bases

de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Pubmed e SciELO.

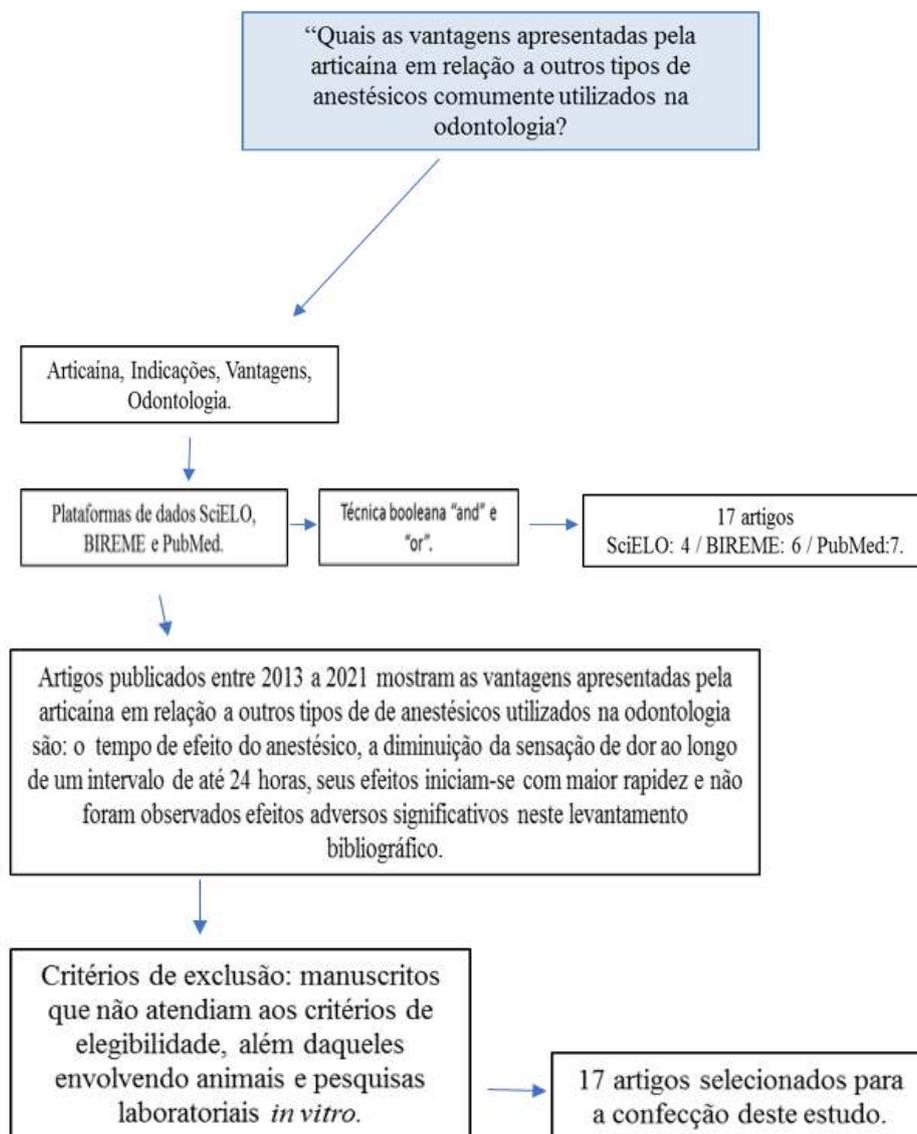
Foram delimitados como critérios de inclusão a abordagem estrita sobre a delimitação do tema, publicação entre 2013 a 2021, trabalhos e estudos feitos em língua portuguesa, língua espanhola ou inglesa.

Após a triagem foram excluídos artigos que não atendiam à delimitação do tema proposta ou que apresentavam testes em animais. A leitura

dos resumos auxiliou na definição dos artigos que foram utilizados para a construção dessa revisão. A extração dos dados foi feita através da leitura analítica dos conteúdos por completo contemplando também os resultados apresentados em cada trabalho. Foram selecionados 17 artigos para compor a revisão.

A **Figura 1.1**, a seguir, demonstra as etapas percorridas até a escolha dos artigos utilizados nessa pesquisa.

Figura 1.1. Fluxograma das etapas da pesquisa



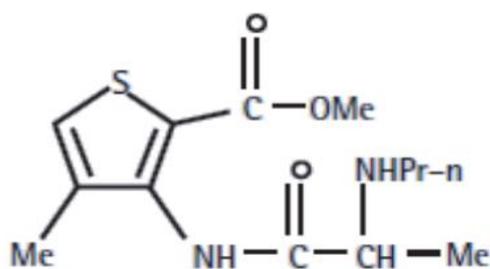
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Articaína: características, indicações, vantagens e eficácia

A articaína é um anestésico local do tipo amida (grupo orgânico cuja formação química é realizada pela ligação de um átomo de nitrogênio em uma cadeia acila), utilizado no campo odontológico há cerca de duas décadas e considerado um método seguro de anestesia. Este composto promove maior solubilidade lipídica, potência intrínseca e maior ligação às proteínas plasmáticas em até 95%. A durabilidade do efeito que a articaína possui dependerá da sua capacidade de ligação às proteínas, o que pode variar entre 40 a 60 minutos no nível pulpar e 120 a 300 minutos em regiões de tecidos moles. O início dos efeitos ocorre em até dois minutos (MITTAL *et al.*, 2018).

A **Figura 1.2** apresenta a configuração química da articaína para melhor compreensão.

Figura 1.2. Configuração química da articaína



Fonte: Miguel, 2020, p. 22.

Sua disseminação ocorreu apenas no fim da década de 1970, ainda que sua descoberta tenha sido descrita na literatura nos anos 1960. No Brasil, a chegada da articaína só ocorreu em 1999. Esse anestésico possui um anel de tiofeno na sua estrutura que aumenta seu poder de solubilidade lipídica bem como a sua capacidade de adentrar por meio da membrana de bainhas nervosa. Seu alto grau de ligação com as proteínas plasmáticas lhe confere maior adesão

aos receptores específicos fato este que justifica a sua durabilidade no efeito anestésico (COELHO *et al.*, 2021; DEVENS *et al.*, 2021).

Embora a articaína seja classificada como um anestésico do grupo amida possui um grupamento éster na molécula química fazendo com que seja modificada no fígado e no plasma. Sua excreção acontece através dos rins sendo que 5 a 10% da substância é eliminada sem alteração (MELLO, 2019).

A fórmula da articaína comercializada no Brasil possui um vasoconstritor adrenérgico que promove melhor controle intra-operatório, trazendo melhorias no potencial do anestésico, na qualidade e duração do efeito e no controle de sangramento. É associado ao vasoconstritor epinefrina na proporção de 1:100.000 e 1:200.000. Embora autores defendam o melhor efeito da articaína a 4% associada a concentrações maiores de epinefrina (1:2000.000), a experiência desse estudo evidenciou resultados similares entre os dois tipos (DEVENS *et al.*, 2021).

A dose máxima recomendada para articaína no Brasil é de 6,6 mg/kg, não podendo ultrapassar 500 mg ou seis tubetes. Embora ambas as concentrações não prejudiquem sua ação, a concentração de 1:1000.000 possui evidências de melhor controle e visualização do sangramento. A reação adversa que a articaína pode promover é a metahemoglobinemia devido à administração acidental intravenosa (RABÊLO *et al.*, 2019).

Comparando a articaína com outros anestésicos é possível encontrar vantagens da mesma sobre eles. No caso da comparação com a lidocaína, por exemplo, a articaína possui maior durabilidade do efeito anestésico durante o procedimento em doses menores (MITTAL *et al.*, 2018).

Um estudo feito por Gazal *et al.* (2017) comparou o início do efeito dos anestésicos

articaína 4% e mepivacaína 2% bem como o possível desconforto gerado no momento da aplicação. A investigação teve como objetivo conhecer os anestésicos que tivessem maior durabilidade nos efeitos, alta potência e de início rápido. O resultado encontrado apontou a articaína com efeito mais rápido que a mepivacaína. Nesse mesmo estudo constatou-se que a articaína pode ser o anestésico local de primeira escolha em cirurgia oral. Na investigação com um grupo de 85 pacientes submetidos à extração dentária com utilização

de anestésico local (articaína e mepivacaína), os pacientes do grupo de infiltração bucal com articaína registraram tempo de início de ação mais rápido em relação à anestesia e extração de dentes do que os pacientes no grupo de infiltração bucal com mepivacaína.

No **Quadro 1.1**, demonstra-se um comparativo entre a articaína 4%, a mepivacaína 3% e a lidocaína sob três aspectos com o intuito de comparar, de forma mais elucidada, vantagem e eficácia dos anestésicos.

Quadro 1.1. Comparação entre os anestésicos tipo amida

Anestésico	Tempo de ação e Latência	Efetividade anestésica	Sensação de dor no intervalo de 6 a 24 horas	Anestesia pulpar (desempenho)	Velocidade infiltrativa	Taxa de sucesso
Articaína 4%	> mepivacaína e lidocaína	= à lidocaína	< que a mepivacaína e escore de dor menor que a lidocaína	3,87 x maior que a lidocaína	Início mais rápido que a lidocaína	> que a lidocaína
Mepivacaína 3%	< que a articaína	< que a articaína	> que a articaína	Sem resultados	Sem resultados	Sem resultados
Lidocaína	< que a articaína	= à articaína	Sem resultados	Desempenho menor que a articaína	Início mais lento	< que a articaína

Fontes: Neves *et al.*, 2021; Prado, 2020; Toledo *et al.*, 2020.

Percebe-se no **Quadro 1.1** que a articaína possui tempo de ação e latência maior do que os apresentados pela mepivacaína e a lidocaína. Em contrapartida, possui efetividade anestésica similar à lidocaína e maior do que a mepivacaína. No que tange à sensação de dor dos pacientes após o intervalo de 6 a 24 horas, quando submetidos à articaína, a sintomatologia dolorosa é menor do que naqueles submetidos à mepivacaína durante o procedimento. A articaína também apresentou taxas de sucesso superiores quando comparada à lidocaína, possuindo maior velocidade infiltrativa, além de menor índice de efeitos adversos nos pacientes (NEVES *et al.*, 2021; PRADO, 2020; TOLEDO *et al.*, 2020).

A articaína foi apontada por ser um potente anestésico e com início rápido quando

administrado localmente (pelo método de infiltração) para exodontias de elementos dentários superiores. Por fim, este anestésico possui ampla deliberação para aplicação em pacientes com disfunção hepática e renal (SHALASH *et al.*, 2020; RABÊLO *et al.*, 2019).

A articaína é contraindicada em gestantes pelo fato de que seus metabólitos podem levar ao desenvolvimento de metahemoglobinemia na mãe e no feto, bloqueando a liberação efetiva de oxigênio para os tecidos do corpo, ou seja, causando hipóxia – possível necrose tecidual (DIAS *et al.*, 2021).

A metamoglobinemia é uma reação adversa a medicamentos bem conhecida e relacionada ao uso de certos agentes anestésicos locais. Em gestantes, essa condição é considerada um problema visto que coloca um nível de estresse

letal no corpo, causando efeitos deletérios catastróficos (NEANDER *et al.*, 2018).

Em vários procedimentos, a articaína é mais eficaz se comparada a outros anestésicos locais. Na revisão sistemática de Nagendrababu *et al.* (2020) foram identificadas pesquisas que apontaram para a eficácia da articaína sobre a lidocaína em casos de anestesia local de dentes com pulpíte irreversível em tratamento de canal radicular. Nesses trabalhos foram observadas evidências limitadas de que a injeção de articaína é menos dolorosa, tem início mais rápido e menos eventos adversos em comparação com a lidocaína. Comparando a eficácia anestésica da articaína com a lidocaína, incluindo todas as vias de administração (combinada com infiltração, bloqueios mandibulares, infiltração suplementar), houve heterogeneidade moderada. Três estudos relataram que a articaína teve uma taxa de sucesso de 1,15–2,3 vezes maior do que a lidocaína. Foram incluídos oito ensaios clínicos em sua metanálise e concluído que a articaína teve uma taxa de sucesso anestésico 1,16 vezes maior do que a lidocaína (NAGENDRABABU *et al.*, 2018).

Uma das desvantagens do uso da articaína é a sua biotransformação por meio de colinesterase plasmáticas e teciduais proporcionando um metabólito inativo com

toxicidade cardíaca e neurológica significativa (RABÊLO *et al.*, 2019).

Como todos os anestésicos locais, a articaína pode causar sintomas de toxicidade significativa no sistema nervoso central se forem alcançadas concentrações séricas muito altas. Os sintomas associados aos efeitos adversos são edema, trismo, hematomas e parestesias. Este último sintoma é caracterizado pela perda sensorial na região enervada provocada por um trauma direto no decorrer de um procedimento, por exemplo (GONÇALVES *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desta revisão de literatura foi possível observar que o anestésico do tipo amida articaína 4% com formulação de 1:200.000 apresenta algumas vantagens em comparação a outros do mesmo grupo. Dentre elas estão o tempo de efeito do anestésico, a diminuição da sensação de dor ao longo de um intervalo de até 24 horas, o fato de seus efeitos iniciarem com maior rapidez e não foram observados efeitos adversos significativos neste levantamento bibliográfico.

A indicação da articaína apresenta apenas exceção às gestantes pelo risco do desenvolvimento de metahemoglobinemia, bem como a pacientes acometidos por cardiopatias e disfunções neurológicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, B. *et al.* O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 70, p. 178, 2013.
- COELHO, S.K.N. *et al.* A utilização dos anestésicos locais em odontologia: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, p. 1, 2021.
- DEVENS, A.C. *et al.* Comparison of the effectiveness of infraorbital anesthesia using 4% articaine associated with 1:100,000 and 1:200,000 epinephrine. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 78, p. 1, 2021.
- DIAS, W.P. *et al.* Análise do grau de conhecimentos dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia da macrorregião de Araguaí sobre a terapêutica medicamentosa, as condições sistêmicas das gestantes e lactantes. *JNT*, v. 1, p. 298, 2021.
- GAZAL, G. *et al.* Comparison of onset anesthesia time and injection discomfort of 4% articaine and 2% mepivacaine during teeth extractions. *Saudi Journal of Anesthesia*, v.11, p. 152, 2017.
- GONÇALVES, C.M. *et al.* Articaína: aspectos moleculares e aplicabilidade na clínica odontológica. *Research, Society and Development*, v. 10, p. 1, 2021.
- MELLO, P.S. Eficácia anestésica das soluções de articaína 2% e 4%, ambas com epinefrina 1:200.000, na técnica de bloqueio infraorbitária [tese]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, 2019.
- MIGUEL, V.N.J. Eficácia anestésica de la articaína al 4% y lidocaína al 2% en cirugía de terceros molares inferiores retenidos [dissertação]. Quito: Universidad Central del Ecuador, 2020.
- MITTAL, J. *et al.* Comparative study of the efficacy of 4% articaine vs 2% lidocaine in surgical removal of bilaterally impacted mandibular third molars. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, v. 19, p. 743, 2018.
- NAGENDRABABU, V. *et al.* Is articaine more effective than lidocaine in patients with irreversible pulpitis? An umbrella review. *International Endodontic Journal*, v. 53, p. 200, 2020.
- NEANDER, N.G. *et al.* The acute treatment of methemoglobinemia in pregnancy. *The Journal of Emergency Medicine*, v. 54, p. 685, 2018.
- NEVES, M. *et al.* Prescrição medicamentosa em odontologia, suas normas e condutas: uma revisão de literatura. *Revista Estação Científica*, v. 25, p. 1, 2021.
- PRADO, G.A.S. Avaliação comparativa da incidência de dor pós-operatória e de parestesia do nervo alveolar inferior utilizando articaína e mepivacaína em cirurgias de terceiros molares inferiores [trabalho de conclusão de curso]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, 2020.
- RABÊLO, H.T.L.B. *et al.* Anestésicos locais utilizados na Odontologia: uma revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, v. 8, p. 540, 2019.
- SHALASH, M. *et al.* Anesthetic efficacy of three different volumes of 4% articaine for extraction of maxillary posterior teeth: a randomized trial. *Journal of International Dental and Medical Research*, v. 13, p. 241, 2020.
- TOLEDO, G.J. *et al.* Lesões profundas de pele; suturas com utilização de anestésico articaína como alternativa à lidocaína: revisão de literatura. In: FREITAS, G.B.L., organizador *Trauma e emergência: volume I*. Irati: Pasteur, 2020.
- TONG, H.J. *et al.* Anaesthetic efficacy of articaine versus lidocaine in children's dentistry: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 28, p. 347, 2018.

Capítulo 2

DILEMAS ÉTICOS E BIOÉTICOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM

KAROLINE PETRICIO MARTINS¹
CLÁUDIA DENISE GIUSTI OLIVEIRA¹
RAFAELA GESSNER LOURENÇO²
SUSANNE ELERO BETIOLLI³

1. Discente – Mestre em Prática do Cuidado em Saúde UFPR. Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

2. Docente – Doutora em Ciências. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

3. Docente – Doutora em Enfermagem. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

PALAVRAS-CHAVE
Ética; Bioética; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A formação profissional em saúde vislumbra o desenvolvimento de habilidades e competências capazes de garantir assistência à saúde humanizada, eficaz e de qualidade. Para tanto, torna-se essencial a formação ética do profissional em saúde (FINKLER *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde passam pelo processo de formação profissional com intuito de serem preparados para prestação de assistência humanizada, eficaz e de qualidade. Destarte, a formação ética do profissional é essencial para que este desenvolva competências, além de se tornar cidadão socialmente comprometido (FINKLER *et al.*, 2013).

A ética é definida como o “conjunto de princípios morais, valores, que regulamentam os direitos e deveres de cada cidadão e que são estabelecidos e aceitos por um povo em um determinado tempo” (SILVA *et al.*, 2017, p. 307). A moral é representada pelo comportamento humano, associado ao bem ou mal.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) regulamenta a conduta ética da profissão. Trata-se do instrumento que contém princípios, direitos, responsabilidades e proibições referentes à atuação da equipe de enfermagem (COFEN, 2017). Para o estabelecimento dessas normas, os conselhos de enfermagem atuam na fiscalização do exercício da profissão (LUNARDI *et al.*, 2007).

As atitudes dos profissionais de enfermagem devem estar fundamentadas nos valores da profissão e no Código de Ética, assegurando promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como reabilitação das pessoas. Deste modo, as decisões tomadas por estes profissionais devem ser norteadas por preceitos éticos e legais no uso do preceito da autonomia (SILVA *et al.*, 2017).

O Código de Ética considera a necessidade e o direito dos indivíduos de terem assistência à saúde de qualidade e organizada, que não disponha de riscos ou danos à população, por meio de postura profissional adequada (COFEN, 2017).

Enfatiza-se que o CEPE normatiza e orienta as relações estabelecidas entre paciente e profissional da enfermagem e junto aos profissionais. Vislumbra-se, portanto, a relação valorosa e respeitosa entre os membros das equipes de enfermagem. Isso é observado por pacientes e família, que acabam se sentindo mais seguros e confiantes com os cuidados que serão prestados pelos profissionais (LEITE *et al.*, 2006).

Entretanto, o olhar que o profissional detém sobre a ética é algo subjetivo e engloba um componente racional e outro místico, pois esse conceito se regenera e se atualiza no transcorrer da história. Ao considerar os dilemas éticos vivenciados nos processos de trabalho, em qualquer ambiente, implicam-se dificuldades para encontrar a solução ideal “diante de um raciocínio que parte de premissas contraditórias e mutuamente excludentes, em relação a uma determinada situação, ambas ingratas ou mesmo contrárias ao nosso sentir” (GERMANO, 2013, p. 77).

O termo bioética foi utilizado pela primeira vez em 1971, por Van Potter, para designar o estudo dos valores morais. Dessas intervenções, afirmou-se o pressuposto para reflexões acerca dos dilemas bioéticos: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável” (JUNQUEIRA, 2007, p. 8). Neste contexto, a bioética é regida por quatro princípios: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Os princípios da beneficência e não maleficência correspondem à razão do exercício da saúde, no qual o profissional propõe um tratamento ao paciente com objetivo de “fazer o

bem” e “evitar o mal” (JUNQUEIRA, 2007, p. 7). A autonomia corresponde à capacidade do indivíduo de decidir sobre a própria vida, escolhendo o que será realizado em si. E, por fim, o princípio da justiça aborda a igualdade de tratamento e a justa distribuição das verbas do Estado para saúde, pesquisa e afins (JUNQUEIRA, 2007).

A bioética tem o objetivo de facilitar dilemas que podem surgir ao longo da vida profissional do indivíduo. Um dos conceitos define bioética como intuito de delinear os limites e as finalidades da intervenção que serão realizadas, bem como identificar os valores de referência racionalmente propináveis e denunciar os riscos que podem existir (JUNQUEIRA, 2007).

Carvalho (2009) incorpora ainda um quinto princípio à bioética, o da proporcionalidade, que prioriza o equilíbrio entre riscos e benefícios, visando alcançar o menor mal e o maior benefício às pessoas, algo intimamente relacionado aos riscos da pesquisa clínica, aos danos e ao princípio da justiça.

A bioética sempre foi marcada por inúmeros dilemas, mesmo em torno de questões antigas, como a vida e a morte ou a dor e o sofrimento. Discussões das implicações das pesquisas genéticas ou dos dilemas culturais que envolvem transplantes de órgãos, por exemplo, são apenas alguns dos cenários em que a reflexão bioética se faz presente (MACHADO & ARAÚJO, 2017).

Entende-se que um dilema corresponde a uma situação na qual os preceitos morais ou obrigações éticas similares estão em conflito, de modo que qualquer solução possível para o dilema é moralmente intolerável (RUIZ-CANO *et al.*, 2015). Logo, considera-se relevante abordar os dilemas éticos e bioéticos como forma de difundir informações acerca dessa temática, o que pode ocorrer durante a formação

profissional em enfermagem, a fim de preparar esses profissionais para atuação futura.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi discutir sobre dilemas éticos e bioéticos vivenciados na atuação dos profissionais de enfermagem em práticas diárias.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa, de abordagem qualitativa e caráter exploratório. Este método de pesquisa abrange sistematização e publicação dos resultados de pesquisa bibliográfica em saúde que podem ser úteis na assistência, acentuando a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica. Ademais, objetiva integrar a pesquisa científica à prática profissional no âmbito da atuação profissional (MENDES *et al.*, 2008).

A pergunta de pesquisa desta revisão foi: “quais são os dilemas éticos e bioéticos vivenciados na atuação dos profissionais de enfermagem?”.

Para seleção dos artigos relacionados aos dilemas éticos e bioéticos vivenciados pelos profissionais de enfermagem, realizou-se busca nas bases: Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e MEDLINE, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *U.S. National Library of Medicine* (PubMed) e *ProQuest*. No que diz respeito às buscas acerca do objeto “dilemas éticos”, adotaram-se os descritores autorizados pelos Descritores em Ciência da Saúde (DECS): “dilemas éticos”, “enfermeiro”, “ética”, combinados pelo operador booleano “AND”. O fluxograma de seleção desses artigos encontra-se na **Figura 2.1**.

A busca de artigos que abordavam os dilemas bioéticos foi realizada a partir da definição de descritores dos vocabulários *Medical Subject Heading Terms* (MeSH), para as bases de língua inglesa: “bioethics”, “dilemmas”, “nursing” e “nurse”; e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as que utilizam a língua portuguesa: “bioética”, “dilemas” e “enfermagem”. O cruzamento entre os descritores ocorreu pelo operador booleano “AND” e, nas buscas, empregaram-se dois cruzamentos: 1) “bioethics” AND “dilemmas” AND “nursing”; e 2) “bioethics” AND “dilemmas” AND “nurse”. O fluxograma de seleção desses artigos encontra-se na **Figura 2.2**.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para o refinamento da pesquisa: artigos disponíveis em texto completo e formato eletrônico gratuito, publicados no período de 12 anos (2006-2018), nos idiomas português, inglês ou espanhol. Como critérios de exclusão: artigos repetidos em diferentes bases de dados, sendo considerada a primeira versão encontrada.

Nesta revisão, os artigos foram selecionados a partir do título e da leitura do resumo, sendo a amostra alcançada pela relevância e leitura dos artigos na íntegra.

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada a partir de instrumento construído

previamente, contendo as seguintes informações: título, autores/ano de publicação, tipo de estudo, tamanho da amostra, período e resultados. Esses dados foram compilados com o auxílio de planilha eletrônica *Excel*.

Para organização dos estudos incluídos na amostra, utilizou-se o sistema de fichamento, facilitando o estudo e a organização, além de dinamizar a pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram recuperados 33 artigos sobre dilemas éticos e 527 acerca dos dilemas bioéticos. Após a revisão de títulos, foram excluídos 26 artigos de dilemas éticos e 475 sobre dilemas bioéticos, sendo levados para análise dos resumos 14 e 35 artigos sobre dilemas éticos e bioéticos, respectivamente.

Para leitura do texto na íntegra, foram selecionados sete artigos sobre dilemas éticos e cinco acerca dos dilemas bioéticos. Nessa etapa, eliminaram-se 14 e 35 artigos, por não responderem à pergunta de pesquisa ou não se enquadrarem nos critérios de inclusão. Desta forma, a amostra final deste estudo foi composta por sete e cinco artigos. O fluxograma que descreve o processo de busca e seleção dos artigos encontra-se na **Figura 2.1**.

Figura 2.1. Fluxograma de seleção dos estudos encontrados sobre dilemas éticos

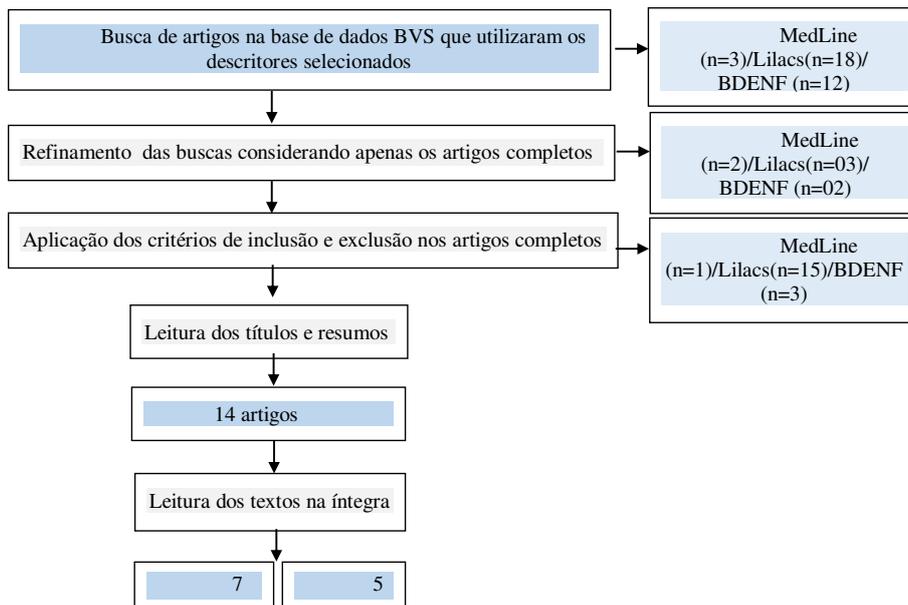
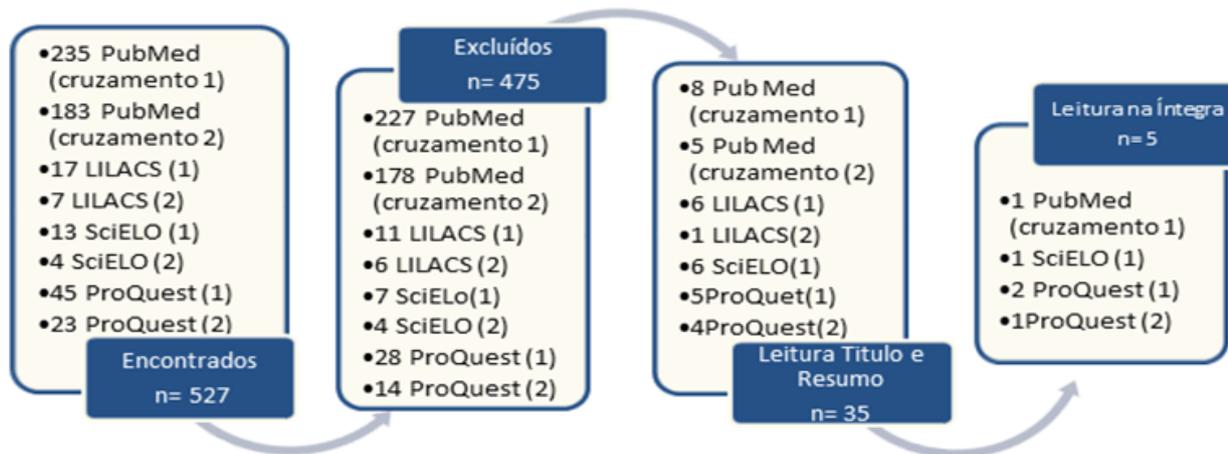


Figura 2.2. Fluxograma para seleção dos estudos complementares encontrados sobre dilemas bioéticos



No **Quadro 2.1** são apresentados os principais resultados relacionados aos dilemas éticos vivenciados pelos profissionais de enfermagem, durante a atuação profissional, conforme os estudos selecionados para presente revisão integrativa.

Quadro 2.1. Dilemas éticos vivenciados por profissionais de enfermagem na sua atuação profissional

Autor/Ano	Título	Objetivos	Método	Principais achados
Oliveira & Rosa (2016)	Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico	Compreender o significado de conflitos e dilemas éticos vivenciados pelas enfermeiras na prática profissional no centro cirúrgico.	Pesquisa fenomenológica, baseada nos fundamentos de Edmund Husserl	Embora com dificuldade para reconhecer os conflitos e dilemas éticos, tomam decisões e, ao fazê-lo, procuram manter o equilíbrio emocional da equipe e a harmonia no ambiente de trabalho.
Germano (2013)	A pesquisa e os dilemas éticos do	Fornecer subsídios para ajudar a pensar o	Pesquisa reflexiva	Diante da realidade da saúde, em meio a tantas adversidades com as

	trabalho da Enfermagem	cuidar no cotidiano profissional, no campo do ensino, da pesquisa e, particularmente, da assistência.		quais nos deparamos, no dia a dia da prática profissional, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de enfermagem, o pensar e agir com ética é uma condição estruturante, que enobrece e humaniza a profissão, dando sentido às ações dos profissionais.
Finkler <i>et al.</i> (2013)	Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso	Analisar a dimensão ética da formação de profissionais de saúde.	Estudo de caso	A responsabilidade docente, no que diz respeito à formação ética do profissional, deve ser assumida numa perspectiva individual e coletiva.
Soratto & Silvestrini (2010)	Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar	Analisar os dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à Ordem de Não Ressuscitar (ONR).	Pesquisa de campo de abordagem qualitativa, descritiva	Estudo da bioética, enfermagem e a Ordem de Não Ressuscitar pode nos trazer mais questionamentos e dúvidas pertinentes ao tema do que certezas, mas a reflexão do processo de cuidar deve ser prática cotidiana. É necessário refletir sobre ações e concepções, bem como acerca do processo de trabalho e do cuidar terapêuticamente exercido pela equipe de saúde e da ética do cuidado.
Monteiro <i>et al.</i> (2008)	Dilemas éticos vivenciados por enfermeiros apresentados em publicações de enfermagem	Identificar os dilemas éticos da enfermagem, a partir de revisão de literatura, em publicações da área.	Revisão sistemática	Ficou clara a necessidade de mais estudos que evidenciem novos dilemas éticos vivenciados por enfermeiros, no sentido de contribuir para mudança de atitude, impactando na qualidade da prática profissional.
Toffoletto <i>et al.</i> (2005)	A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros	Discutir o contexto que favorece a prática da distanásia na UTI.	Estudo reflexivo	Diante da complexa problemática apresentada, são considerados fundamentais o envolvimento e a participação do enfermeiro nos debates que envolvem dilemas éticos em UTI.
Backes <i>et al.</i> (2006)	A humanização hospitalar como expressão da ética	Refletir acerca de considerações éticas que necessitam fundamentar as ações de humanização, destacando a importância da dimensão humana nas relações profissionais.	Pesquisa reflexiva	A ética pode contribuir significativamente para humanização do ambiente hospitalar e práticas que respeitem a condição de sujeito dos seres humanos, sejam cuidadores, ou seres sob cuidado profissional, sua dignidade, valores, direitos e deveres.

No **Quadro 2.2** são apresentados os principais resultados relacionados aos dilemas bioéticos vivenciados pelos profissionais de enfermagem, durante a atuação profissional, conforme os estudos selecionados para presente revisão integrativa.

Quadro 2.2. Dilemas bioéticos vivenciados por profissionais de enfermagem na sua atuação profissional

Autor/Ano	Título	Objetivos	Método	Principais achados
-----------	--------	-----------	--------	--------------------

Pirôpo <i>et al.</i> (2018)	Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente	Analisar a relação do testamento vital com os aspectos bioéticos, a atuação profissional e a autonomia do paciente.	Pesquisa reflexiva	As análises trazem reflexões da bioética aplicada às questões de finitude da vida. A utilização do “testamento vital” / “biológico” ou “diretivas antecipadas de vontade” nos ambientes de saúde ainda é pouco conhecida e precisa de maior divulgação e conhecimento entre os profissionais de saúde e população. Pode ser útil para o paciente, principalmente no momento de decisão de escolha entre viver ou morrer.
Ulrich (2017)	O que os enfermeiros bioeticistas trazem para a bioética: a jornada de uma enfermeira bioética	Examinar a trajetória de carreira de um enfermeiro bioeticista e clínico, suas experiências educacionais e pesquisas que moldaram a carreira, abordando a singularidade da enfermagem e os desafios éticos enfrentados no dia a dia.	Pesquisa reflexiva	A educação em bioética de enfermagem não é uniforme nem valorizada da mesma maneira em todas as instituições. A influência normativa e empírica de enfermeiros bioeticistas serve para enriquecer o campo da bioética, aprofundar o conhecimento e a experiência entre pacientes, famílias e comunidades, bem como trazer rigor conceitual e metodológico aos complexos problemas de saúde que solicitam respostas bioéticas.
Rates <i>et al.</i> (2014)	Enfermagem brasileira frente às questões bioéticas: revisão integrativa	Identificar e analisar as publicações da literatura brasileira que abordavam as questões de bioética relacionadas à prática da enfermagem.	Revisão integrativa da literatura	Da amostra de revisão, emergiram três categorias temáticas: questões bioéticas diversas sobre assistência, fim de vida e tecnologia/pesquisa (cuidado humanizado). As pesquisas ofereceram subsídios para os enfermeiros buscarem conhecimento sobre o tema, propiciando posicionamento ético e recursos a reflexões acerca de questões bioéticas da prática em enfermagem.
Iglesias <i>et al.</i> (2011)	Conhecimento e posicionamentos sobre dilemas bioéticos em uma amostra de estudantes de enfermagem da Espanha: um estudo por meio de questionário	Avaliar a compreensão e as atitudes dos estudantes de enfermagem sobre dilemas bioéticos que provavelmente enfrentarão como prestadores de cuidados de saúde.	Pesquisa exploratória	Em relação aos avanços biomédicos: eugenia, experimentação com embriões não implantados, clonagem humana, aborto e eutanásia. Os estudantes relataram estar bem-informados sobre os últimos e ter pouco conhecimento ou atitudes neutras frente aos demais. Concluiu-se que o programa de enfermagem se beneficiaria de um currículo biomédico adicional para posicionamentos frente a questões bioéticas.
Schlairet (2009)	Mediação bioética: a importância dos papéis de legislação da enfermagem	Defender o papel dos enfermeiros como líderes em vários processos de mediação da bioética, para identificar clientes com questões éticas e promover a gestão de conflitos e	Estudo reflexivo	Os enfermeiros devem assumir papéis de liderança nos processos de mediação e podem iniciar e participar plenamente na mediação bioética. Conflitos e dilemas nos cuidados de saúde são de natureza multifatorial e as intervenções devem basear-se em abordagens multidisciplinares, associadas a processos institucionais estabelecidos, para melhor atender às

A revisão integrativa permitiu identificar que são diversos os dilemas éticos e bioéticos vivenciados na prática profissional de enfermagem abordados na literatura.

Soratto & Silvestrini (2010) descrevem, em estudo realizado com cinco profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de médio porte, a inexistência de protocolos relacionados à Ordem de Não Ressuscitar (ONR), obrigando profissionais a atuarem com diversos dilemas éticos. Por isso, ao se tratar de pacientes graves e em terminalidade de vida, é necessário que a família esteja consciente do que está acontecendo, que a postura dos profissionais seja adequada e coerente e a observação dos princípios bioéticos norteie o cuidado prestado.

Os dilemas éticos, conforme argumentam Oliveira & Rosa (2016), incluem problemas morais, tomadas de decisão, deficiência de recursos humanos e materiais, que afetam a atuação dos profissionais, geram conflitos. Verifica-se, na atuação dos profissionais enfermeiros, preocupação com a qualidade dos serviços prestados, buscando preservar a autonomia do paciente, bem como de familiares, considerando a vulnerabilidade destes (RATES *et al.*, 2014).

Para Toffoletto *et al.* (2005), a realização de determinados tratamentos aos pacientes terminais, bem como o uso exagerado de tecnologias aos pacientes não recuperáveis, pode acarretar desconforto, desgaste físico e emocional, tanto para o paciente quanto para os familiares. Por isso, a problemática referente aos dilemas éticos requer a participação do enfermeiro, que deve deter conhecimentos sobre as questões éticas que englobam a problemática,

bem como aspectos relacionados à humanização da assistência.

A humanização é um ponto relevante para manutenção da ética na atuação do profissional na saúde. Tornou-se um desafio já que a tecnologia tende a se superar e, muitas vezes, verifica-se que o cuidado do profissional de saúde está demasiadamente voltado ao suporte mecânico oferecido ao paciente em detrimento do sujeito, tornando, muitas vezes, o ambiente do cuidado frio e sem afeto (BACKES *et al.*, 2006).

A busca pelo atendimento de qualidade faz com que sejam desenvolvidos novos dispositivos e técnicas que possibilitem a melhoria do atendimento e uma recuperação mais rápida para o paciente. Todavia, a prevalência da habilidade técnica-científica e da máquina para realização da dinâmica nesse ambiente dificulta a sobreposição da humanização nesse cuidado (BACKES *et al.*, 2006).

A discussão entre a vida e a morte depara-se com vários dilemas. Na perspectiva do direito garantido ao processo de morrer de forma digna, o testamento vital exerce papel fundamental na representação das vontades do paciente, possibilitando a escolha dos procedimentos que podem ou não ser realizados, durante uma fase de incapacidade decisional. Ao colocá-lo em prática, o profissional estaria respeitando o princípio bioético da autonomia, porém a temática é recente, com poucas discussões formais, não sendo amplamente difundida no Brasil. Os estudos existentes que envolvem o testamento vital são poucos e demonstram insuficiente conhecimento dos profissionais da saúde acerca do tema, indicando a importância

da ampliação dessas discussões (PIRÔPO *et al.*, 2018).

Nota-se, então, que a prática na saúde deve ser respaldada por princípios éticos, que devem nortear a assistência prestada e a humanização desta, bem como a relação entre profissionais e a organização da unidade. A ética é tida como um modo de conhecimento responsável por entender “especificamente do agir humano, investiga o dever ser e mostra como se deve proceder para que as práticas nos mais variados espaços de atuação sejam as mais adequadas possíveis” (LEAL & RAUBER, 2012, p. 556). Por isso, a prática profissional baseada em princípios éticos deve compreender o bem-estar de todos os envolvidos, independentemente de crenças políticas, religiosas e afins (LEAL & RAUBER, 2012).

A abordagem singular da enfermagem e os desafios éticos com os quais o enfermeiro se depara ao interagir com as diversas populações de pacientes na construção do processo de trabalho justificaram a necessidade de uma investigação bioética conceitual e empírica própria dessa categoria; o que culminou no desenvolvimento de um campo específico para o enfermeiro bioeticista.

Apesar do enfermeiro ser o profissional mais próximo do processo de cuidar, a participação dele na tomada de decisão acerca dos dilemas éticos é discreta, inferior ao desejável, uma vez que não há espaço para tais discussões na prática profissional, podendo acarretar insatisfação profissional. Deste modo, nota-se comportamento passivo dos enfermeiros frente às situações que requerem decisão, também denominada como ética alienada (MONTEIRO *et al.*, 2008), que “pode ainda funcionar como mecanismo de defesa ou indicar desconhecimento de uma nova visão a respeito da ética, que mantém os enfermeiros subalternos

e resignados perante autoridades ou chefes imediatos” (TOFFOLETTO *et al.*, 2005, p. 309).

É notório que os enfermeiros devem assumir papéis de liderança nos processos de mediação bioética, com base na obrigação profissional de advogar pelo bem do cliente (SCHLAIRET, 2009). Por isso, Finkler *et al.* (2013) consideram que a formação do profissional deve abranger a construção de valores morais e éticos e, apesar de não ser tarefa fácil, é essencial para atuação adequada.

Iglesias *et al.* (2014), no estudo realizado em Madri, na Espanha, avaliaram a compreensão e as atitudes dos estudantes de enfermagem sobre dilemas bioéticos, revelando correlação direta significativa, de modo geral, de pouco conhecimento entre as questões biomédicas avaliadas em relação aos dilemas bioéticos. Os autores concluem que o programa de enfermagem se beneficiaria de um currículo com este foco adicional.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa mapeou a produção de conhecimento acerca da vivência de dilemas éticos e bioéticos na atuação profissional do enfermeiro, relacionados principalmente às temáticas da ética associadas aos valores na formação profissional, na tomada de decisão e no equilíbrio emocional em centro cirúrgico. Além disso, relaciona-se às questões de não ressuscitar e distanásia em unidades de terapia intensiva. Sobre a bioética, as temáticas mais encontradas foram autonomia do paciente em relação ao testamento vital, assistência a vida, tecnologia e pesquisa, experiência da educação em bioética e atitudes dos estudantes de enfermagem, bem como o papel do enfermeiro como líder nos processos de mediação bioética.

O estudo mostrou que os dilemas éticos e bioéticos configuram discussões necessárias na

atuação dos profissionais de enfermagem, em qualquer setor de trabalho. Esses profissionais precisam de embasamento científico e valores morais para responder com consciência à tomada de decisão frente aos dilemas éticos e bioéticos.

Observa-se que, apesar da relevância do tema, são poucos os artigos que abordam essa temática e englobam a atuação do enfermeiro. Além de próximo do processo de cuidar, este profissional possui participação discreta na tomada de envolvimento em dilemas éticos e bioéticos.

Dessa forma, é premente a necessidade de novos estudos e da atuação nos serviços de saúde de comissões e/ou comitês que auxiliem o

profissional na aquisição e difusão de conhecimentos. Ações tornariam os profissionais mais bem preparados à prática profissional, pois a formação e educação continuada devem abranger a construção de valores morais e éticos.

A bioética se destina à proteção do ser humano, independentemente do contexto em que esteja inserido, e pretende auxiliar soluções, servir de guia para decisões e ações a serem executadas diariamente. Sob essa perspectiva, o enfermeiro atua nos campos de gerenciamento, assistência, ensino e pesquisa, diretamente com o ser humano. Logo, precisa desempenhar tarefas fundamentadas em posicionamentos e decisões sob as reflexões da ética e bioética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACKES, D.S. *et al.* A humanização hospitalar como expressão da ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, p. 132, 2006.
- CARVALHO, N.S. Ética no trabalho científico. *Arquivos de Gastroenterologia*, v. 46, p. 164, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução COFEN nº 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, seção 1, p. 57, 06 dez. 2017.* Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/171328849/dou-secao-1-06-12-2017-pg-157>. Acesso em: 11 nov. 2019.
- FINKLER, M. *et al.* Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3033, 2013.
- GERMANO, R.M. A pesquisa e os dilemas éticos do trabalho da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 76, 2013.
- IGLESIAS, M.E.L. *et al.* Knowledge and positions on bioethical dilemmas in a sample of spanish nursing students: a questionnaire study. *Contemporary Nurse*, v. 38, p. 18, 2011.
- JUNQUEIRA, C.R. Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In: RAMOS, D.L.P. *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007, p. 22-34.
- LEAL, D.L. & RAUBER, J.J. A concepção de ética dos profissionais da enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, p. 554, 2012.
- LEITE, R.S. *et al.* Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem. São Paulo: SOBRAGEN, 2006.
- LUNARDI, V.L. *et al.* Nursing ethics and its relation with power and work organization. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 15, p. 493, 2007.
- MACHADO, D.Q. & ARAÚJO, M.M. de. Os princípios e dilemas bioéticos no contexto biotecnológico e organizacional. *Revista Espaço Acadêmico*, n. 190, p. 150, 2017.
- MENDES, K.D.S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 17, p. 758, 2008.
- MONTEIRO, M.A.A. *et al.* Ethical dilemmas experienced by nurses presented in nursing publications. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 16, p. 1054, 2008.
- OLIVEIRA, M.A. & ROSA, D. Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 3, p. 344, 2016.
- PIRÔPO, U.S. *et al.* Interface do testamento vital com a bioética, atuação profissional e autonomia do paciente. *Revista de Salud publica*, v. 20, p. 505, 2018.
- POTTER, V.R. *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
- RATES, C.M.P. *et al.* Enfermagem brasileira frente às questões bioéticas: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 4, p. 1036, 2014.
- RUIZ-CANO, J. *et al.* Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, v. 72, p. 89, 2015.
- SCHLAIRET, M.C. Bioethics mediation: the role and importance of nursing advocacy. *Nursing Outlook*, v. 57, p. 185, 2009.
- SILVA, F.G. *et al.* A ética e a moral na assistência de enfermagem. *Revista Includere*, v. 13, p. 307, 2017.
- SORATTO, M. & SILVESTRINI, F. Dilemas éticos da equipe de enfermagem frente à ordem de não ressuscitar. *Revista Bioethikos*, v. 4, p. 431, 2010.
- TOFFOLETTO, M.C. *et al.* A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, p. 307, 2005.
- ULRICH, C.M. What nurse bioethicists bring to bioethics: the journey of a nurse bioethicist. *Perspectives in Biology and Medicine*, v. 60, p. 33, 2017.

Capítulo 3

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS GESTACIONAL NO BRASIL NO PERÍODO DE 2016-2020

ERIKA ARAÚJO DOS SANTOS¹
ALESSANDRA GABRIELLE SIQUEIRA COSTA¹
JÚLIA BEATRIZ PINTO ARAUJO²
JÚLIA TAMIOZZO BENINI²
LUCAS PARIZI ALVES²
MARINA CHAVES ORBEN²
NATALIA MARIA FIGUEIRA DONADIO²
TAMILYS EMANOELLY DE LIMA²
VICTOR FAJARDO BORTOLI²
BRENDA VILAS BOAS PEREIRA BRASIL³
CAMILLA DE SOUZA CERQUEIRA⁴
GABRYELLA MIRANDA CAMPOS⁴
LAILA DA SILVA ALMEIDA⁴
JAQUELINE GISELLE FARIAS FERNANDES⁵
JOÃO MARCELO MARTINS COLUNA⁶

1. Discente – Faculdade de Medicina – Universidade de Rio Verde.
2. Discente – Faculdade de Medicina – Universidade Paranaense.
3. Discente – Faculdade de Medicina – UNIFACS Universidade Salvador.
4. Discente – Faculdade de Medicina – Faculdade Estácio de Alagoinha.
5. Discente – Faculdade de Medicina – CESMAC.
6. Discente – Faculdade de Medicina – Universidade Estadual Londrina.

PALAVRAS-CHAVE

Sífilis; Saúde pública; Cuidado pré-natal.

INTRODUÇÃO

A sífilis, identificada pela primeira vez no século XV, é um agravo de saúde caracterizado como uma doença sexualmente transmissível, infecciosa, sistêmica e de evolução crônica, causada por uma bactéria espiroqueta, o *Treponema pallidum*. Ela ocorre com mais frequência em grandes centros urbanos e afeta classes sociais sem distinção. A sua forma de transmissão pode ocorrer por via vertical, sexual ou por transfusões sanguíneas e inoculação acidental, sendo as duas últimas formas mais raras de contaminação. Desde 1986 a sífilis congênita se constitui como uma doença de notificação compulsória, enquanto a forma adquirida passou a ser notificada a partir de 2005. Por ser uma doença de notificação compulsória, todos os casos de gestantes com sífilis devem ser notificados, visto que a principal função da notificação de doenças é fornecer bases para que sejam implementadas políticas públicas de saúde que visem a promoção, proteção e controle da saúde da população (PASTRO *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2021).

A sífilis gestacional (SG) possui significativa importância para a saúde pública, por conta do seu impacto durante o processo de gestação. Ela é capaz de afetar o desenvolvimento do feto e do recém-nascido (RN), aumentando a suscetibilidade de sífilis congênita, perda fetal, aborto espontâneo, prematuridade, natimorto, baixo peso ao nascer, malformações esqueléticas, meningite, pneumonia e uma mortalidade neonatal precoce. Apesar de possuir tamanho potencial lesivo, seu diagnóstico, tratamento e controle são de fácil execução, e quanto mais rápido for realizado o diagnóstico, mais rápido será realizado o tratamento. Uma medida de prevenção simples é a realização do teste rápido para sífilis a cada trimestre gestacional, o que possibilita a tomada

de medidas de tratamento há tempo (PEREIRA *et al.*, 2020).

Segundo Cesar *et al.* (2020), a detecção é realizada através do meio da triagem sorológica da gestante com testes não treponêmicos, geralmente o *venereal disease research laboratory* (VDRL) e o *rapid plasma reagin* (teste rápido). A testagem deve ser feita no início do pré-natal e próxima à 30ª semana de gestação, entretanto, apesar da maioria das gestantes brasileiras realizarem o pré-natal, estima-se que, no mínimo, 10% não realizam nenhum teste sorológico para sífilis, ainda que o tratamento seja altamente eficaz, de baixo custo e feito à base de penicilina benzatina.

O principal desafio é que o diagnóstico seja realizado em um momento adequado da sífilis na gravidez, logo, é importante identificar as gestantes que possuem maior probabilidade de não realizar teste sorológico, criando mecanismos para que essas mulheres sejam alcançadas pelos profissionais e serviços de saúde.

De acordo com Holztrattner *et al.* (2019), a doença possui três estágios clínicos de evolução: primário, secundário e terciário, podendo surgir manifestações cutâneas temporárias e ocorrer períodos de latência. A sífilis congênita é transmitida via placentária em qualquer estágio clínico e em qualquer momento da gestação se não tratada ou inadequadamente tratada. Mesmo não sendo o foco principal do estudo, não há como separar a relação que há entre a sífilis em gestantes e a sífilis congênita.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo de base documental, baseado em notificações de sífilis gestacional no Brasil, no período de 2016 a 2020. A base de dados foi produzida a partir do preenchimento da ficha de

notificação “Sífilis em Gestante”, disponível no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde do Brasil.

A pesquisa foi desenvolvida mediante acesso e uso do sistema informatizado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que possui os dados do SINAN. Foram analisadas notificações de todos os estados brasileiros entre os anos de 2016 a 2020, o que totalizou 271.273 casos entre todas as faixas etárias. As variáveis definidas para a análise foram ano de diagnóstico, região de residência e faixa etária.

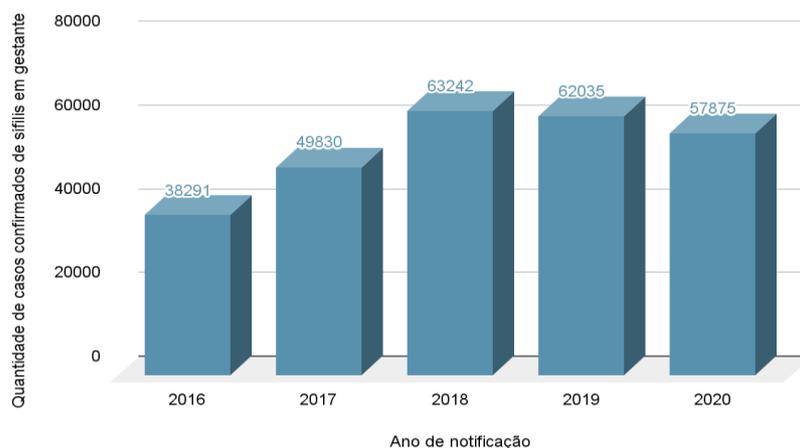
A revisão integrativa foi realizada nas bases de dados LILACS e MEDLINE, utilizando a combinação dos seguintes descritores e operadores booleanos: “sífilis” AND “gestante” AND “Brasil”. Ao todo, foram obtidos 60 resultados nas bases de dados. Em seguida, os artigos foram filtrados tendo como critério de inclusão o recorte temporal de publicação entre 2017 a 2022, assim, foram obtidos 30 trabalhos.

Outro critério utilizado foi a disponibilidade de texto completo nas bases, restando 29 trabalhos. Após a leitura completa dos artigos, foram excluídos trabalhos que não abrangiam a correlação entre sífilis gestacional e Brasil, obtendo, assim, 21 trabalhos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os anos analisados, 2018 foi o ano com maior taxa de casos notificados, contando com 23% da quantidade total dos cinco anos analisados (63.242 casos). Em contrapartida, o ano de 2016 foi o que apresentou a menor taxa de notificação, com 14% do total (38.291 casos). Conforme mostra o **Gráfico 3.1**, foi observado um significativo aumento anual das notificações. Este padrão de crescimento foi observado nos três primeiros anos do período analisado, ou seja, de 2016 a 2018. Já os anos de 2019 e 2020 foram marcados por um decréscimo na quantidade total de casos, com 62.035 e 57.875, respectivamente.

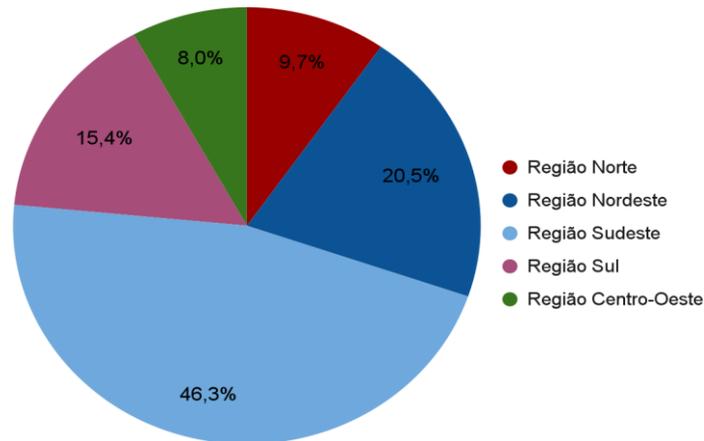
Gráfico 3.1. Notificações de casos confirmados de sífilis em gestante no Brasil (2016-2020)



No que se refere às regiões do Brasil, como pode ser visto no **Gráfico 3.2**, no período de 2016 a 2020, observa-se que a região Sudeste apresentou a maior quantidade de notificações com 125.538 casos (46,3%), seguida pela região

Nordeste que apresentou 55.675 casos (20,5%) e da região Sul com 41.861 casos (15,4%). Por fim, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram a menor quantidade de casos notificados: 9,7% e 8%, respectivamente.

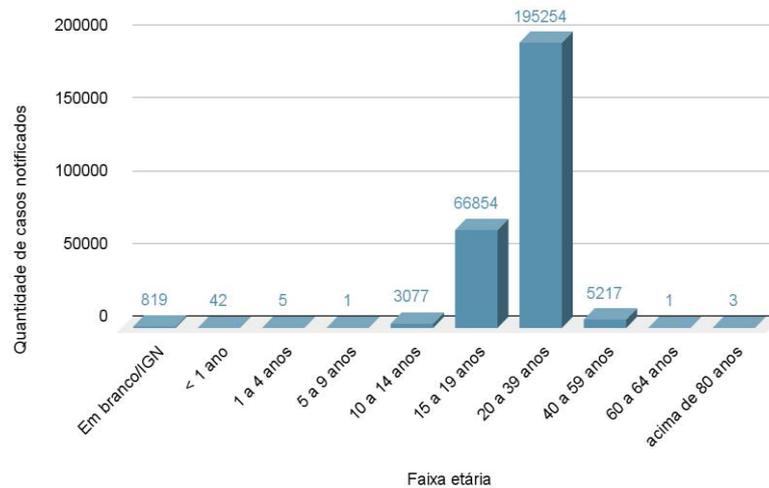
Gráfico 3.2. Região das notificações dos casos de sífilis no Brasil (2016-2020)



Em relação à faixa etária, como pode ser verificado no **Gráfico 3.3**, no período de 2016 a 2020, observa-se que as mulheres entre 20 a 39 anos apresentaram a maior taxa de notificação de casos de gestantes com sífilis, configurando 72% dos casos. Em segundo lugar, estão as mulheres entre 15 a 19 anos, com 25% dos casos e, em seguida, a faixa etária de 40 a 59 anos com

2% dos casos. Mulheres entre 10 e 14 anos possuem taxa de 1,1% dos casos notificados e 0,3% preferiram ignorar a divulgação de sua idade. Por fim, as faixas etárias de 1 a 9 anos e as mulheres que possuem acima de 60 anos possuem quantidade inferior de casos notificados, somando 0,02% das notificações.

Gráfico 3.3. Faixa etária das mulheres que notificaram casos de sífilis no Brasil (2016-2020)



De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é estimado que um milhão de gestantes no mundo sejam afetadas pela sífilis anualmente, causando mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. No Brasil, de 2016 a 2018, observou-se um aumento constante no número de casos de sífilis em

gestantes. Tal aumento pode ser atribuído ao aprimoramento do sistema de vigilância, a ampliação do uso de testes rápidos pela redução do uso de preservativos, resistência dos profissionais de saúde em administrar penicilina na Atenção Básica, ao desabastecimento mundial de penicilina, dentre outros fatores (BRASIL, 2017).

Além disso, apesar de haver um aumento crescente das notificações ao longo dos anos, é importante lembrar que há a possibilidade de existir subnotificação dos casos. A subnotificação pode ser explicada pela diferença existente entre a disponibilidade da oferta associada a facilidade de acesso aos serviços públicos de saúde e esse fator. Consequentemente, essa relação influencia na quantidade de casos notificados em cada uma das regiões brasileiras demonstrando que há falhas que devem ser corrigidas tanto nos serviços de assistência no período de pré-natal quanto no parto (CESAR *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Em relação às regiões do Brasil, as regiões Sudeste, Nordeste e Sul apresentaram as maiores taxas de incidência dos casos notificados de sífilis gestacional no Brasil no período de 2016 a 2020. De acordo com Costa *et al.* (2017), as elevadas taxas de sífilis gestacional podem estar relacionadas à baixa qualidade assistencial, incluindo falhas como: início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado durante a assistência, não realização do diagnóstico precoce durante a gestação, falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro, bem como falta de orientações sobre a doença e uso de preservativos.

Esses dados demonstram a gravidade do problema, uma vez que sugerem o crescimento de práticas sexuais desprotegidas, além de apontar para a necessidade de maiores investimentos para melhorar a qualidade da assistência pré-natal (CARDOSO *et al.*, 2018; NUNES *et al.*, 2018). Por outro lado, o aumento na quantidade de casos notificados evidencia avanços na vigilância epidemiológica e maior atuação da Estratégia Saúde da Família, permitindo, assim, maior acessibilidade das gestantes à consulta de pré-natal (PEREIRA *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Segundo Cabral *et al.* (2017) e analisando os dados obtidos, é possível notar que diversos casos de sífilis gestacional poderiam ser evitados com a implementação dos programas criados e dirigidos pelo próprio Ministério da Saúde. Para isso, seria fundamental que cada região brasileira conhecesse seus próprios limites e os programas governamentais existentes, tornando a saúde mais eficiente e garantindo um direito básico de vida de qualidade. Sem o conhecimento exato das falhas, as ações de saúde podem perder seu foco principal e acabar sendo negligenciadas.

No que concerne à faixa etária, evidenciou-se que houve uma significativa prevalência na faixa de 20 a 39 anos, com 195.254 dos casos totais. Dados similares foram apresentados em outros estudos, como Cardoso *et al.* (2018), D'Oliveira (2019), Meireles *et al.* (2020) e Silveira *et al.* (2021). Esta predominância de notificação dos casos de sífilis gestacional nessa faixa etária possui múltiplos fatores, como período reprodutivo, possuir múltiplos parceiros, não utilizar preservativo nas relações sexuais, não realizar o tratamento quer seja da gestante quer seja do parceiro, dentre outros (PASTRO *et al.*, 2019; MEIRELES *et al.*, 2020).

Dessa forma, torna-se de suma importância o desenvolvimento de trabalhos tanto na prevenção quanto na promoção da saúde junto com essa parcela jovem da população no intuito de reduzir a quantidade de casos de sífilis gestacional. É fundamental realizar o pré-natal de qualidade, atendendo as recomendações do Ministério da Saúde, uma vez que diagnóstico tardio e pré-natal incongruente são alguns dos fatores que contribuem para a elevação do número de casos de infecção pela sífilis (CARDOSO *et al.*, 2018; PASTRO *et al.*, 2019).

Ao observar os extremos de idade é perceptível a baixa notificação de casos, logo, esses dados podem ser analisados a partir do

pressuposto da subnotificação, uma vez que esta impede o controle epidemiológico do agravo. Como a maioria dos casos tende a ser assintomático, principalmente em recém-nascidos, a subnotificação provoca uma baixa efetividade das ações para prevenção de sífilis o que, em decorrência disso, desencadeia diagnóstico tardio e, por fim, afeta o tratamento, perpetuando a cadeia de transmissão do *Treponema pallidum* (SOARES *et al.*, 2017; NUNES *et al.*, 2018; FALAVINA *et al.*, 2019; PASTRO *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A sífilis em gestantes é um grande desafio para todas as esferas governamentais, profissionais de saúde e a população em geral, apresentando níveis preocupantes sobre a saúde pública.

O controle da patologia referida é de suma importância para a prevenção de novos casos e suas consequências. Deve-se objetivar a diminuição da prevalência da doença para que, assim, seja possível impedir que graves consequências acometam tanto a mãe quanto o feto. A detecção precoce, o aconselhamento, o manejo dos casos, o tratamento e a conscientização do uso do preservativo são os principais métodos para que se obtenha o declínio dessa doença tão agressiva. Isto posto, é imprescindível que os profissionais da área da saúde sejam atuantes nesse processo, devendo atuar na promoção da saúde e na prevenção de doenças, colaborando para garantir a integralidade do cuidado, uma das bases do Sistema Único de Saúde (SUS).

É importante ressaltar que, apesar da prevenção da sífilis e do tratamento da doença na gestação serem de fácil manejo clínico e de custos baixos, o tratamento de uma criança com sífilis congênita é prolongado e bastante oneroso. Portanto, a elevação dos casos de sífilis indica uma assistência pré-natal deficiente, com medidas de prevenção ignoradas, logo, as sífilis gestacional e congênita podem ser consideradas marcadores da qualidade de assistência à saúde materno-infantil.

Diante do exposto, faz-se necessário que profissionais e gestores de saúde conheçam a magnitude do problema em questão, a fim de disponibilizar subsídios para a criação de estratégias de prevenção mais efetivas e, então, evitar doenças que acometem a saúde de fetos e recém-nascidos em grandes proporções.

Vale ressaltar ainda que possíveis casos de subnotificação podem ocorrer devido à falta de informações, em decorrência do não preenchimento da ficha de notificação do SINAN. A vigilância epidemiológica precisa ser valorizada e realizada de maneira mais efetiva, de preferência junto à gestante durante o momento do atendimento, para que não se perca nenhum dado, permitindo a realização de análises para que novas estratégias sejam postas em prática.

Os dados apresentados neste estudo mostram que as regiões brasileiras que apresentaram as maiores quantidades de casos notificados de sífilis gestacional no período de 2016 a 2020, foram as regiões Sudeste, Nordeste e Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: sífilis 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CABRAL, B.T.V. *et al.* Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Revista Ciência Plural*, v. 3, p. 32, 2017.
- CARDOSO, A.R.P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência. Saúde Coletiva*, v. 23, p. 563, 2018.
- CESAR, J.A. *et al.* Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, e200012, 2020.
- COSTA, C.V.D. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinense de Medicina*, v. 46, p. 194, 2017.
- D'OLIVEIRA, A.N. Sífilis em gestantes: qualidade dos dados e o perfil epidemiológico no estado de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2019.
- FALAVINA, L.P. *et al.* Trend and spatial distribution of infectious diseases in pregnant women in the state of Paraná-Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 27, e3160, 2019.
- HOLZTRATTNER, J.S. *et al.* Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. *Cogitare Enfermagem*, v. 24, p. 1, 2019.
- MEIRELES, A.C.V. *et al.* Epidemiological profile of congenital syphilis in the municipality of São Luís, 2008-2017. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 32, e203207, 2020.
- NUNES, P.S. *et al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, e2018127, 2018.
- PASTRO, D.O.T. *et al.* Prenatal quality and clinical condition of newborns exposed to syphilis. *Journal of Human Growth and Development*, v. 29, p. 249, 2019.
- PEREIRA, B.B. *et al.* Realização de testes rápidos de sífilis em gestantes por enfermeiros da atenção básica. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 10, p. 82, 2020.
- SILVEIRA, B.J. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis em gestantes em Minas Gerais, de 2013 a 2017. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 31, e31104, 2021.
- SOARES, L.G. *et al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, p. 781, 2017.

Capítulo 4

AVALIAÇÃO DO CONTROLE DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO PROGRAMA HIPERDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

BARBARA CASALECCHI PEREIRA¹
THAÍS DA SILVA CONDÉ¹
MONIZE FRANCO PATTARO¹
LETÍCIA SUARES FOGO¹
LUÍS FELIPE ANTUNES ARRAES CALVO SANZ¹
MAYARA LETÍCIA LINO ESPER¹
CIRO DE SIQUEIRA LINDO²
THALES PLASTINA ASTRO³

1. *Discente – Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Brasil.*
2. *Enfermeiro – Unidade Básica Dolores Massei, São Caetano do Sul, Brasil.*
3. *Médico – Formado no Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil.*

PALAVRAS-CHAVE

Hiperdia; Atenção básica; Hipertensão arterial sistêmica.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (Hiperdia) provém do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, e tem como objetivo o acompanhamento e tratamento dos pacientes acometidos com tais enfermidades, a fim de diminuir sua morbimortalidade (BRASIL, 2002; FEITOSA & PIMENTEL, 2016; AFIUNE NETO *et al.*, 2015). Ambas as patologias em questão são responsáveis pelo maior número de hospitalizações no sistema público de saúde, além de serem conhecidos fatores de risco para eventos cardiovasculares (SILVA *et al.*, 2015).

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil varia de 22,3% a 43,9% na população geral, sendo que é a principal doença crônica nos idosos, muito devido às alterações próprias do envelhecimento arterial unidas às alterações patológicas relacionadas com hábitos de vida, principalmente relativos ao sedentarismo e estresse (SILVA *et al.*, 2015; BRANDÃO *et al.*, 2003).

A falta de adesão ao tratamento, especialmente das medidas não farmacológicas de controle da HAS, como atividade física e questões alimentares, é observada em grande parte dos frequentadores do programa de monitoramento de HAS e diabetes mellitus (AFIUNE NETO *et al.*, 2015).

O diabetes mellitus (DM) também é considerado uma doença crônica, de incidência mundial, com aumento significativo de sua incidência de acordo com o envelhecimento da população, estando atrelado a fatores como história familiar, obesidade, sedentarismo e presença de componentes da síndrome metabólica, englobando a HAS e a dislipidemia. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas

possam ter DM em 2025. É importante ressaltar que a principal causa de óbito em pacientes com DM relaciona-se às doenças cardiovasculares (SANTOS *et al.*, 2018; SBD, 2019).

Tanto a HAS quanto o DM resultam em oneração dos sistemas de saúde. Sabe-se que indivíduos com diabetes necessitam de, no mínimo, duas a três vezes mais recursos do que os não-diabéticos em relação aos cuidados com a saúde (TOSCANO, 2004). Além disso, a associação entre essas duas patologias gira em torno de 50%, necessitando de duplo manejo nesses pacientes visto que tal união resulta em aumento do dano micro e macrovascular subsequente, com alta morbimortalidade cardíaca, cerebral e vascular (SANTOS & MOREIRA, 2012).

Desse modo, este estudo visa avaliar o acompanhamento dos pacientes hipertensos participantes do Hiperdia com subsequente análise estatística dos dados obtidos, de maneira a verificar sua efetividade e possibilitar uma intervenção efetiva.

MÉTODO

O estudo possui caráter qualitativo e quantitativo, do tipo descritivo-exploratório e consiste em um relato de experiência vivenciado na Unidade Básica de Saúde Dolores Massei durante a disciplina Interação em Saúde na Comunidade do curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

O estudo visa avaliar o acompanhamento dos pacientes hipertensos participantes do Hiperdia de maneira a verificar sua efetividade e possibilitar uma intervenção efetiva e foi realizado através da análise das fichas cadastradas no Hiperdia da equipe de saúde da família que os alunos acompanham na unidade.

Sendo assim, a amostra foi composta por participantes do Hiperdia, da Equipe 5 da

Unidade Básica Dolores Masei. Foram excluídos pacientes pertencentes às demais equipes da Unidade e idade inferior a 18 anos. Foram analisadas 442 fichas de cadastro do Hiperdia, verificando-se sexo, data de nascimento, patologias, medicamentos em uso, mudança na receita, periodicidade no Hiperdia, média da pressão arterial, última pressão arterial, peso e data da última consulta e frequência em 2017, 2018 e 2019.

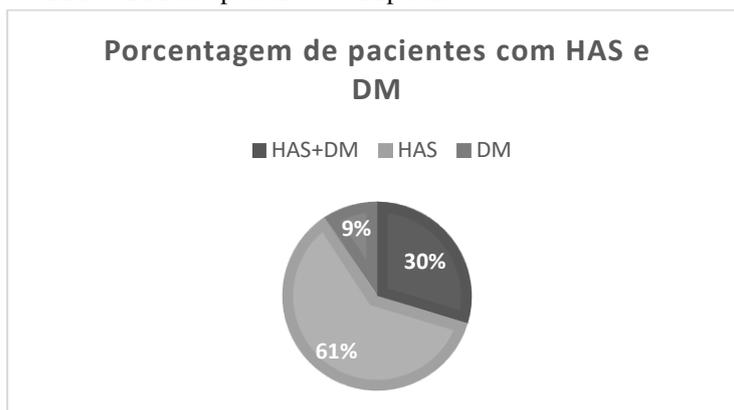
A partir dos dados obtidos foi realizada uma análise estatística cujos resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. Após a análise foram discutidos possíveis defeitos e pontos de melhoria para o Hiperdia da UBS

Dolores Masei, a fim de desenvolvimento de propostas de intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, foi possível verificar que são predominantes no Hiperdia pacientes do sexo feminino (66%) e com idade igual ou superior a 55 anos (79%), com apenas 3% apresentando idade inferior ou igual a 30 anos. Conforme representado no **Gráfico 4.1**, 61% dos pacientes analisados apresentavam isoladamente HAS, 9% isoladamente DM e 30% apresentavam HAS e DM.

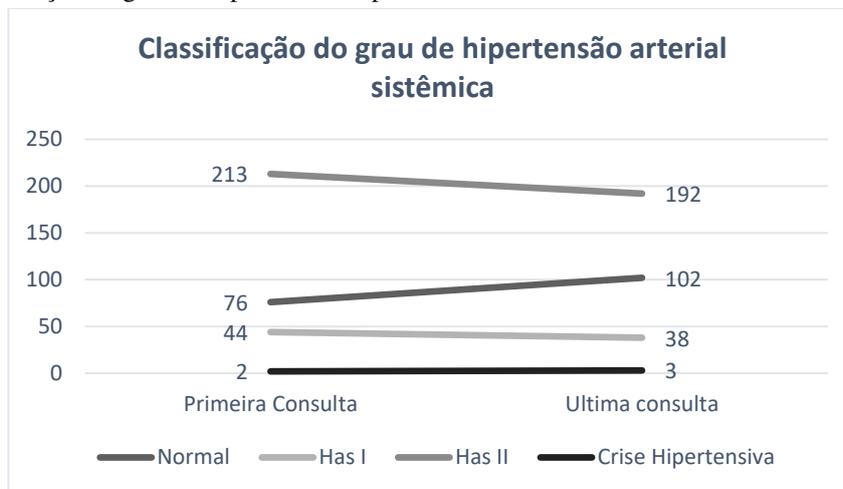
Gráfico 4.1. Prevalência de HAS e DM nos pacientes do Hiperdia



Dos 335 pacientes hipertensos que compareceram ao Hiperdia mais de uma vez, na primeira consulta, 213 apresentavam hipertensão arterial de grau II; 76 pacientes não apresentavam HAS; e 44 foram classificados como grau I e II e estavam em crise hipertensiva (CH), de acordo com o *Guideline* de hipertensão da American Heart Association (AHA) de 2017 (vide **Gráfico 4.2**).

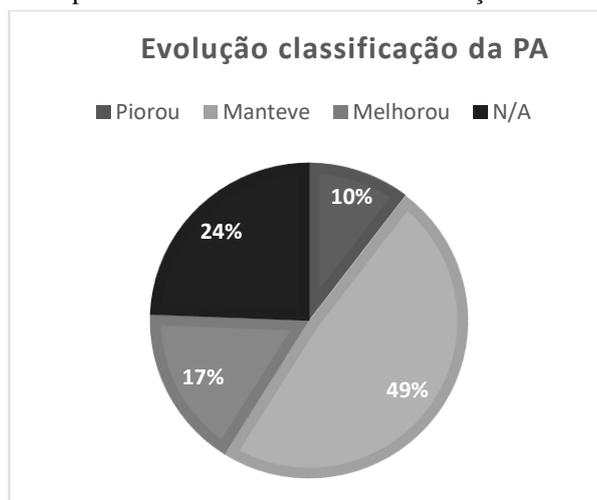
Podemos inferir que houve melhora pouco significativa na comparação com os dados da última consulta dos pacientes supracitados, onde 192 foram classificados como hipertensão arterial de grau II, 102 estavam com suas pressões normalizadas, 38 se mostravam com hipertensão arterial grau I e III e foram classificados em CH (vide **Gráfico 4.2**).

Gráfico 4.2. Classificação do grau de hipertensão na primeira e na última consulta



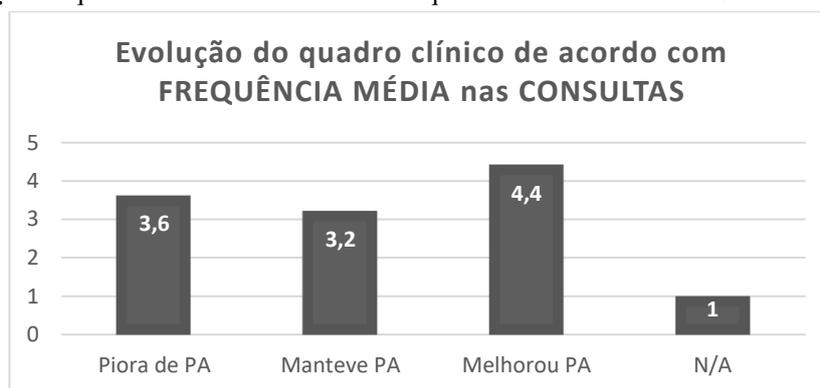
Assim, 49% dos pacientes se mantiveram nas mesmas classificações, 17% apresentaram melhora e 10% pioraram (vide **Gráfico 4.3**).

Gráfico 4.3. Evolução do quadro do paciente de acordo com sua classificação



Ao compararmos a evolução do paciente com sua frequência no Hiperdia observamos que pacientes que compareceram, em média, a 4,4 consultas apresentaram melhora do quadro, evoluindo positivamente em sua classificação de hipertensão. Aqueles que mantiveram uma frequência média de 3,2 consultas permaneceram na mesma classificação; e os que compareceram a uma média de 3,6 consultas apresentaram piora do quadro, evoluindo negativamente em sua classificação de hipertensão (vide **Gráfico 4.4**).

Gráfico 4.4. Evolução do quadro clínico de acordo com frequência média nas consultas



Apesar de estudos anteriores indicarem que prevalência global de HAS não é influenciada pelo sexo, foi verificado no presente estudo que existe um notório predomínio da moléstia no sexo feminino (BRANDÃO *et al.*, 2003). Tal fenômeno pode ser explicado pela maior preocupação das pacientes do sexo feminino com sua saúde, em detrimento da procura por serviços de saúde, principalmente, quando ocorre uma piora dos sintomas em pacientes do sexo masculino (AFIUNE NETO *et al.*, 2015).

Por outro lado, a faixa etária de maior incidência da HAS converge com estudos anteriores sobre a hipertensão, isto é, a pressão arterial tende a aumentar com a idade, particularmente aqueles que se aproximam dos 60 anos (BRANDÃO *et al.*, 2003). O aumento da pressão arterial, de modo patológico, é um importante fator de risco cardiovascular modificável, muitas vezes associado e/ou desencadeando outras condições mórbidas frequentes em idosos, como a doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC) (MIRANDA *et al.*, 2002).

A análise dos dados demonstrou ainda que 61% dos pacientes apresentava hipertensão arterial isoladamente, comparados a uma minoria com apenas DM. Além disso, um terço de todos os pacientes tinha o diagnóstico de ambas moléstias, algo que pode significar

possíveis desfechos negativos, visto que os hipertensos-diabéticos têm risco de morte por causas cardiovasculares duas a seis vezes maior do que entre hipertensos sem diabetes (SOUZA *et al.*, 2014).

O maior acompanhamento da HAS mostrou-se benéfico, visto que aqueles com maior frequência no Hiperdia (acima de 4,4 consultas) apresentaram melhora em sua classificação de hipertensão pela AHA. Isso demonstra que a assistência e o apoio prestados pelo programa atuam de forma satisfatória, de forma que possíveis afecções potencialmente mais graves que podem decorrer da HAS descontrolada e sem acompanhamento, têm probabilidade diminuída com o controle da hipertensão.

CONCLUSÃO

Como foi observado no estudo, os dados coletados e analisados desta área apontam que o programa está sendo realizado com efetividade, ainda que esteja distante do resultado almejado. Com a análise dos prontuários durante o período pode-se apontar a singela melhora de um percentual de 17% do total de pacientes atendidos no plano do Hiperdia.

Dentre os fatores limitantes do estudo pode-se citar: prontuários incompletos e falta de padronização nas anotações. O encorajamento a comparecer às consultas (melhorando a adesão ao programa) e o acesso à informação sobre

benefícios e objetivos do Hiperdia com enfoque em pessoas do sexo masculino e pessoas da meia idade foram percebidos como medidas que poderiam ser adotadas para progredir no caminho dos ideais do programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFIUNE NETO, A. *et al.* Perfil da adesão dos usuários do programa HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde da Família Dom Manoel Pestana Filho em Anápolis (GO). *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 22, p. 53, 2015.
- BRANDÃO, A.P. *et al.* Epidemiologia da hipertensão arterial. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v. 13, p. 7, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. *Diário Oficial da União*, n. 44, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html. Acesso em: 02 fev. 2022.
- FEITOSA, I.O. & PIMENTEL, A. Hipertensão: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém. *Revista Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity*, v. 8, p. 13, 2016.
- MIRANDA, R.D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 9, p. 293, 2002.
- SANTOS, A.L. *et al.* Assistência às pessoas com diabetes no Hiperdia. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 27, p. 1, 2018.
- SANTOS, J.C. & MOREIRA, T.M.M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, p. 1125, 2012.
- SILVA, J.V.M. *et al.* Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, p. 626, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Clannad, 2019.
- SOUZA, C.S. *et al.* Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 102, p. 571, 2014.
- TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, p. 885, 2004.

Capítulo 5

A EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE E COMO ELA SE COMPORTA

ANA BEATRIZ ARAÚJO DUARTE¹
ALBERTINA MARIA DE OLIVEIRA TEIXEIRA²
ANDRÉ VINÍCIUS BATISTA ANDRADE FERREIRA³
CARLA THAWANNE SILVA ANDRADE²
EDUARDO SOBRAL DOS PASSOS¹
ISADORA VIEIRA CAROZO¹
JADE MENEZES MAIA⁴
JOSÉ ALVES DA SILVA NETO⁵
KARINE GOMES BANDEIRA DESTEFFANI⁴
LORENNAS VASCONCELOS ANDRADE⁶
LUCIANA RODRIGUES PRATA SANTANA⁷
MALANNY SANTOS ARAÚJO¹
NÍVEA VICTÓRIA DA SILVA COSTA¹
PEDRO ANTONIO LEMES CAGNANI ALVES⁸
RÔMULO THAYNAN VIANA BARROS¹

1. *Discente – Medicina na Universidade Tiradentes Aracaju.*
2. *Discente – Medicina na Faculdade Ages de Medicina.*
3. *Discente – Medicina na Universidade Federal de Sergipe.*
4. *Discente – Medicina no Centro Universitário Metropolitano da Amazônia.*
5. *Discente – Medicina na Universidade Unifacs Salvador.*
6. *Discente – Fisioterapia na Universidade Tiradentes Aracaju.*
7. *Enfermeira pela Universidade Federal de Sergipe.*
8. *Discente – Medicina na Universidade Católica de Minas.*

PALAVRAS-CHAVE

Tratamento; Hanseníase; Notificação compulsória.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, antigamente conhecida como lepra, é uma doença infectocontagiosa crônica que está incluída entre as doenças negligenciadas e passíveis de extinção nos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, porém ainda é presente e aflige parte da população brasileira. Trata-se de uma das doenças mais antigas, com registro de casos há mais de 4.000 anos em países como China, Egito e Índia. A doença tem cura, mas, se não tratada, pode deixar sequelas. Hoje, em todo o mundo, o tratamento é oferecido gratuitamente, a fim de que a doença deixe de ser um problema de saúde pública.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente, os países com maior detecção de casos são os menos desenvolvidos ou com superpopulação. Em 2016, o Ministério da Saúde registrou mais de 28.000 casos novos da doença no Brasil (BRASIL, 2020). No período de 2010 a 2020, foram diagnosticados 319.617 casos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 29.056 casos novos para cada 100 mil habitantes. Entre 2014 e 2020, 103.163 casos novos ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,3% do total. Em relação ao sexo feminino, houve uma diminuição de 45,14% no número de casos comparado ao sexo masculino que foi de 39,62%. Esses números reforçam que o maior acometimento entre os homens e menor diminuição de casos quando comparado às mulheres podem estar relacionados ao menor cuidado dispensado à saúde por parte da população masculina (BRASIL, 2020).

Segundo Focaccia e Veronesi (2015), os casos são predominantes em pessoas pardas. Levando em consideração os dados do MS/SVS/SINAN, essa informação é compatível

com o quadro atual Brasileiro quantificado em 2020, onde de 17.979 casos, 10.609 foram em pardos, representando 59% do total.

No Brasil, apenas 20% (em média) dos doentes são diagnosticados com a moléstia na fase inicial e cerca de 70% já apresentam algum grau de incapacidade física ao serem matriculados ou diagnosticados. Como ilustração, observou-se entre 2010 e 2020 um aumento de 38,8% no número de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física, sinalizando assim um diagnóstico tardio, tempo este perdido que é fundamental para o prognóstico do paciente acometido (BRASIL, 2020).

Dentre os fatores de risco que contribuem para maior propagação da hanseníase está o baixo grau de escolaridade da população. De acordo com os dados de novos casos quantificados segundo o grau de escolaridade, foi verificado que 91,25% dos pacientes cadastrados nos casos novos de hanseníase não chegaram ao ensino superior. Além disso, as condições desfavoráveis de vida da população, como más condições sanitárias também contribuem para o aumento do número de acometidos.

A transmissão do *M. leprae*, agente etiológico da hanseníase, se dá por meio de convivência muito próxima e prolongada com o doente da forma transmissora, chamada multibacilar, que não se encontra em tratamento, por contato com gotículas de saliva ou secreções do nariz. É importante reforçar que tocar a pele do paciente não transmite hanseníase e que cerca de 90% da população tem defesa contra a doença. O período de incubação (tempo entre a aquisição da doença e da manifestação dos sintomas) varia de 6 meses a 5 anos. A maneira como ela se manifesta varia de acordo com a genética de cada pessoa. Quanto mais íntimo e prolongado for o contato, maior será a possibilidade de se adquirir a infecção. Por isso, residir em moradias construídas com materiais

como taipa e madeira também se relaciona com um maior risco de adoecimento por hanseníase (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

Em um quadro de lesão cutânea associada a uma alteração de sensibilidade deve-se considerar a possibilidade de hanseníase. Quanto à alteração de sensibilidade, temos primeiro a sensibilidade térmica, a sensibilidade dolorosa e, em seguida, a sensibilidade tátil. A apresentação hanseníase muda conforme a classificação, que pode ser indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

A hanseníase indeterminada é a primeira manifestação da doença e caracteriza-se pelo aparecimento de máculas ou áreas circunscritas com distúrbios da sensibilidade, sudorese e vasomotores. Além disso, pode ocorrer alopecia parcial ou total. As máculas podem ser hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas, com eritema marginal ou difuso. A baciloscopia, nestes doentes, é negativa. Os nervos periféricos, superficiais e profundos, na Moléstia de Hansen Indeterminada (MHI), nunca estão espessados.

Já na hanseníase tuberculoide, as máculas ou placas são bem delimitadas, de cor hipocrômica e/ou eritematosa e/ou acastanhada, com contornos regulares ou irregulares formando lesões circulares, anulares, circinadas ou geográficas. São, em geral, únicas ou em pequeno número, com distribuição assimétrica e podem localizar-se em qualquer lugar da pele. Os distúrbios sensitivos nas lesões cutâneas são bastante acentuados, assim como as alterações da sudorese e vasomotoras. Também pode haver alopecia parcial ou total. Em algumas ocasiões, pequenos nervos espessados parecem emergir das placas e constituem o que se denomina de lesão tuberculoide “em raquete” (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

A hanseníase multibacilar caracteriza-se, geralmente, pelo aparecimento de várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculoide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida). Há perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas (sudorese e vasorreflexia à histamina). É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, às vezes visíveis ao exame clínico (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

A hanseníase virchowiana, por sua vez, apresenta polimorfismo muito grande de lesões. Inicialmente, são manchas muito discretas, hipocrômicas, múltiplas e de limites imprecisos, às vezes observáveis somente em diferentes incidências de luz. Insidiosa e progressivamente, tornam-se eritematosas, eritematopigmentadas, vinhosas, eritematocúpricas, ferruginosas e espessadas. Após tempo variável, podem surgir lesões sólidas: papulosas; papulonodulares; nodulares; placas isoladas; agrupadas e/ou confluentes, simetricamente distribuídas, em geral, poupando regiões axilares, inguinais, perineais e coluna vertebral (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

A hanseníase possui uma fâcie característica, o famoso aspecto de “cara de leão”. É caracterizada por pele espessa e grande número de lepromas de tamanhos variados e confluentes, a maior parte na fronte. Ademais, supercílios caem, nariz espessa, bochechas e mento se deformam pelo aparecimento de nódulos e lábios ficam mais grossos (FOCACCIA & VERONESI, 2015).

De forma geral, o tratamento da hanseníase é bem longo e dura de 12 a 18 meses, além de demandar bastante comprometimento por parte do paciente e da equipe de saúde que o acompanha. A poliquimioterapia emprega es-

quem baseados na classificação operacional. Para paucibacilares, são seis doses, incluindo uma de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Para multibacilares, são 12 doses, acrescentando clofazimina, uma dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia. Empregam-se esquemas substitutivos na contraindicação a alguma droga. Drogas alternativas são ofloxacina e/ou minociclina. Em casos excepcionais, recomenda-se a administração mensal do esquema ROM (600 mg de rifampicina + 400 mg de ofloxacina + 100 mg de minociclina), seis doses nos paucibacilares e nos multibacilares.

Efeitos adversos aos medicamentos são infrequentes, sendo os principais: anemia hemolítica, hepatite, meta-hemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e plaquetopenia. Os mais graves são relacionados à dapsona, e geralmente ocorrem nas primeiras seis semanas de tratamento. Após o tratamento regular, ocorre alta por cura, independentemente da negatificação baciloscópic. Recidivas são raras e ocorrem após cinco anos. Ademais, pelo longo tempo de tratamento, muitos pacientes acabam abandonando-o e, assim, dão continuidade à propagação da doença (LASTÓRIA & ABREU, 2012).

Para tentar combater esse problema, o Ministério da Saúde criou um programa para que o paciente tenha que ingerir o medicamento de forma supervisionada. Ainda assim, mesmo com o novo método, ainda ocorre grande evasão do tratamento. Os principais motivos dessa evasão são: o desejo de abandonar o tratamento, a melhora dos sintomas (e, por isso, achar que não deve continuar o tratamento), a não aceitação da doença e o receio em relação ao preconceito. Além disso, observa-se novamente uma relação com a baixa escolaridade, visto que essas pessoas teriam mais dificuldade de entender as orientações médicas. Ademais, o abandono é

maior em pessoas casadas e isso está relacionado ao baixo apoio familiar perante a doença e a continuidade do tratamento. Por fim, há uma relação entre o sexo masculino e o abandono do tratamento, pois esse nicho populacional resiste de forma geral a medicamentos e consultas médicas. Assim, é importante trabalhar de forma ativa para aumentar as taxas de adesão já que, sem o tratamento, a transmissão e a doença continuarão a existir (ROLIM *et al.*, 2016).

Sendo assim, é notório que a melhor forma de prevenção é o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, assim como o exame clínico e a aplicação da vacina BCG para melhorar a resposta imunológica dos contatos do paciente. Desta forma, a cadeia de transmissão da doença pode ser interrompida (ROLIM *et al.*, 2016).

A vacinação ao nascimento com bacilo de Calmette-Guérin (BCG) tem apresentado uma eficácia variável na prevenção da hanseníase; os resultados variaram de ineficácia total até uma eficácia de 80% (ROLIM *et al.*, 2016).

Em 1992, a OMS, com base em suas recomendações terapêuticas, lançou uma campanha definitiva para erradicar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000 (meta, < 1 caso por 10.000 indivíduos). A campanha mobilizou e incentivou organizações não governamentais e serviços de saúde nacionais a tratar a hanseníase com múltiplos fármacos e a eliminar cadastros desatualizados. Nesses aspectos, os esforços foram imensamente bem-sucedidos, com mais de seis milhões de pacientes concluindo o tratamento. Todavia, a meta de erradicação da hanseníase ainda não foi alcançada. Com efeito, o sucesso da campanha da OMS na redução do número de casos mundiais foi atribuído, em grande parte, à redefinição do que constitui um caso de hanseníase (ROLIM *et al.*, 2016).

Além disso, é importante a prevenção com relação a incapacidade pela hanseníase que infelizmente é muito comum. A hanseníase, nessa apresentação clínica, pode causar desde perda visual até deformidades visíveis em mãos e pés, o que dificulta a realização de atividades básicas de autocuidado. Ainda pode causar incapacidade de trabalho e restrição na participação de eventos pelo estigma da doença, causando problemas psicológicos no enfermo pela falta de convívio social. As principais medidas de prevenção dessa doença surgiram a partir da padronização das diretrizes da saúde pública através da elaboração de documentos oficiais que são revistos de forma contínua e do

conhecimento pelos profissionais das principais áreas de acometimento, avaliação neurológica, abrangência de todas as esferas da doença como deficiência do diagnóstico, acompanhamento de casos durante o tratamento, alta e pós cura (SANTOS & IGNOTTI, 2020).

CONCLUSÃO

Diante do exposto, foi possível verificar que ainda são necessários esforços para a eliminação de fatores que contribuem para a manutenção da doença, visto que novos casos continuam surgindo no Brasil ainda que seja feito o necessário para erradicá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html/. Acesso em: 25. jan. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Hanseníase nos Municípios Brasileiros. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020. Disponível em: <http://indicadoreshanseníase.aids.gov.br/>. Acesso em: 25. jan. 2022.

FOCACCIA, R. & VERONESI, R. Tratado de infectologia. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

LASTÓRIA, J.C. & ABREU, M.A.M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. Diagnóstico & Tratamento, v. 17, p. 173, 2012.

ROLIM, M.F.N. *et al.* Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase. Journal of Medicine and Health Promotion. v.1, p. 254, 2016.

SANTOS, A.R. & IGNOTTI, E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, 2020.

Capítulo 6

O CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA

ALLANA VICTÓRIA PEREIRA ALVES¹
ADRIENNE CONCEIÇÃO CARDOSO MEDEIROS⁷
ANDREZZA MARIA SOUZA VIANA BARRETO BORBOREMA¹
ALYXANDRE SILVA DE ANDRADE⁵
ANA MORGANA GRANJA DE ALENCAR³
ANNALICE PINHEIRO PAES³
ANNE LOUISE AMORIM CAMPOS¹
FABBIO RONNYEL RODRIGUES BALDOINO²
GABRIELLA VICTÓRIA PEREIRA DE OLIVEIRA¹
HELANE PEREIRA MELO⁷
ISABELLA MARIA PIMENTEL BARBOSA¹
LÍGIA MAYARA MARIA LEITE DOS SANTOS¹
MARIA CECÍLIA ALENCAR DE AMORIM³
MARIA EDUARDA ALVARENGA BELMIRO LOPES¹
PEDRO IGOR ROCHA LIMA⁶
ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS⁴
SOPHIA NOBRE DE MOURA¹

1. *Discente – Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.*
2. *Discente – Medicina do Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba – IESVAP.*
3. *Discente – Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB.*
4. *Cirurgião Pediátrico – Universidade Estadual do Piauí – UESPI.*
5. *Discente – Medicina do Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ.*
6. *Discente – Medicina da Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida – FESAR.*
7. *Discente – Medicina do Centro Universitário Uninovafapi – UNINOVAFAPI.*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública; Câncer de próstata; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata consiste em um tumor que afeta a próstata, ou seja, a glândula localizada abaixo da bexiga, responsável por envolver a uretra, canal que liga a bexiga ao orifício externo do pênis. Depois do câncer de pele, é o tipo de câncer mais frequente entre os homens (BRASIL, 2018).

Na maioria dos casos, o crescimento tumoral ocorre de forma lenta e não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. Em outros casos, o crescimento pode ser acelerado e acompanhado de metástase, o processo de multiplicação desordenada das células que se espalham para outros órgãos e podem causar a morte (LLUCH-BONET, 2021).

O cancro da próstata é o tumor mais frequente em homens com mais de 50 anos de idade, representando cerca de 3,5% de todas as mortes a nível mundial e 10% de todas as mortes por cancro nos homens. A incidência e a mortalidade variam de acordo com regiões geográficas e populações, refletindo impactos multifatoriais de variação genética, fatores relacionados com a nutrição, estilo de vida e ambiente, acesso aos cuidados de saúde e variações na prestação de serviços de rastreio do antígeno específico da próstata (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Esta é uma doença predominante em homens mais velhos, isto é, com idade igual ou superior a 70 anos. De acordo com o National Cancer Institute, a média de idade, no momento do diagnóstico, é de 68 anos, e 71,2% das mortes por cancro da próstata ocorrem em homens com idade igual ou superior a 75 anos. Com o crescente envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos, os casos de cancro da próstata devem aumentar drasticamente no futuro (CEDEÑO YERA *et al.*, 2021).

O objetivo deste estudo foi relatar epidemiologia, fisiopatologia, forma clínica, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata no Brasil.

MÉTODO

Pesquisa bibliográfica

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura realizada através de buscas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas quais foram utilizados os descritores “sífilis”, “saúde pública” e “DST”. Procurou-se por artigos apresentados na íntegra, publicados no Brasil com delimitação de tempo entre os anos de 2016 e 2021, em língua inglesa e/ou portuguesa. Com isto, foram recuperados 207 estudos dos quais 15 foram selecionados e apenas cinco enquadravam-se nos critérios de seleção descritos anteriormente.

Pesquisa através de fontes oficiais

Além das referências bibliográficas, foram utilizados dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde a respeito do câncer de próstata no Brasil entre os anos 2018 a 2021.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme dados do Ministério da Saúde, o câncer de próstata corresponde ao tipo mais comum entre os homens e é a causa de morte de 28,6% da população masculina que desenvolve neoplasias malignas. Nesse contexto, segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional do Câncer (Inca), a cada 38 minutos um homem morre em decorrência do câncer de próstata no Brasil (BRASIL, 2020b).

Ademais, com relação ao tipo de tratamento, 45% dos doentes não realizaram qualquer

tratamento cirúrgico, como quimioterapia e/ou radioterapia e/ou braquiterapia e/ou hormonioterapia, e 30% dos doentes realizaram uma cirurgia (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Sinais e sintomas

Na fase inicial do câncer de próstata o paciente apresenta-se assintomático. Entretanto, quando os sinais e sintomas começam a aparecer, cerca de 95% dos tumores já estão em fase avançada, dificultando a cura (BRASIL, 2020a).

Na fase avançada do câncer de próstata os sintomas são:

- dor óssea;
- dor ao urinar;
- vontade de urinar com frequência;
- presença de sangue na urina e/ou no sêmen.

Diagnóstico

A única forma de garantir a cura do câncer de próstata é ter um diagnóstico precoce. Mesmo assintomáticos, homens a partir dos 45 anos com fatores de risco, ou 55 anos sem estes fatores, devem ir ao urologista para conversar sobre o exame de toque retal, que permite ao médico avaliar alterações da glândula, como endurecimento e presença de nódulos suspeitos, e sobre o exame de sangue PSA (antígeno prostático específico) (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Ademais, cerca de 20% dos pacientes com câncer de próstata são diagnosticados somente pela alteração no toque retal. Outros exames poderão ser solicitados se houver suspeita de câncer, como as biópsias, que retiram fragmentos da próstata para análise, guiadas pelo ultrassom transretal (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Tratamento

As formas de tratamento dependem de vários aspectos, como estado de saúde atual, estadiamento da doença e expectativa de vida.

Em casos de tumores de baixa agressividade há a opção da vigilância ativa, na qual é feito periodicamente um monitoramento da evolução da doença, com intervenções em caso de progressão da mesma ou não (VASCONCELLOS *et al.*, 2021).

Já nos casos avançados da doença, as formas de tratamento mais utilizadas são cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, terapia alvo, imunoterapia, medicina personalizada e transplante de medula óssea (VASCONCELLOS *et al.*, 2021).

Prevenção

A melhor forma de prevenção contra o câncer de próstata é o acompanhamento regular com o médico. Para tanto, a campanha Novembro Azul, descrita na **Figura 6.1**, tem como objetivo induzir que homens realizem o exame de rastreamento, ou seja, o toque retal, a fim de viabilizar o diagnóstico precoce (LUIZAGA *et al.*, 2020).

Figura 6.1. Campanha Novembro Azul



Fonte: Governo de Mato Grosso, 2021.

CONCLUSÃO

Nesse contexto, o câncer de próstata, corresponde a uma doença de alta letalidade, visto que na fase inicial da doença o paciente não apresenta sinais e sintomas. Além disso, devido

ao tabu estabelecido pela sociedade a respeito do exame de prevenção contra o câncer de próstata, muitos homens não se submetem ao exame de toque retal, entre outros.

Sendo assim, o câncer de próstata ganhou espaço entre os tipos de neoplasia mais comuns

entre os indivíduos do sexo masculino e prioritariamente com idade igual ou superior a 55 anos e com excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2020b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Câncer de próstata: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-prostata>. Acesso em: 2 dez. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Novembro Azul: mês mundial de combate ao câncer de próstata. Biblioteca Virtual em Saúde, 2020a. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/novembro-azul-mes-mundial-de-combate-ao-cancer-de-prostata/>. Acesso em: 8 jan. 2022.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Saúde do Homem, 11 nov. 2020b. Disponível: <https://www.inca.gov.br/campanhas/cancer-de-prostata/2020/saude-do-homem>. Acesso em: 06 fev. 2022.
- CEDEÑO YERA, Y. *et al.* Impacto da obesidade na agressividade do câncer de próstata. *Multimed*, v. 25, e2317, 2021.
- LLUCH-BONET, A. Cuidados contínuos e estado de saúde em idosos com câncer de próstata. *Revista Cubana de Enfermagem*, v. 37, 2021.
- LUIZAGA, C.T.M. *et al.* Trends in prostate cancer mortality in the state of São Paulo, 2000 to 2015. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 87, 2020.
- MATO GROSSO. SES alerta para importância da saúde do homem e da prevenção ao câncer de próstata. Governo de Mato Grosso, 10 nov. 2021. Disponível em: <http://www.mt.gov.br/-/18360172-ses-alerta-para-importancia-da-saude-do-homem-e-da-prevencao-ao-cancer-de-prostata>. Acesso em: 6 fev. 2022.
- TEIXEIRA, J.M.P. *et al.* Qualidade de vida do doente portador de patologia oncológica da próstata. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 5, e19063, 2020.
- VASCONCELLOS, P.R. *et al.* Ciclos de interesse coletivo e tendências das buscas no Google relacionadas a campanhas institucionais sobre o câncer de próstata: promovendo saúde ou doenças? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3517-3525, 2021.

Capítulo 7

MORTALIDADE DE IDOSOS NO ESTADO DO MARANHÃO POR DIABETES MELLITUS ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2019

CLAUDIO DE AZEVEDO GONÇALVES JUNIOR¹
FERNANDA DIÓGENES FERREIRA¹
ÍTALO RAMON ARAÚJO AMORIM¹
JULIANA CARVALHO DA CUNHA CASTRO¹
OLAVO MATEUS DE ARAÚJO RAMOS¹
VICTÓRIA ARAÚJO DA COSTA¹
SUELI DE SOUZA COSTA²

1. *Discente – Medicina da Universidade Federal do Maranhão.*
2. *Docente – Medicina da Universidade Federal do Maranhão.*

PALAVRAS-CHAVE

Diabetes mellitus; Saúde do idoso; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um foco recorrente nas políticas de saúde em todo mundo. No Brasil não tem sido diferente, pois a transição demográfica ocorre de modo acelerado, com acentuado declínio da natalidade associado ao aumento da expectativa de vida. Dessa forma, pode-se caracterizar como uma verdadeira revolução, envolvendo desafios políticos, econômicos, sociais, demográficos e, de modo especial, nos campos da saúde e da alimentação (SBD, 2019; BELTRÃO *et al.* 2004).

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil, em 2018, ultrapassou a marca de 30 milhões de idosos e, com isso, são observadas alterações no topo da pirâmide etária, que apresenta aumento desde 1991. Diante dessa perspectiva, em decorrência de uma população mais idosa, a promoção e a educação em saúde, além da prevenção, do retardamento de doenças e da manutenção da autonomia do idoso, são realizações que necessitam ser desenvolvidas visando a melhor qualidade de vida dessa população, de maneira que tais práticas sejam pautadas em um olhar crítico e emancipador, validando uma velhice bem-sucedida (IBGE, 2017; ALVES *et al.*, 2007; ARAÚJO *et al.*, 2011).

De acordo Mendes (2000), envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e se concretiza em mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o idoso conclui que alcançou muitos de seus objetivos, mas também sofreu perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (MARCHETTI & SILVA, 2020; MENDES, 2000).

O processo de envelhecimento orgânico é caracterizado por diversas mudanças físicas, tais como: alteração de funções, diminuição dos mecanismos de reparo, embranquecimento dos pelos, calvície, diminuição do tônus muscular, diminuição da estatura, perda da elasticidade, redução de tecidos muscular e ósseo e deposição de tecido adiposo ao redor de vísceras. Com o passar do tempo, o organismo fica mais lento e algumas funções fisiológicas podem ficar deficitárias, aumentando a propensão a processos patológicos e desenvolvimento de doenças, como o diabetes (BRINK, 2001; FRIES & PEREIRA, 2013; PAPALÉO NETTO, 2002).

O diabetes é uma patologia definida pelo excesso de açúcar no sangue (glicemia) e na urina (glicosúria), sendo classificada em: diabetes mellitus tipo 1 ou insulino-dependente, diabetes mellitus tipo 2 ou insulino-resistente, diabetes mellitus gestacional e diabetes insipidus, que se diferencia em nefrogênico ou neurogênico. A patologia associa-se ao aumento da mortalidade e ao elevado risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, além de neuropatias, cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, reduzindo a capacidade de trabalho e a expectativa de vida (MARCHETTI & SILVA, 2020).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença crônica, definida pela destruição parcial ou total das células beta das ilhotas de Langerhans pancreáticas, promovendo a incapacidade progressiva de produção da insulina. Na infância, o DM1 é o tipo mais frequente (aproximadamente 90% dos casos), cujos sinais mais frequentes são poliúria, polidipsia, polifagia, astenia e perda de peso. Já o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizado pela resistência à ação da insulina, prevalecendo em pessoas com mais de 40 anos e podendo acompanhar cenários de obesidade, hipertensão

arterial sistêmica, dislipidemia e disfunção endotelial. Aproximadamente 15% dos indivíduos com mais de 70 anos de idade possuem o DM2, que é marcado por sede e diurese excessiva, dores nas pernas, alterações visuais e aumento de peso (ARSA *et al.*, 2009; MARCHETTI & SILVA, 2020; SBD, 2019).

Os fatores de risco do diabetes para o idoso podem ser intrínsecos, como a hereditariedade e o envelhecimento natural dos órgãos, contudo, considerando a estatística de que cerca de 90% de todas as pessoas com diabetes possuem o DM2 e sendo a resistência à insulina e a deficiência na sua secreção suas principais causas, é possível perceber que os fatores extrínsecos se sobressaem. Logo, as condições de maior risco para o desenvolvimento de diabetes são má alimentação, sedentarismo, obesidade, diagnóstico prévio de pré-diabetes e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia (SBD, 2019; IDF, 2021).

De modo geral, o tratamento principal do diabetes consiste no controle do nível glicêmico por meio da adoção de uma dieta equilibrada, rica em fibras, pobre em gorduras saturadas e restrita de açúcar, bem como da prática de atividade física com intensidade adequada às necessidades do indivíduo diabético e de farmacoterapia com uso de medicamentos orais ou insulina injetáveis (IDF, 2021).

Em específico, a DM1 é tratada com a utilização da insulina exógena durante toda a vida do paciente, com aplicação de múltiplas injeções diárias ou pela bomba de infusão de insulina. Já a DM2, além da mudança do estilo de vida, demanda o emprego dos hipoglicemiantes orais dispostos na Relação Nacional de Medicamento (Rename) de 2012, que são: Cloridrato de Metformina, Glibenclamida e a Glicazida. Se o controle metabólico não for alcançado com as medidas citadas, pode ser

utilizada a insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn) isolada ou em associação com a insulina regular, conforme a demanda do diabético (BRASIL, 2013; FREITAS *et al.*, 2021; MARCHETTI & SILVA, 2020).

O objetivo desse estudo foi analisar a mortalidade de idosos por diabetes mellitus (DM) no estado do Maranhão entre os anos de 2010 e 2019, possibilitando a diferenciação da taxa de mortalidade no Maranhão por faixa etária e entre os sexos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, que analisou a mortalidade de idosos no estado do Maranhão por diabetes mellitus (DM), no período de 2010 a 2019, com base em informações extraídas da base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS do Governo Federal.

Tal recorte temporal limitou-se até 2019, devido a indisponibilidade de dados dos anos subsequentes no DATASUS no momento da pesquisa. Convém destacar, também, que nenhum dado coletado sofreu alteração por parte dos pesquisadores.

Para os cálculos, foram utilizadas a taxa de mortalidade proporcional por causas (razão entre os óbitos por DM no Maranhão e a população estimada no Maranhão) e a taxa de mortalidade (razão do número de óbitos anuais do Maranhão e a população estimada do respectivo estado).

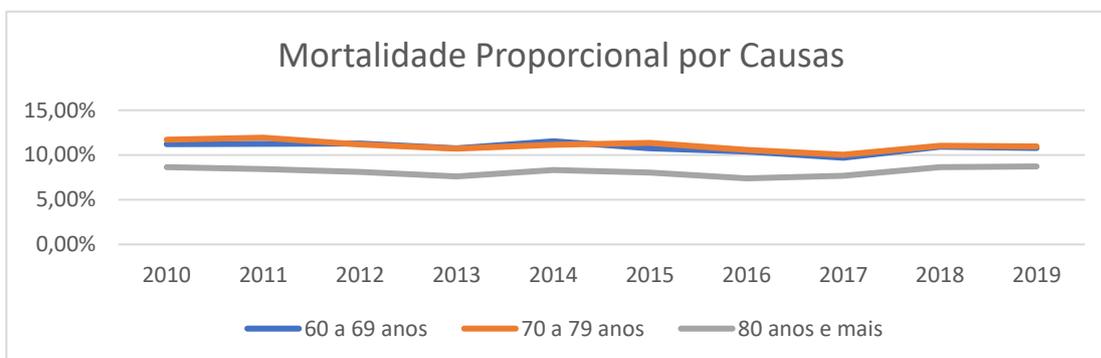
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da coleta de dados do SIM, foi possível compreender e computar informações acerca dos óbitos causados por DM em idosos (+60 anos) no Maranhão e, dessa forma, estimular possíveis mudanças no cenário de saúde do estado, visando uma melhora nos

índices de mortalidade. Nesse sentido, cabe ressaltar o impacto da DM nessa faixa etária, visto que, em média, 10,02% dos óbitos de idosos com mais de 60 anos foram causados por DM. A Mortalidade Proporcional por Causas, demonstrada no **Gráfico 7.1** e na **Tabela 7.1**, relata que no período de 2010-2019 os resultados mantiveram uma média nas faixas etárias: 60-69 anos (10,85%); 70-79 anos (11,05%); 80 anos e mais (8,15%). Porém, nos três grupos de idades estudados, houve

estabilização na Mortalidade Proporcional por Causas por óbitos de DM no período analisado, embora haja maior queda no ano de 2017 para as três faixas etárias. Individualmente, a faixa de 60-69 anos teve pico máximo no ano de 2012 (11,26%), e mínimo em 2017 (9,69%); 70-79 anos com máximo em 2011 (11,93%) e mínimo em 2017 (10,03%); e 80 anos e mais atingiu o máximo em 2010 (8,64%) e o mínimo em 2016 (7,38%).

Gráfico 7.1. Mortalidade proporcional por causas por óbitos de DM em relação à faixa etária



Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 7.1. Mortalidade proporcional por causas por óbitos de DM em relação à faixa etária (2010-2019)

FAIXA ETÁRIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
60 a 69 anos	11,22%	11,25%	11,26%	10,73%	11,53%	10,74%	10,39%	9,69%	10,93%	10,78%	10,82%
70 a 79 anos	11,71%	11,93%	11,17%	10,72%	11,12%	11,35%	10,56%	10,03%	11,02%	10,94%	11,02%
80 anos e mais	8,64%	8,41%	8,10%	7,62%	8,33%	8,02%	7,38%	7,68%	8,63%	8,72%	8,14%

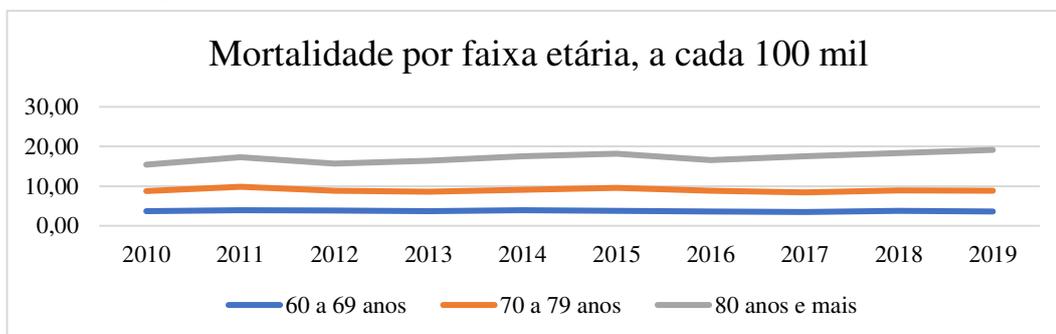
Fonte: DATASUS, 2021.

Pela análise da tabela e do gráfico anteriores, a faixa etária com maior importância em relação às taxas de Mortalidade Proporcional por Causas desses idosos foi a faixa etária de 70-79 anos, representada pela média de 11,02%, com máximo de 11,93% e mínimo de 10,72%. Todavia, de acordo com o **Gráfico 7.2** e com a **Tabela 7.2**, houve maior mortalidade na faixa etária de 80 anos e mais (17,22 a cada 100.000), além de que foi possível validar que quanto

maior a faixa etária maiores serão as taxas de mortalidade a cada 100.000 habitantes. A variação nas médias anuais em cada faixa etária não foi superior a 1,12, conforme constatado na faixa etária 80 anos e mais. Individualmente, o grupo 80 anos e mais sofreu aumento na taxa de mortalidade de 2010 para 2019, evoluindo de 15,43 a cada 100.000 habitantes para 19,15 a cada 100.000 habitantes. Na faixa etária compreendida entre 60-69 anos não houve

mudança estatisticamente significativa, mantendo-se a média de cada faixa etária: 3,74. Todavia, na faixa de 80 anos e mais houve um aumento na taxa de mortalidade nos anos de 2011 (9,85) e 2015 (9,54), enquanto nos outros anos a mortalidade permaneceu próxima da média dentro do período em estudo.

Gráfico 7.2. Mortalidade por faixa etária, a cada 100.000 habitantes



Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 7.2. Taxa de mortalidade, a cada 100.000 habitantes

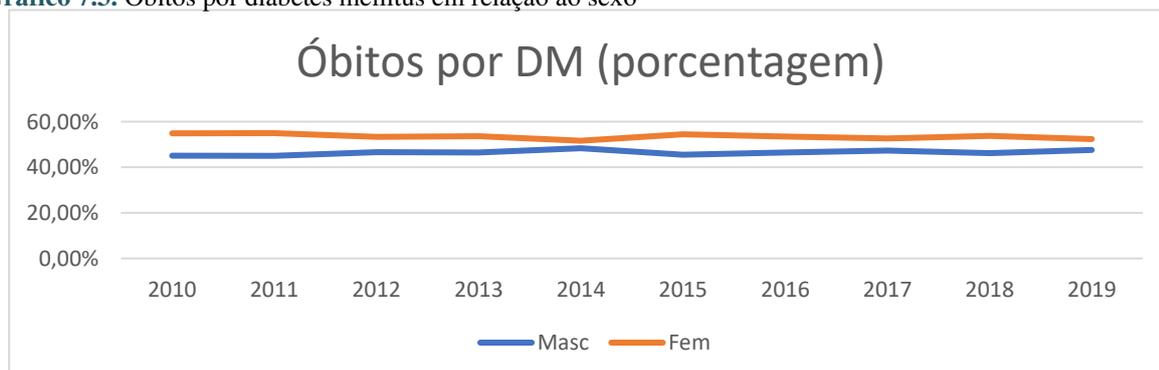
FAIXA ETÁRIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017	2018	2019
60 a 69 anos	3,69	3,92	3,83	3,69	3,94	3,77	3,59	3,49	3,49	3,80	3,64
70 a 79 anos	8,78	9,85	8,89	8,63	9,11	9,54	8,83	8,44	8,44	8,92	8,83
80 anos e mais	15,43	17,26	15,73	16,42	17,53	18,19	16,57	17,53	17,53	18,34	19,15

Fonte: DATASUS, 2021.

A partir de uma análise comparativa entre os sexos durante o período delimitado, percebe-se, na **Tabela 7.3**, que a porcentagem de óbitos no sexo feminino é brevemente mais elevada que a porcentagem de óbitos no sexo masculino. Em relação ao sexo feminino, o ano de 2011 teve maior número de óbitos e o ano de 2014 apresentou a menor porcentagem, no entanto, com o decorrer dos anos em análise, houve uma pequena queda nos percentuais. Verificou-se em

2010 e 2019, 54,95% e 52,35%, respectivamente. Em contrapartida, o sexo masculino apresentou, em 2011, menor taxa de óbitos por DM, tendo o maior percentual em 2014, validando um aumento notável durante o período estudado. Verificou-se em 2010 e 2019, 45,05% e 47,65%, respectivamente. De acordo com os dados obtidos, a maior quantidade de óbitos em pessoas com DM no Maranhão é do sexo feminino.

Gráfico 7.3. Óbitos por diabetes mellitus em relação ao sexo



Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 7.3. Óbitos por diabetes mellitus em relação ao sexo

SEXO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Masculino	45,05%	45,03%	46,59%	46,43%	48,35%	45,48%	46,46%	47,32%	46,24%	47,65%	46,52%
Feminino	54,95%	54,97%	53,41%	53,57%	51,65%	54,52%	53,54%	52,68%	53,76%	52,35%	53,48%

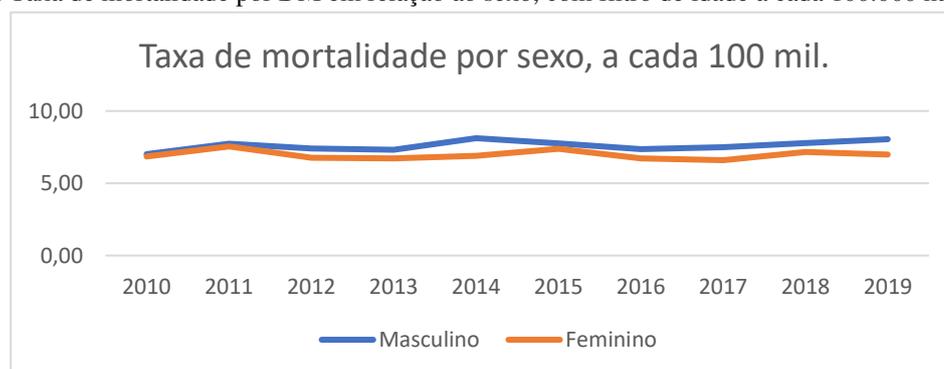
Fonte: DATASUS, 2021.

Quanto à taxa de mortalidade no sexo feminino, o ano de 2011 apresentou o índice mais elevado, sendo aquela de 7,55 indivíduos diabéticos a cada 100.000 habitantes, enquanto a menor taxa foi indicada no ano de 2017, com 6,60 mortes de pessoas com DM a cada 100.000 habitantes. O sexo masculino apresentou sua maior taxa no ano de 2014, com 8,12 mortes de pessoas com DM a cada 100.000 habitantes e o menor índice foi indicado no ano de 2010, com a mortalidade de 7,02 indivíduos a cada 100.000 habitantes. É possível perceber, ainda, que a taxa de mortalidade no sexo masculino, no decorrer dos anos analisados, foi maior em relação a todas às taxas do sexo feminino, indicando que, na população geral das faixas etárias em análise,

morrem, proporcionalmente, mais homens, como demonstram a **Tabela 7.4** e o **Gráfico 7.4**. Entre os anos de 2010 e 2019 houve aumento considerável na taxa de mortalidade do sexo masculino, variando de 7,02% em 2010 a 8,05% em 2019. Quanto ao sexo feminino, esse aumento teve uma taxa de discrepância reduzida em comparação ao masculino, sendo 6,85% em 2010 e 6,99% em 2019.

Portanto, em números absolutos no grupo de indivíduos afetados por DM, a quantidade de óbitos no sexo feminino é maior, contudo, a taxa de mortalidade por DM no Maranhão é maior entre os homens, já que há um número maior de mulheres, como evidenciado na **Tabela 7.5**.

Gráfico 7.4. Taxa de mortalidade por DM em relação ao sexo, com filtro de idade a cada 100.000 habitantes



Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 7.4. Taxa de mortalidade por DM em relação ao sexo, com filtro de idade a cada 100.000 habitantes

SEXO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Masculino	7,02	7,74	7,41	7,33	8,12	7,76	7,37	7,49	7,79	8,05
Feminino	6,85	7,55	6,78	6,73	6,89	7,38	6,73	6,60	7,16	6,99

Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 7.5. População residente por ano de acordo com sexo (Faixa etária 1: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais)

SEXO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TOTAL	20.867.925	21.620.311	22.413.978	23.247.959	24.122.822	25.038.343	25.994.441	26.990.864	28.025.267	29.095.045
Masculino	9.279.369	9.602.961	9.944.264	10.303.118	10.680.218	11.075.668	11.489.606	11.922.183	12.372.052	12.837.713
Feminino	11.588.556	12.017.350	12.469.714	12.944.841	13.442.604	13.962.675	14.504.835	15.068.681	15.653.215	16.257.332

Fonte: DATASUS, 2021.

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade. Estima-se que em 2025 a proporção de idosos no Brasil será de aproximadamente 14% da população total, com expectativa de vida de 73,4 anos. Aliado a esse fator, o DM apresenta-se como um risco à população, validando, em 2015, a maior proporção da taxa de mortalidade na região Nordeste (7,93%). Diante desse cenário, há uma necessidade evidente no que tange à promulgação de esforços dos diversos setores da sociedade com o intuito de minimizar os impactos do DM na saúde pública, visto que a eliminação dos danos causados pelo diabetes pode evidenciar um aumento na expectativa de vida livres de incapacidades físicas tanto aos 60 quanto aos 75 anos (CAMPOLINA *et al.*, 2013; DEON, 2012; SEIBEL *et al.*, 2018).

O estudo realizado por Lima *et al.* (2019) evidenciou que as taxas de mortalidade padronizadas por idade para DM aumentam proporcionalmente com a idade dos pacientes, identificando maiores taxas de óbitos a partir dos 60 anos. Um trabalho realizado em Manaus, também observou esse aumento, apresentando maiores taxas de mortalidade encontradas nos idosos (RIBEIRO *et al.*, 2021). Esses dados corroboram o presente estudo e demonstrou um crescimento dos índices de mortes registradas a partir dos 60 anos, com valores ainda maiores a partir dos 70 anos.

Outrossim, tais resultados validam a importância de avaliar a influência do DM na mortalidade de idosos no estado do Maranhão,

dado que essa patologia apresenta alta morbimortalidade, com perda expressiva de qualidade de vida. O cuidado integral ao idoso diabético e sua família possibilita ajudar o paciente na gestão da doença, uma vez que as orientações repassadas pelas equipes de saúde, como a mudança do estilo de vida e adoção adequada do tratamento, podem fortalecer a autonomia do paciente, reduzir o número de hospitalizações, bem como propiciar o aumento da longevidade. Considerando tal fato, a prevenção do diabetes e, por extensão, de suas complicações, requer mais atenção das políticas de saúde pública focadas na terceira idade (SBD, 2019).

Os percentuais de óbitos evidenciados ao longo do estudo asseguram que o DM é uma patologia que atinge de forma preocupante ambos os sexos e coloca em risco a qualidade e a expectativa de vida. A existência do diabetes em pessoas com faixa etária acima de 60 anos surge como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas e cerebrovasculares (CAMPOLINA *et al.*, 2013). Outrossim, uma série de fatores pode promover alterações que afetam os domínios físico, social e psicoemocional de indivíduos diabéticos, tais como: dificuldades em realizar atividades domésticas e cuidados pessoais, restrições alimentares, constrangimento em possuir a doença, ausência de autoestima pessoal, profissional e de suporte familiar (LIMA *et al.*, 2014). A permanência dessa patologia impacta

na expectativa de vida, na autonomia e no bem-estar dos idosos no estado do Maranhão.

A modificação do contexto hodierno acerca da mortalidade por diabetes mellitus no estado do Maranhão exige a ampliação de políticas públicas de saúde focadas na prevenção, na monitorização e na autonomia dos idosos, uma vez que a educação em saúde é essencial para o sucesso no manejo do diabetes.

De acordo com Konzen *et al.* (2021), a efetividade no registro, na monitorização e no conhecimento sobre a realidade dos idosos permite que as intervenções setoriais sejam mais direcionadas, incluindo a utilização da tecnologia a favor do bem-estar e das necessidades em saúde de cada cidadão. Ademais, há necessidade da criação de estratégias educativas que os idosos acerca do conhecimento de sua patologia com a finalidade de promover a aprendizagem sobre alternativas de convívio com a doença de forma mais consciente (DUARTE *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Neste estudo, portanto, os resultados apresentados indicam que há uma influência significativa do DM na mortalidade de idosos no estado do Maranhão, o que expressa sua importância e corrobora os altos índices de mortes registradas, sobretudo com aumento da faixa etária, condizendo com outros levantamentos realizados. A presente pesquisa expõe, também, que, em números absolutos, a maior quantidade de óbitos por DM em idosos compete ao sexo feminino, apesar das taxas de mortalidade mais elevadas pertencerem ao grupo de idosos do sexo masculino.

Desse modo, ampliar as políticas públicas de saúde focada na prevenção e remediação das complicações do diabetes na terceira idade é crucial para reduzir a incidência da doença e assegurar melhor qualidade de vida nesse grupo. Além disso, sugere-se que mais estudos sejam realizados para obter uma avaliação mais acurada da mortalidade de idosos maranhenses por DM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L.C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 1924, 2007.
- ARAÚJO, L.F. *et al.* Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 30, p. 80, 2011.
- ARSA, G. *et al.* Diabetes Mellitus tipo 2: aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 11, p. 103, 2009.
- BELTRÃO K.I. *et al.* Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528 de 01 de outubro de 2006. Aprovada Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRINK, J.J. Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: GALLO, J.J. *et al.*, editores. *Reichel Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- CAMPOLINA, A.G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, p. 1217, 2013.
- DEON, R.G. Análise descritiva do perfil epidemiológico e nutricional em uma população de idosos hipertensos e/ou diabéticos do Sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: IFRS, 2012.
- DUARTE, E. *et al.* Idosos diabéticos autopercepção do estado geral de saúde. *CIAIQ2015*, v. 1, 2015.
- FREITAS, L.L. *et al.* 100 anos de insulina: como a descoberta do hormônio revolucionou o tratamento do diabetes tipo 1. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 10, e385101522757, 2021.
- FRIES, A.T., & PEREIRA, D.C. Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde*, v. 11, p. 507, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. PNAD contínua. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION – IDF. *Diabetes atlas*. 2021. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 14 jan. 2022.
- KONZEN, A.L. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos na atenção básica: o uso da tecnologia em saúde. [Apresentado no Congresso Internacional em Saúde, 2021].
- LIMA, R.A.D. *et al.* Mortalidade por diabetes mellitus em um município do estado de São Paulo, 2010 a 2014. *Revista de Saúde Publica*, v. 53, 2019.
- LIMA, R.G.O. As complicações crônicas do diabetes mellitus: impactos na qualidade de vida [monografia]. São Luís: UFSC, 2014.
- MARCHETTI, J.R. & SILVA, M. Educação em saúde na atenção primária: Diabetes Mellitus. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê*, v. 5, e24183, 2020.
- MENDES, M.R.S.S.B. O cuidado com os pés: um processo em construção [dissertação]. Florianópolis: UFSC, 2000.
- PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- RIBEIRO, G.J.S. *et al.* Prevalência de internações e mortalidade por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em Manaus: uma análise de dados do DATASUS. *Revista Saúde*, v. 47, 2021.
- SEIBEL, R. *et al.* Internações e mortalidade por diabetes mellitus em idosos: evolução no período 2010-2015. [Apresentado no IV Congresso Internacional de Estudos do Envelhecimento Humano, v. 4, 2018].
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: Clannad, 2019.

Capítulo 8

DESCONSTRUINDO O FAZER PROFISSIONAL COM INTERVENÇÃO EDUCATIVA VIRTUAL COMO FERRAMENTA PARA TRABALHAR GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

NÁGILA SILVA ALVES¹
ANA JÉSSICA FERREIRA ALENCAR¹
EVANDRO RAIMUNDO MADEIRA PORTELA¹
NAYNNE FERNANDA GALVÃO DE OLIVEIRA¹
EVELINE DE SOUSA MENDES¹
CARLOS EDUARDO DA SILVA BARBOSA²
REGINA FERREIRA DOS SANTOS LINHARES³
VANDERSON TIAGO GONÇALVES DE OLIVEIRA³
MARIANA PEREIRA NEVES³
ALINE ALVES DA SILVA³
GEANE DE ARAUJO VELOSO⁴
BÁRBARA LEITE DA SILVA⁵
BRUNA RÍVIA FERREIRA DA SILVA PEREIRA⁶
ADRIANA SEVERINO DE SOUSA⁷
ÉLORY OLIVEIRA DA FONSECA⁸

1. *Bacharel - Fisioterapia pelo Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA.*
2. *Discente - Psicologia pela Universidade do Grande Rio - UNIGRANRIO.*
3. *Discente - Enfermagem pelo Centro Universitário do Distrito Federal - UDF.*
4. *Bacharel - Enfermagem pela Universidade Maurício de Nassau/Aliança - UNINASSAU.*
5. *Discente - Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI.*
6. *Bacharel - Enfermagem pelo Centro Universitário Mario Pontes Jucá - UMJ.*
7. *Bacharel - Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA.*
8. *Discente - Psicologia pela Faculdade Maria Thereza - FAMATH.*

PALAVRAS-CHAVE

Educação em saúde; Saúde do adolescente; Estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência constitui-se problema de saúde pública em virtude das possíveis complicações obstétricas e maternas. A presença dessa condição em adolescentes foi justificada por fatores contextuais; motivacionais, emocionais e práticos, que incluem o desejo, da própria adolescente, em completar a família (ASLAM *et al.*, 2017).

Adolescentes de baixa renda são mais propensas a se engajarem em comportamentos de riscos e consequente gravidez (BRINDIS & MOORE, 2014). No estudo canadense de Wong *et al.* (2020), cerca de 18% das mães adolescentes moravam em bairros socioeconômicos desfavorecidos.

Por isso, além das vulnerabilidades a que estão expostos os adolescentes (BRINDIS & MOORE, 2014), é importante que os profissionais da saúde atuantes na saúde pública e no cuidado às adolescentes grávidas adotem estratégias que promovam a saúde da adolescente de modo eficaz, como é o caso da utilização da educação em saúde.

A educação em saúde é um campo que une a área da educação e da saúde com o intuito de trazer conhecimento sobre diferentes assuntos e permite que a população tenha acesso à ciência, o que, por conseguinte, dá maior autonomia e emancipação aos indivíduos que terão como responsabilidade o seu autocuidado, o da sua família e da sua comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2015).

Nas ações para promoção da saúde da mulher, principalmente adolescente, a educação em saúde é uma estratégia que deve ser oferecida nas maternidades e demais unidades de saúde a fim de garantir um melhor cuidado e de ajudar a diminuir a taxa de mortalidade. Sabe-se que o período do puerpério é o momento mais sensível devido à imaturidade em geral, portanto requer cuidados específicos (CUNHA, 2017).

Nesse cenário, destaca-se a equipe multiprofissional que tem como objetivo juntar-se à mãe oferecendo incentivo para garantir o melhor cuidado a mesma, o que favorece e promove o seu autocuidado. A equipe profissional deve orientar a mãe levando em consideração os cuidados mais simples, assim como aqueles mais específicos, que contemplam temas ligados à higiene tanto da mãe como do bebê, alimentação, vacinação, dentre outros (SOUSA *et al.*, 2021).

Mediante o exposto, vislumbra-se a necessidade de reafirmar ao profissional de saúde a importância do seu trabalho enquanto educador em saúde, bem como destacar que essas ações são fundamentais para a promoção do cuidado materno adequado as demandas dos adolescentes. Neste sentido, o estudo se justifica pela necessidade de apontar a utilização de prática educativa para informações que impactam na atenção e cuidado à saúde do adolescente.

Assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência de atividade educativa virtual sobre gravidez na adolescência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. A ação foi monitorada pelo gestor da Unidade Básica de Saúde (UBS). A atividade teve como tema geral gravidez na adolescência.

Em decorrência da prevenção da propagação e do contingenciamento para a Covid-19, a atividade educativa ocorreu de forma remota, através de uma plataforma digital de videoconferência. O público-alvo era formado por adolescentes e/ou adolescentes grávidas que residiam no bairro de atuação da equipe multiprofissional, localizada em um município da região Centro-Sul do estado do Piauí. O

período de realização da atividade educativa foi no mês de junho de 2021, ocorrendo em um encontro de 120 minutos. A ação foi de iniciativa de um projeto de extensão universitário vinculado a uma residência multiprofissional de uma universidade pública brasileira.

A escolha dessa unidade justificou-se pelo acesso facilitado às gestantes da região e em decorrência do vínculo e dos atendimentos serem frequentes nesta unidade, bem como por esse ser um território com muitas vulnerabilidades em saúde.

Essa ação foi facilitada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizaram a busca ativa das gestantes. Foi realizada uma reunião onde foram decididos os temas abordados e a metodologia de ensino, a qual se deu a partir de uma exposição dialogada, com apresentação de cartazes/imagens ilustrativas e uso de bonecas para simular as dinâmicas de cuidados de acordo com o tema em questão. Cada temática foi dividida e abordada entre os profissionais enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, educadora física e assistente social juntamente com o público-alvo.

No dia designado, a sala virtual ficou disponível cerca de 20 minutos antes do horário previsto. Havia um cartaz com as principais informações e agradecendo a participação dos envolvidos. É válido destacar que a atividade foi organizada para ser um espaço de sugestões, dúvidas e discussão coletiva entre profissionais e público-alvo. O encontro contou com uma mediadora que conduzia o momento.

A primeira dupla de profissionais palestrantes apresentou as definições sobre adolescência, a importância da proteção e cuidado nesta faixa etária, os aspectos relacionados ao letramento em saúde e gravidez nesta fase. Durante o encontro, era possível a interação entre os participantes por meio da utilização do microfone, vídeo do participante,

ou, ainda, via chat, com exposição de comentários e sugestões de forma restrita ou coletiva. Algumas dúvidas e comentários foram colocados e esclarecidos sob condução da mediadora.

Em seguida, a segunda palestra, realizada pelo último trio de profissionais, abordou a atuação da equipe multiprofissional na atenção à gravidez na adolescência. O grupo destacou a importância da atenção e do cuidado interprofissional neste momento, especialmente quando a gravidez não é programada, e reforçou aspectos relacionados à atenção no cuidado à adolescente e seu feto. Na palestra também foram abordados aspectos importantes como nutrição, peso, sono e repouso, além da importância da escola e dos direitos da adolescente grávida. Houve, ainda, a apresentação de um vídeo educativo relacionado ao tema. Esta tecnologia foi importante porque proporcionou a percepção dos participantes sobre a temática.

Após a apresentação, a mediadora permitiu que dúvidas e comentários fossem realizados. Este momento proporcionou interação e sanou dúvidas que foram apresentadas via chat, formulário de dúvidas ou microfone.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido à pandemia do novo coronavírus, estratégias como a utilização dos meios digitais são cada vez mais frequentes no contexto de saúde. A continuidade do atendimento e educação em saúde para a população de forma segura (considerando os elevados índices de mortalidade relacionados a doença) é dever e responsabilidade dos profissionais da saúde, a partir da realização de ações que visam a redução e controle dessa enfermidade.

No âmbito da saúde da mulher, existem diversos programas e protocolos da atenção básica que proporcionam amplo atendimento às

mulheres. A educação em saúde ocupa grande espaço nas estratégias de promoção, prevenção e tratamento de agravos à saúde. Desta forma, essa estratégia garante a disseminação de informação efetiva em tempo oportuno e com qualidade.

A ação, como citada anteriormente, foi realizada por meio de um círculo de conversa em formato *online*, que durou cerca de duas horas, com intuito de dinamizar, instigar e facilitar o vínculo entre profissional/usuário da ação para que o momento fosse de partilha e aprendizado para ambas as partes. Ao todo, aproximadamente 48 pessoas participaram do encontro.

No cotidiano de trabalho da equipe de atenção básica é importante que os profissionais, além da assistência, se preocupem em realizar a educação em saúde, a fim de incentivar as mulheres a exercer o autocuidado. O estímulo do cuidado consigo auxilia na efetivação e sucesso do autocuidado, além de deixar mais leve a vivência no período de gravidez. Isto posto, é importante que a equipe seja qualificada para trabalhar com esse grupo, orientando e deixando a mulher ciente sobre os cuidados que deve tomar e as consequências em caso de negligência (SANTOS *et al.*, 2015a).

A atividade educativa virtual proporcionou a discussão ampliada do tema e participação considerável de público-alvo. Quando se trata do público adolescente, há influência dos determinantes sociais da saúde, que têm impacto nas vulnerabilidades dos adolescentes. As redes comunitárias e de apoio devem ser valorizadas, bem como os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, suas condições econômicas, sociais e ambientais (GARBOIS *et al.*, 2017). A escola pode ser um importante espaço para promover e articular ações educativas.

De forma semelhante, a pesquisa de Lee *et al.* (2015) sugere que é importante considerar o

período da primeira relação sexual e reforçar estratégias preventivas para a promoção da saúde do adolescente já que foi percebida uma relação entre o início precoce das relações sexuais entre adolescentes e a probabilidade de desenvolvimento de infecções sexualmente transmissíveis.

O letramento em saúde, conforme discutido na atividade educativa, é importante para a promoção da saúde do adolescente, especialmente na gravidez. O Letramento Funcional em Saúde (LFS) é uma condição funcional e que envolve dimensões. É importante para avaliar o impacto do letramento no gerenciamento de alguma condição e na gestão da saúde. Ainda, é importante para a promoção da saúde e permite compreender as necessidades das populações (SANTOS *et al.*, 2015b).

Como trata-se de uma experiência individual, apresentando a percepção de apenas uma vivência, os resultados não podem ser generalizados; sendo esta a principal limitação da pesquisa. Contudo, o estudo contribuiu para a importância da utilização de plataformas digitais à promoção da saúde do adolescente, sobretudo em período de pandemia à capacitação para profissionais e público-alvo. Ademais, a utilização do modo digital permitiu maior alcance da informação, possibilitando sua disseminação. O experimento de planejar e executar a ação proporcionou uma aproximação com o papel profissional na atenção básica, ressignificando e sintetizando os saberes.

O restrito número de artigos encontrados sobre a temática abordada neste relato de experiência demonstra que há lacunas e ausência de estudos voltados para a atenção prestada às mulheres adolescentes em fase gestacional ou como forma de prevenção. Além disso, os altos índices de mulheres que engravidam na fase da adolescência reforçam a necessidade de realizar trabalhos envolvendo esse grupo populacional.

CONCLUSÃO

A atividade educativa virtual sobre gravidez na adolescência foi exitosa e contribuiu para a discussão abrangente da temática. A ação facilitou o processo dinâmico com o público-alvo, instigando-o a obter conhecimento adequado sobre a temática, além de levar ensinamentos sobre intervenções corretas que poderão ser necessárias. A ação também serviu para destacar o papel educativo dos profissionais da Equipe de Saúde da Família como

formadores da autonomia de seus clientes, levando-os a reconhecerem o problema e realizarem domesticamente a prática ideal, de modo a prevenir situações adversas.

Sugere-se que a discussão pode ser ampliada e que novos estudos sejam realizados. Ademais, em decorrência da pandemia por Covid-19, a atividade educativa virtual foi importante à capacitação tanto dos profissionais quanto do público-alvo, sendo um momento de troca mútua entre os envolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, B.B.M. *et al.* A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 23, 2015.
- ASLAM, R.W. *et al.* Intervention now to eliminate repeat unintended pregnancy in teenagers (INTERUPT): a systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *BMC Medicine*, v. 15, 2017.
- BRINDIS, C.D. & MOORE, K. Improving adolescent health policy: incorporating a framework for assessing state-level policies. *Annual Review of Public Health*, v. 35, p. 343, 2014.
- CUNHA, V.B. Grupo de mães e gestantes: orientação da mulher quanto aos cuidados na gravidez, puerpério e da criança em uma Unidade Básica de Saúde de Viana-MA [trabalho de conclusão de curso]. Viana: UFMA, 2017.
- GARBOIS, J.A. *et al.* Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 63, 2017.
- LEE, S.Y. *et al.* Sexually transmitted infections and first sexual intercourse age in adolescents: the nationwide retrospective cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 12, p. 2313, 2015.
- SANTOS, A.L. *et al.* Diabetes pré-gestacional: experiência de grávidas com o controle da doença. *Cogitare Enfermagem*, v. 19, 2015a.
- SANTOS, M.I.P.O. *et al.* Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, p. 651, 2015b.
- SOUSA, L.B. *et al.* Efeito de vídeo educativo sobre cuidados ao recém-nascido no conhecimento de gestantes, puérperas e familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, 2021.
- WONG, S.P.W. *et al.* Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: a canadian sample. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 33, p. 153, 2020.

Capítulo 9

GESTÃO E COMUNICAÇÃO PARA O ALCANCE DA SEGURANÇA CIRÚRGICA

JANAINA TRAWINSKI BISCAIA GUIMARÃES DA CRUZ¹

ALINE PEREIRA NETO¹

LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

DAISY MARIA SILVA CHIARELLI VALLIM³

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.
3. Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente na Faculdade Inspirar, Curitiba- PR.

PALAVRAS-CHAVE

Segurança; Gestão em saúde; Paciente cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Diariamente, inúmeros procedimentos cirúrgicos são realizados em todo o mundo e a comunicação é um dos requisitos fundamentais para a segurança e efetividade de todas as etapas do processo operatório. Ademais, a comunicação é indispensável na interação entre os profissionais e destes com o paciente e seus familiares. A clareza e a objetividade das informações são fundamentais na área da saúde, especialmente no ambiente de centro cirúrgico. Desse modo, a comunicação permite ao profissional identificar as necessidades do paciente e realizar diferentes intervenções, desde as preventivas até as curativas ou paliativas (PERRANDO, 2011).

Os gestores de saúde e líderes de equipes têm um papel importante nesse processo ao adotar canais de comunicação padronizados com informações acessíveis, esclarecedoras e suficientes para o desempenho do trabalho. Em relação ao processo cirúrgico, para que ele ocorra de forma segura em todas as suas etapas, muitos profissionais precisam estar alinhados com as boas práticas. Isto é, atender às exigências e normativas vigentes voltadas à segurança do paciente. Contudo, dados evidenciam que existem falhas assistenciais relacionadas às fragilidades no processo de cirúrgico e de comunicação que resultam em danos tanto ao paciente como ao profissional e à própria instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as complicações evitáveis representam um grande número de lesões e mortes de pacientes em todo o mundo. A saber, eventos adversos são complicações indesejadas que resultam do atendimento em saúde, não estando relacionadas ao curso natural da doença de base. Estima-se que os eventos adversos ocorram em 3% e 16% dos pacientes internados e que mais da metade poderiam ser evitados. Destes, uma

taxa de 3% ocorre no perioperatório e cerca de 0,5% computam a mortalidade em nível global. Assim, quase sete milhões de pacientes cirúrgicos terão complicações significativas anualmente, dos quais cerca de um milhão morrerão durante ou imediatamente após a cirurgia (WHO, 2009).

Nesse cenário, é importante discutir como o gestor de saúde pode reconhecer os riscos e intervir para promover a segurança cirúrgica e a sustentabilidade financeira da organização? Afinal, parte-se da hipótese de que as fragilidades na gestão, na comunicação e no seguimento de boas práticas cirúrgicas resultam em falhas assistenciais e gastos desnecessários à instituição. Assim, este estudo objetivou identificar as fragilidades na gestão do processo cirúrgico e propor estratégias que reduzam o risco e as falhas no processo cirúrgico, bem como os custos desnecessários para o seu reparo.

Metas internacionais de segurança do paciente

As metas internacionais de segurança do paciente foram estabelecidas pela *Joint Commission International* (JCI) em parceria com a OMS. Tais metas visam a segurança assistencial dos pacientes em estabelecimentos de saúde, por meio de ações estratégicas que visam solucionar problemas correlacionados (MAIA & ROQUETE, 2014).

A primeira meta diz respeito à correta identificação do paciente com o nome e a data de nascimento. Tal medida visa evitar erros em procedimentos diagnósticos, cirúrgicos ou medicamentosos. A segunda meta trata da comunicação efetiva, a qual é objeto deste estudo (BARRETO, 2018). O canal de comunicação assertiva é uma das bases do tratamento, permitindo identificar as necessidades do paciente, orientar, negociar, realizar *feedbacks* e alinhar processos de trabalho. É

indispensável que as informações sejam transmitidas de forma clara, suficiente e objetiva, considerando os diferentes fatores que podem facilitar ou prejudicar a comunicação e o entendimento da mensagem (DOMINGUES, 2020).

A segurança medicamentosa, especialmente com fármacos de alta vigilância, é a terceira meta e visa cumprir com “os certos da medicação”, desde a sua prescrição, administração e efeito (SILVA & SILVA, 2014). As iatrogenias medicamentosas representam um grave risco à vida dos pacientes e, embora sua notificação seja obrigatória na plataforma Notivisa da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ainda é um evento subnotificado (ANVISA, 2021).

Outra meta foco deste estudo, se refere à segurança cirúrgica com o propósito de mitigar os riscos cirúrgicos em todas as suas etapas. Para tal, é preciso seguir as orientações de boas práticas em ambiente cirúrgico, destacando o cumprimento do protocolo de cirurgia segura. Em resumo, o protocolo estabelece que antes de qualquer procedimento operatório deve-se confirmar os dados do paciente e da cirurgia (instrumental, equipamentos, descartáveis, medicamentos), preparo pré-operatório, bem como as demais etapas do *checklist* (antes da indução anestésica e incisão cirúrgica e ao término do procedimento) (BRASIL, 2013a).

A redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde é outra meta estabelecida internacionalmente. Afinal, os pacientes estão expostos ao risco de contaminação em decorrência do procedimento e do ambiente de atendimento em saúde. O controle das infecções é um grande desafio para os estabelecimentos de saúde, justificando a obrigatoriedade da existência de uma comissão específica para monitorar e planejar ações específicas (FIGUEIREDO, 2006).

Outra meta é a prevenção de complicações decorrentes das lesões de pele em estágio avançado (devido ao uso de dispositivos médicos e decorrentes da assistência) ou por queda. Tais eventos devem ser notificados à ANVISA por parte dos estabelecimentos de atenção em saúde. Ademais, pacientes que sofrem quedas ou desenvolvem lesões de pele durante o período de atendimento podem ter danos graves e até irreversíveis (ANVISA, 2021). Como alternativa para rastreamento e prevenção há a classificação dos pacientes de acordo com o risco de queda e a aplicação de uma escala que mensura o risco de os pacientes críticos desenvolverem lesões por pressão. Entretanto, é sabido que há fatores predisponentes como: idade avançada, peso, doenças ou medicamentos que afetam o equilíbrio, mobilidade e o sistema imunológico. Após identificar os riscos, é possível elaborar e implementar ações para sua prevenção e manejo (FREITAS & ALBERTI, 2013).

Segurança do paciente

Para efetivar as metas internacionais de segurança do paciente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria n° 529, de 1 de abril de 2013 (BRASIL, 2013b). Através deste programa, a RDC n° 36, de 25 de julho de 2013, determinou a obrigatoriedade de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde para elaborar, implementar e monitorar as ações voltadas à segurança assistencial (ANVISA, 2013).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, de abordagem qualitativa e análise descritiva, a qual foi realizada no período entre agosto e novembro de 2021. Para a sua construção foi criada a questão norteadora;

escolhidas as palavras-chave, determinados os critérios de seleção; realizada a coleta dos dados; e desenvolvidas apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados (SOUZA *et al.*, 2010).

A busca por referenciais teóricos ocorreu no *Google acadêmico* e em sites do Ministério da Saúde, por meio das palavras-chave: segurança; gestão em saúde; paciente cirúrgico. Desta busca foram encontrados 38.600 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção. Este estudo atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados nos últimos dez anos e relacionados estritamente à temática proposta. Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam os objetivos do estudo, em outro idioma, incompletos ou em duplicidade. Em um primeiro momento os textos foram selecionados

pelos títulos, e elencados aqueles que mais se aproximavam da temática proposta. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos e, então, foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de seleção, totalizando 12 materiais.

Para a coleta de dados, foi realizada a leitura minuciosa dos textos selecionados, destacando as evidências, as quais foram agrupadas por semelhança e hierarquizadas da maior para a menor frequência com que surgiram nos textos. Os resultados originaram duas tabelas que atenderam aos objetivos deste estudo. Em seguida, foram discutidos em categorias temáticas intituladas: “Fragilidades na gestão do processo cirúrgico” e “Ações estratégicas para reduzir os riscos no processo cirúrgico e custos desnecessários”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 9.1 e 9.2**.

Tabela 9.1. Fragilidades na gestão do processo cirúrgico

Inexistência de um fluxo definido para as atividades (F2) Carelli & Lezzena (2019); Cardoso <i>et al.</i> (2020)
Ausência do enfermeiro na sala cirúrgica por ter que cumprir ações administrativas (F1) Branco (2019)
Falta de revisão dos kits cirúrgicos (F1) Branco (2019)
Falta de tempo hábil para o processamento dos materiais (F1) Branco (2019)
Falta de recursos (humanos, materiais e tecnológicos) (F1) Sangiovo <i>et al.</i> (2015)
Falha na comunicação interprofissional e entre os setores (F1) Souza <i>et al.</i> (2020)
Falta de conhecimento do protocolo cirurgia segura (F1) Silva <i>et al.</i> (2021)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 9.2. Ações estratégicas para reduzir riscos no processo cirúrgico e custos desnecessários

Realizar o <i>checklist</i> de cirurgia segura (F6) Pancieri <i>et al.</i> (2014); Branco (2019); Pinto (2020); Carelli & Lezzena (2019); Amaral & Oliveira (2013); Silva <i>et al.</i> (2021)
Automatizar os processos em sistema eletrônico para diminuir o risco de falhas (F2) Branco (2019); Souza <i>et al.</i> (2020)
Conferir material e medicamentos que serão utilizados na cirurgia (F2) Branco (2019); Amaral & Oliveira (2013)

Estabelecer comunicação e vínculo assertivos com o paciente (F2)

Fassarella *et al.* (2013); Cardoso *et al.* (2020)

Adotar a comunicação como ferramenta de qualidade (F2)

Carelli & Lezzena (2019); Souza *et al.* (2020)

Padronizar materiais e medicamentos em *kits* cirúrgicos (F1)

Branco (2019)

Contatar o paciente via telefona na véspera da cirurgia (F1)

Ávila & Bocchi (2013)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Fragilidades na gestão do processo cirúrgico

O estudo permitiu confirmar a hipótese de que alguns setores apresentam fragilidades em seus processos de trabalho. Esse fato aponta para a ocorrência de riscos desnecessários gerando impactos na vida do paciente e para a própria instituição. Os processos devem ser analisados rigorosamente para minimizar ao máximo os riscos à saúde e ao bem-estar do paciente.

Dentre as fragilidades encontradas destacaram-se: a inexistência de um fluxo bem definido para o trabalho; a ausência do enfermeiro cirúrgico durante a cirurgia em decorrências de suas atribuições burocráticas; a falta de revisão e padronização dos *kits* de materiais e medicamentos; a falta de tempo hábil para a esterilização dos materiais pela Central de Material (CME) devido ao atraso na entrega pelos fornecedores; escassez de recursos e falhas de comunicação (SILVA *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020; CARDOSO *et al.*, 2020; CARELLI & LEZZENA, 2019; BRANCO, 2019; SANGIOVO *et al.*, 2015).

Dessa forma, evidenciou-se que, embora existam recomendações de boas práticas e protocolos de segurança ao paciente, ainda persistem falhas significativas nas etapas do processo cirúrgico de muitos estabelecimentos, reforçando a necessidade de o gestor planejar, implementar e monitorar ações que evitem ou reduzem tais riscos.

Ações estratégicas para reduzir riscos no processo cirúrgico e custos desnecessários

Dentre as ações estratégicas sugere-se: a definição de um fluxo padronizado para as etapas de todos os processos que envolvem a cirurgia; capacitação continuada de todos os envolvidos acerca do protocolo de cirurgia segura e das boas práticas nesse contexto; otimização do canal de comunicação para que os profissionais trabalhem de forma alinhada, reduzindo ao máximo o risco ao paciente. Afinal, para Souza *et al.* (2020), a comunicação é uma ferramenta de qualidade que assegura a eficácia e a cooperação dos envolvidos nas tarefas.

A utilização do *checklist* para a cirurgia segura foi fortemente evidenciada como uma estratégia que corrobora com a segurança do paciente e a saúde financeira da instituição. Afinal, por meio da checagem dos itens essenciais para uma cirurgia segura é possível antever riscos, reduzir custos e otimizar recursos (SILVA *et al.*, 2021; PINTO, 2020; BRANCO, 2019; CARELLI & LEZZENA, 2019; PANCIERI *et al.*, 2014; AMARAL & OLIVEIRA, 2013). A implantação da rotina do *checklist* de cirurgia segura nos moldes da OMS evita a ocorrência de falhas e eventos adversos decorrentes das etapas do processo operatório (PANCIERI *et al.*, 2014).

A automatização das informações para o agendamento e a conferência das cirurgias diminui o risco de falhas na comunicação e possibilita maior acesso às informações pelos

profissionais envolvidos nos diferentes setores (SOUZA *et al.*, 2020; BRANCO, 2019; FASSARELA *et al.*, 2013). Cabe destacar aqui a rotina do “bate mapa”, em que representantes dos diferentes setores envolvidos conferem itens (materiais, reserva de equipamentos, materiais, hemocomponentes, especificidades do paciente, do procedimento, alergias, entre outros), a fim de realizar a gestão dos recursos e assegurar a assistência segura ao paciente e à equipe cirúrgica.

Outra estratégia que se mostrou positiva para o planejamento da assistência pela equipe e melhor aproveitamento das salas operatórias diz respeito ao contato com o paciente, via telefone, na antevéspera à cirurgia eletiva. Segundo Ávila e Bocchi (2013), tal estratégia reduziu em 30% os casos de absenteísmo cirúrgico.

A conferência dos medicamentos, materiais, especialmente OPME (órtese, prótese e especial), equipamentos e especificidades da equipe cirúrgica e do paciente devem ser providenciados e conferidos com antecedência, salvo em emergências. Dependendo da rotina e clientela atendida pela instituição é possível padronizar itens comuns em *kits* cirúrgicos (materiais e medicamentos), OPME (consignado, comodato) e equipamentos para que não haja uso desnecessário ou uma intercorrência devido a sua falta ou falha (BRANCO, 2019; AMARAL & OLIVEIRA, 2013).

Por fim, mas não menos importante, destaca-se o papel da comunicação assertiva para o sucesso das etapas que envolvem o processo cirúrgico. Para Carelli e Lezzena (2019) e Souza *et al.* (2020), a comunicação é uma ferramenta de qualidade que assegura a eficácia e a eficiência das tarefas e engaja a equipe. Através da comunicação, o paciente consegue sentir confiança na equipe e no serviço, pois é possível criar um ambiente de transparência nas informações e nas ações voltadas para segurança cirúrgica.

CONCLUSÃO

A comunicação no processo de cirurgia segura é essencial e norteia as ações de segurança e qualidade assistencial. Por ela é possível reduzir, corrigir e até mesmo evitar falhas e riscos no processo de cuidado. Assim, a implantação de um fluxo correto de trabalho e a padronização de processos possibilitam evitar desperdícios e otimizar recursos.

Além disso, a comunicação permite evitar gastos desnecessários para o reparo de iatrogenias assistenciais, corroborando com a sustentabilidade financeira e a visibilidade da organização no mercado de saúde.

Assim, o gestor de saúde tem um importante papel na gestão de recursos financeiros, humanos e sanitários, alinhando-os à missão da organização e seus valores e às necessidades da clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, n. 143, jul. 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Notificações em vigilância sanitária. ANVISA, 2021. Disponível em: <http://antigo.anvisa.gov.br/notivisa>. Acesso em: 09 out. 2021.
- AMARAL, J.G. & OLIVEIRA, F.E.S. Acompanhamento da rotina de um centro cirúrgico: há um protocolo de cirurgia segura? *Revista Uningá*, v. 36, p. 13, 2013.
- ÁVILA, M.A.G. & BOCCHI, S.C.M. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v. 47, p. 193, 2013.
- BARRETO, A.C. Metodologias de acreditação hospitalar sob a ótica da segurança do paciente [trabalho de conclusão de curso]. Mangabeira: Faculdade Maria Milza, 2018.
- BRANCO, A. Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: avaliando os processos de trabalho no transoperatório. *Revista Oficial do Conselho Oficial de Enfermagem em Foco*, v. 10, p. 43, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Cirurgia Segura. ANVISA, 2013a. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/protocolo-de-cirurgia-segura>. Acesso: 09 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, n. 98, 2016.
- CARDOSO, L.S. *et al.* O trabalho do enfermeiro cirúrgico e o potencial para minimizar complicações pós-operatórias. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, 2020.
- CARELLI, F.P.L. & LEZZENA, A.G.R. Proposta de inserção dos princípios da qualidade para estabelecer uma cirurgia segura. Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção. Ponta Grossa, PR, Brasil. dez. 2019.
- DOMINGUES, A.C.G.R.V. O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: o modelo ACP: assertividade (A), clareza (C) e positividade (P) na relação terapêutica [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2020.
- FASSARELLA, C.S. *et al.* Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, v. 7, 2013.
- FIGUEIREDO, C.H. Controle de infecção cruzada na atenção básica em saúde bucal no município de Fortaleza [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2006.
- FREITAS, J.P.C. & ALBERTI, L.R. Aplicação da Escala de Braden em domicílio: incidência e fatores associados a úlcera por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, p. 515, 2013.
- MAIA, T.P.M. & ROQUETE, F.F. Um olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a experiência da Joint Commission International (JCI). Apresentado no XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2014.
- OLIVEIRA, E.E. *et al.* Notificação de eventos adversos como ferramenta de gestão para reduzir gastos com ações judiciais no ambiente hospitalar. In: FREITAS, G.B.L., editor. *Epidemiologia e políticas públicas de saúde*. Irati: Pasteur, 2020, p. 238-246.
- PANCIERI, A.P. *et al.* Aplicação do *checklist* para cirurgia segura: relato de experiência. *Revista SOBECC*, v. 19, p. 26, 2014.
- PERRANDO, M.S. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 1, p. 61, 2011.
- PINTO, A.A.M. Segurança do paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, p. 9796, 2020.
- SANGIOVO, S. *et al.* Potencialidades e fragilidades de uma equipe de enfermagem em centro cirúrgico. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, v. 3, p. 1, 2015.
- SILVA, F.A.S. *et al.* Benefícios do protocolo cirurgia segura para o paciente e equipe multiprofissional. *Revista Terra & Cultura*, v. 37, p. 394, 2021.
- SILVA, M.T. & SILVA, S.R.L.P.T. Cálculo e administração de medicamentos na Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2014.
- SOUZA, J.B.A. *et al.* Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: desafio na segurança do paciente. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 6467, 2020.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: cirurgia segura salva vidas. [S.l.: s.n.]: 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8. Acesso em: 09 out. 2021.

Capítulo 10

PREVENÇÃO DE DOENÇA CARDÍACA E OBESIDADE EM POPULAÇÃO DOWN ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO ALIMENTAR E AUTONOMIA

JAQUELINE LEITE¹

JULIA ABEND BARDAGI¹

NATÁLIA REZENDE BARALDI²

JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA³

1. *Nutricionista – Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas.*

2. *Discente – Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas.*

3. *Docente – Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas.*

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome de Down; Alimentação saudável; Doenças cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a Síndrome de Down (SD) é a cromossomopatia mais comum, ocorrendo em um indivíduo para cada 600 a 800 nascidos vivos no Brasil. Consiste em diversas manifestações como alterações músculo-esqueléticas, cardiovasculares, imunológicas e de sistema nervoso, sendo esta a principal causa de deficiência intelectual congênita. Além disso, é comum que pessoas com SD possuam baixa estatura, o que influencia diretamente em um Índice de Massa Corporal (IMC) elevado (BRASIL, 2013; ANTONARAKIS *et al.*, 2020).

Desta forma, dados da literatura apontam que indivíduos com SD possuem maior tendência ao desenvolvimento de arritmias cardíacas como comorbidades cardiovasculares relevantes. Entretanto, as evidências com relação à prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e aterosclerose nessa população são limitadas e controversas (SOBEY *et al.*, 2015). De qualquer forma, e diante da exposição à fatores de risco para a doença cardiovascular (DCV), é importante frisar a necessidade de atuar no campo da prevenção, devido a sua alta prevalência nessa população (SBC, 2019).

Além de DCV, indivíduos com SD apresentam maiores chances de desenvolver excesso de peso, o qual possui prevalência de 23 a 70% nessa população. Isso pode ocorrer devido à hipotonia muscular, que reduz a força e mobilidade, tendo como consequência a inatividade física; a suscetibilidade à inflamação sistêmica, por questões de função imunológica alterada; e doenças endócrinas frequentemente apresentadas por esses indivíduos, como o diabetes mellitus (DM) tipo 1 e a tireoidite de Hashimoto (ESPINOSA *et al.*, 2020; GUARALDI, *et al.*, 2017). Outra

explicação para a tendência à obesidade é que indivíduos com SD apresentam um gasto energético basal de 10 a 15% mais baixo do que indivíduos sem a síndrome (SAITO *et al.*, 2021).

Ademais, considerando as limitações descritas e a falta de apoio social e financeiro, essa população apresenta padrões alimentares pouco saudáveis (ESPINOSA *et al.*, 2020). Neste contexto, um estudo realizado em Caruaru-PE analisou hábitos alimentares e renda mensal das famílias de indivíduos com SD. Observou-se que a maioria das famílias eram numerosas e tinham renda mensal média de dois salários mínimos. Estas condições podem prejudicar a aquisição de alimentos variados e saudáveis, além de gerar restrições alimentares (QUEIROZ *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que o risco para obesidade se agrava em função dos costumes alimentares gerais da população, com alto consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em sódio, açúcares e gorduras, que possuem alto valor calórico por porção, além de uma baixa ingestão de alimentos *in natura* e minimamente processados, tendo como consequência uma dieta pobre em fibras e micronutrientes (BRASIL, 2014). Esse fator contribui ainda mais para o excesso de peso que, por sua vez, é fator de risco para diversas doenças, como diabetes e a DCV. Destaca-se, portanto, a necessidade de uma dieta qualitativa e quantitativamente adequada, a fim de garantir melhor qualidade de vida, desenvolvimento e crescimento adequados, bem como um envelhecimento saudável (SILVA *et al.*, 2017).

O presente relato de experiência teve por objetivo descrever as atividades educativas desenvolvidas em um projeto de extensão universitária no âmbito da prevenção de doenças cardiovasculares e promoção à saúde

em pessoas com SD, atentando para o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos, respeitando sua individualidade e auxiliando no desenvolvimento da autonomia.

MÉTODO

A iniciativa descrita no presente relato de experiência refere-se ao projeto de extensão universitária vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PROEXT) da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), com vistas à prevenção de fatores de risco para a DCV em populações adultas com SD, buscando a conscientização sobre qualidade de vida e envelhecimento saudável. O grupo de trabalho multidisciplinar contou com discentes extensionistas voluntárias dos cursos de Medicina, Nutrição e Psicologia. Ressalta-se que todas as atividades foram desenvolvidas em parceria com a Fundação Síndrome de Down (FSD) de Campinas-SP, uma instituição independente, sem fins lucrativos, que atua no nível de atenção básica à saúde, com assistência através de programa conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) à indivíduos que possuem SD e seus familiares.

A primeira etapa para o desenvolvimento da intervenção educacional foi o acolhimento das demandas da instituição em relação à qualidade de vida de seus usuários. Foram realizadas sete oficinas educativas no período de julho a dezembro de 2021, cada uma composta por três encontros dentro da temática de hábitos saudáveis, alimentação balanceada, saúde mental e atividade física. Destas atividades, quatro eram relacionadas à alimentação, sendo intituladas “Presença de sal e açúcar nos alimentos”, “Grau de processamento dos alimentos”, “5 cores no prato” e “A textura dos alimentos”. A realização de todas as atividades

deu-se de forma semanal e *online*, através de plataformas de videoconferências, em função do distanciamento social determinado como estratégia de combate à disseminação da Covid-19. As oficinas foram realizadas com usuários da instituição que se interessaram e se engajaram nas discussões propostas.

No primeiro encontro de cada oficina foi realizada a apresentação dos novos participantes e contextualização do tema. A exposição do assunto foi feita de forma ilustrada, com figuras que representassem o cotidiano dos indivíduos e imagens de pessoas com SD, de modo a provocar o sentimento de identificação. Em seguida, criou-se espaço para exposições e trocas de experiências sobre o tema, instigando os participantes com SD a serem os protagonistas do próprio aprendizado.

O segundo encontro de cada uma das intervenções caracterizou-se pelo desenvolvimento de atividades que favoreciam a compreensão do assunto discutido, envolvendo jogos cooperativos e atividades visuais de educação nutricional, entre outras. Por fim, a terceira parte envolveu a prática coletiva para o encerramento do tema, com uma roda de conversa, um preparo culinário ou uma prática de alongamento; sempre definida pelos participantes ao final do encontro anterior.

Em todos os momentos das oficinas educativas os participantes puderam fazer colocações, trocar experiências de vida, expor seus hábitos e conhecimentos, sanar dúvidas, exercitar a comunicação e se colocar no local de detentor propagador do conhecimento, evitando a posição passiva no aprendizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro tema estabelecido foi o de “Presença de sal e açúcar nos alimentos”. Foi

observado que os participantes costumavam consumir alimentos como lasanha congelada, refrigerante, chocolate, brigadeiro, embutidos, suco artificial, macarrão instantâneo e bolacha recheada. Sabendo do alto teor de sal e açúcar na composição dos alimentos citados, foi apresentada a quantidade destes ingredientes presentes nos mesmos, exibindo a quantidade real em sacos plásticos transparentes, para melhor visualização. Por fim, foi aberto espaço para comentários, dúvidas e colocações.

A segunda oficina, intitulada “Grau de processamento dos alimentos”, ocorreu fundamentada pelos conceitos do Guia Alimentar para a População Brasileira, apresentando os alimentos *in natura*, processados e ultraprocessados. Esclareceu-se que alimentos *in natura* devem ser a base de uma alimentação saudável, enquanto processados podem ser utilizados em menor quantidade e os ultraprocessados precisam ser realmente evitados (BRASIL, 2014). Para que os usuários pudessem exercitar o conhecimento adquirido, foi realizada uma atividade cooperativa onde era apresentada uma imagem de um alimento e os participantes deveriam dizer qual o grau de processamento deste. Por fim, foi desenvolvida uma receita de pipoca de micro-ondas saudável, utilizando apenas água, milho de pipoca e sal, para elucidar a possibilidade de substituir alimentos ultraprocessados por uma preparação contendo ingredientes com menor processamento, sem prejuízo da textura e sabor.

A terceira temática discutida recebeu o nome de “5 cores no prato”, onde foram abordados, a partir da apresentação de imagens, os grupos alimentares e a composição de um prato saudável a partir de suas cores e tipos de nutrientes, sendo reguladores, construtores e energéticos. No último encontro deste tema, realizou-se, por meio de videoconferência, uma

oficina culinária, na qual foi preparada uma receita de vitamina de frutas contendo leite, fruta e aveia, isto é, todos os tipos de nutrientes.

O quarto assunto tratado foi “A textura dos alimentos”. Foram abordadas diferentes formas de ingerir um mesmo alimento, com alterações no preparo que podem gerar mudanças de textura e tonalidade, com perda ou manutenção do teor de nutrientes. Durante os encontros que compreenderam esta atividade os participantes foram levados a descrever os alimentos que ingeriam com frequência, discutindo textura e cor. Por fim, foi realizada uma oficina culinária, na qual foi preparada uma receita de *chips* de couve, a fim de utilizar um alimento comum de forma inusitada.

Além de todas as oficinas, criou-se um grupo no *WhatsApp* com as alunas extensionistas e os usuários da FSD para a troca de informações e imagens referentes aos hábitos saudáveis. A partir disso e dos encontros realizados, percebeu-se a mudança dos hábitos alimentares dos participantes, notando-se a melhora da composição dos pratos, assim como a inclusão de alimentos mais saudáveis nas refeições.

Ademais, sabe-se que a prática de cozinhar exerce grande auxílio e autonomia para uma alimentação mais saudável, como indica o estudo de Wolfson e Bleich (2015), no qual constatou-se que as pessoas que cozinham com maior frequência tendem a possuir uma dieta mais saudável do que pessoas que não possuem esse hábito. Além disso, refeições realizadas em casa tendem a fornecer menor número de calorias, mais fibras alimentares e minerais e menos gorduras totais e saturadas e sódio (REICKS *et al.*, 2014).

Como incentivo a essa prática, foi fundamental a realização das oficinas culinárias, onde os participantes cozinham diferentes preparações com o auxílio de seus

responsáveis. Notou-se que as oficinas culinárias e as rodas de conversa exerceram grande impacto na autonomia dos participantes para a realização de escolhas alimentares por serem ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN). A EAN possui como objetivo oferecer ao público-alvo a autonomia para práticas alimentares saudáveis, formando bons hábitos individuais e em grupo, levando em consideração as fases do curso da vida, as interações e os significados que envolvem o comportamento alimentar, a regionalização e a cultura (BEZERRA, 2018).

Sabe-se que a alimentação saudável é um importante fator protetor contra diversas doenças crônicas não transmissíveis, como DM, HAS, dislipidemias e DCV (BRASIL, 2014). Essas doenças representaram a causa de óbito mais frequente em indivíduos brasileiros de 30 a 69 anos em 2019, além de serem responsáveis pela maior morbimortalidade mundial (BRASIL, 2021). Este fator é de extrema importância ao levar em consideração o fato de que os indivíduos com SD possuem uma importante deficiência imunológica, decorrente de alterações funcionais e estruturais do timo, o que possibilita maior risco de infecções e doenças autoimunes (SGARBI *et al.*, 2018). Portanto, evidencia-se a importância desse tema na discussão sobre qualidade de vida, visto que foram constatadas alterações no comportamento alimentar dos participantes da intervenção de EAN por meio de fotos enviadas no grupo do *WhatsApp* e relatos dos mesmos.

Vale ressaltar que, durante o desenvolvimento dos presentes temas prezou-se pela realização de atividades lúdicas, ao considerar que instrumentos que proporcionam diversão são capazes de tornar o processo de aprendizado mais interessante e, conseqüentemente, eficiente (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Deste modo, os

recursos utilizados foram jogos cooperativos, oficinas culinárias, vídeos e apresentações de imagens contendo cores vibrantes e *gifs*, buscando sempre evitar a infantilização do participante e, ao mesmo tempo, fazer uso de todos os meios disponíveis para realização de atividades *online*.

Além da execução do conteúdo programático em si, prezou-se pelo estabelecimento de um vínculo entre as alunas extensionistas e os participantes das atividades. Alguns estudos reforçam a importância da criação deste afeto, pois trata-se de uma característica necessária ao ser humano para estabelecimento do respeito e motivação para o trabalho em equipe (SILVA *et al.*, 2016). Assim, as rodas de conversa foram essenciais como momentos de exposição de opiniões e vivências de forma respeitosa, com livre arbítrio para os participantes realizarem ou não as mudanças no cotidiano e atividades propostas.

A maioria das oficinas teve ótima aceitação por todos os participantes e foi observado que estes inseriram as preparações e práticas realizadas ao cotidiano. Entretanto, na quarta atividade, onde discutia-se a textura dos alimentos, ainda que todos tenham participado das rodas de conversas propostas, não obteve sucesso na oficina culinária. Apenas um usuário participou e o restante afirmou não querer pois não gostava ou não tinha vontade.

Entretanto, nota-se uma maior desenvoltura dos participantes ao conversar; utilizar o celular para enviar mensagens no grupo do *WhatsApp*; participar das reuniões *online*; cozinhar; e desenvolver o raciocínio lógico na execução das atividades propostas. Essas são conquistas inesperadas e extremamente relevantes para a autonomia do público-alvo.

Ressalte-se que as presentes atividades, inicialmente desenvolvidas para o formato

presencial, mostraram-se factíveis dentro do ambiente virtual com resultados finais bastante satisfatórios. Essa adaptação criada de forma inesperada em consequência ao avanço da pandemia viabilizou aos indivíduos com SD uma nova perspectiva para o aprendizado e desenvolvimento de atividades lúdicas e sociais.

CONCLUSÃO

Em conclusão, as ações educativas para a prevenção da obesidade e fatores de risco para a DCV através de oficinas virtuais alcançaram

relevante interesse, sensibilização e participação dos indivíduos com SD. Foram observadas alterações no comportamento alimentar que, se mantidas a longo prazo, podem contribuir significativamente para saúde, bem-estar e autonomia para preparo e escolha da própria alimentação.

Em relação às alunas extensionistas, houve amplo aprendizado quanto ao desenvolvimento de ações educativas e compreensão sobre as particularidades da pessoa com SD, enriquecendo sobremaneira a aquisição de valores através da presente vivência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONARAKIS, S.E. *et al.* Down Syndrome. Nature Reviews Disease Primers, v. 6, p. 1, 2020.
- BEZERRA, J.A.B. Educação alimentar e nutricional: articulação de saberes. Fortaleza: EdUFC, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população Brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- ESPINOSA, R.M.M. *et al.* Evidences from clinical trials in down syndrome: diet, exercise and body composition. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 17, 2020.
- GUARALDI, F. *et al.* Endocrine autoimmunity in Downs Syndrome. Frontiers of Hormone Research, v. 48, p. 133, 2017.
- OLIVEIRA, J.F. *et al.* Impact of software for mobile devices on the behavior of adolescents in obesity prevention. Texto & Contexto Enfermagem, v. 29, e20190022, 2020.
- QUEIROZ, F. *et al.* Perfil nutricional de portadores de síndrome de Down no agreste de Pernambuco. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria, v. 36, p. 122, 2016.
- REICKS, M. *et al.* Impact of cooking and home food preparation interventions among adults: outcomes and implications for future programs. Journal of Nutrition Education Behavior, v. 46, p. 259, 2014.
- SAITO, Y.C. *et al.* Hábitos alimentares de indivíduos com síndrome de down. Advances in Nutritional Sciences, v. 2, 2021.
- SGARBI, F. *et al.* Alta concomitância de doenças autoimunes em um paciente com síndrome de Down. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 2, p. 144, 2018.
- SILVA, G.P. *et al.* Par educativo: a manifestação do vínculo com a aprendizagem. Vínculo, v. 13, p. 46, 2016.
- SILVA, J.C.A. *et al.* A importância da alimentação em pessoas com síndrome de down. Ciência & Saberes, v. 3, p. 636, 2017.
- SOBEY, C.G. *et al.* Risk of major cardiovascular events in people with down syndrome. PLOS One, v. 10, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, p. 787, 2019.
- WOLFSON, J.A. & BLEICH, S.N. Is cooking at home associated with better diet quality or weight-loss intention? Public Health Nutrition, v. 18, p. 1397, 2015.

Capítulo 11

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NATHANIELLY CRISTINA CARVALHO DE BRITO SANTOS¹

LUCIANA DANTAS FARIAS DE ANDRADE²

MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA³

GREGÓRIO GONDIM PEREIRA NETO⁴

ADRIELLY CARDOSO DA SILVA⁴

PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA⁵

LAYLA CAROLINE LINO DA SILVA⁵

RUTE HELLY DA COSTA MACIEL⁵

CAYANE MARIA DA SILVA SANTOS⁵

1. *Docente – Doutora em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.*
2. *Docente – Doutora em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.*
3. *Docente – Doutor em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.*
4. *Enfermeira(o) – Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES.*
5. *Discente – Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES.*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde da criança; Desenvolvimento infantil; Estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

Durante anos as crianças foram tratadas da mesma forma que os adultos, e o mais preocupante era o fato de a família e o Estado não perceberem a infância como uma etapa importante da vida humana, constituída de singularidades e necessidades específicas, diante da dinamicidade do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. No entanto, transformações sociais, econômicas e políticas ocorridas ao longo dos séculos contribuíram para conquistas essenciais no que diz respeito a atenção à criança (PAGLIARI *et al.*, 2014).

Nesse contexto, ressalta-se que a infância é uma etapa do desenvolvimento humano com significativas repercussões para a vida adulta e condicionada por variantes como o cenário ambiental, biológico, familiar e social no qual a criança está inserida. Por isso, exige maior atenção por parte dos profissionais de saúde para faixa etária (VIERA *et al.*, 2015).

A população infantil representa uma parcela significativa dos brasileiros, sendo 29 dos 190 milhões de habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), isto é, aproximadamente 15,26% são pessoas na faixa de 0 e 9 anos completos de idade, como define a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010).

Embora nos países em desenvolvimento mais de onze milhões de crianças tenham suas vidas ceifadas em decorrência de problemas evitáveis, como doenças infecciosas e carências nutricionais, e no Brasil, seja considerável a parcela daquelas que morrem antes mesmo de atingirem cinco anos de vida, é oportuno reconhecer um avanço com a redução média de 47,6% na taxa de mortalidade infantil, alcançando o quarto objetivo de desenvolvimento do milênio em 2015. Todavia, é importante atentar que aquelas que sobrevivem podem crescer com limitações para alcançar as

potencialidades em relação ao desenvolvimento, o que exige que sejam identificadas em tempo oportuno (SILVA *et al.*, 2015).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), em todo o mundo, estima-se que exista pelo menos 150 milhões de crianças com algum tipo de deficiência, de qualquer natureza, como perda ou alterações estrutural, funcional, psíquica, física ou anatômica (ONU, 2017). No Brasil, 23,4% da população autoafirma ter algum tipo de deficiência segundo o censo IBGE 2010 (BRASIL, 2010). Em estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, ficou evidente que a prevalência de quatro alterações no desenvolvimento global entre lactentes que frequentavam Centros de Referência em Educação Infantil foi de 52,7% (SILVA *et al.*, 2015).

Diante deste contexto, foi necessária a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) regulamentada pela Portaria nº 1.130, de 15 de agosto de 2015, que objetiva promover e proteger a saúde da criança, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a vigilância do desenvolvimento infantil que segue as diretrizes da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Primeira Infância (AIDPI) deve constituir um processo contínuo, flexível e que englobe informações dos profissionais de saúde, genitores, professores, entre outros, para a promoção do desenvolvimento e detecção de possíveis alterações em tempo hábil e a partir da atenção primária como coordenadora do cuidado (REICHERT *et al.*, 2015). Para tanto, deve ser implementada pelos enfermeiros e considerar a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como ferramenta para seguimento do desenvol-

vimento e comunicação com a família (BRASIL, 2015).

Contudo, na realidade dos serviços de saúde ainda é possível se deparar com limitações na implementação dessa prática. Autores como Amorim *et al.* (2018) e Palombo *et al.* (2014) evidenciaram as fragilidades na adesão dos profissionais às ações de vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) com mais da metade das cadernetas sem registros dos marcos do desenvolvimento, o que justifica esta investigação.

Ante o exposto, questionou-se: “Qual o conhecimento dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) acerca da vigilância do desenvolvimento infantil?” e “Quais fatores limitam ou potencializam a realização desta prática por estes profissionais na Estratégia Saúde da Família?”. Objetivou-se neste estudo compreender os possíveis fatores que potencializam ou limitam a implementação da vigilância do desenvolvimento infantil por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em um município no interior do estado da Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa. Tem como cenário as Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculadas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em um município da região centro-norte da Paraíba, que contempla a zona urbana e rural. A rede de Atenção Primária da região possui nove UBS segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A escolha por este cenário se justifica por sua relevância na mesorregião do Curimataú Paraibano, sede do 4º Núcleo Regional de Saúde e campus de uma Instituição de Ensino Superior.

Participaram do estudo sete enfermeiros do município que atenderam aos critérios de inclusão: atuar nas ESF do referido município a

pelo menos seis meses e realizar consultas de puericultura à criança menor de dois anos. Houve duas perdas, uma pelo agendamento de três entrevistas consecutivas e a falta do profissional, e a segunda, pelo conflito de interesse diante da atuação do profissional junto ao pesquisador, o que poderia ser configurado como viés para a investigação. Nenhum participante atendeu aos critérios de exclusão: estar afastado por licença saúde ou férias no momento da coleta.

A coleta de dados foi realizada durante o período de novembro a dezembro de 2018 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado composto de duas partes: a primeira contemplando dados de caracterização do participante (idade, tempo de formação e de trabalho na atenção primária e cursos realizados após a graduação); e a segunda, com as seguintes questões norteadoras: “Para você o que é a vigilância do desenvolvimento infantil?”, “Fale sobre o que você sabe sobre a vigilância do desenvolvimento infantil para saúde da criança.” “Conte sobre como você realiza a consulta de enfermagem de puericultura em crianças menores de dois anos e como é a realidade enfrentada por você na realização do acompanhamento da criança na consulta de enfermagem de puericultura diante da vigilância do desenvolvimento infantil.”

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde da ESF, seguindo o agendamento pré-definido pelo entrevistador e respeitando a rotina de trabalho do profissional e suas especificidades. As conversas foram gravadas em mp3 e posteriormente transcritas na íntegra para maior fidedignidade das informações. Previamente à entrevista, todos os profissionais assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) contendo as informações mais importantes da pesquisa, como título, objetivo e seus direitos enquanto

participantes de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a análise do material empírico foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, perpassando três etapas: a pré-análise, que consiste na escolha dos documentos analisados; a exploração do material, uma classificação que busca alcançar o núcleo de compreensão do texto, e realizar categorização, um processo de redução do texto às palavras significativas; tratamento e interpretação dos resultados, onde o material empírico é submetido a inferências e interpretações mantendo relação com o quadro teórico obtido no início da pesquisa (MINAYO, 2014).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP – HUAC), sob o parecer de número 3.021.184 e CAAE: 68082717.5.0000.5182. Para garantir o anonimato dos participantes as falas foram identificadas com a letra “E” de enfermeiro, seguido da ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo possuíam idade entre 25 e 40 anos, com tempo de formação profissional entre 3 e 5 anos e de atuação entre 1,9 e 15 anos. Apenas uma profissional tinha capacitação na área da temática do estudo. Quando questionada sobre a faixa etária das crianças atendidas, as profissionais relataram atender de cinco a nove crianças menores de 1 ano por turno de trabalho, e de quatro a sete maiores de 2 anos.

A partir da análise das entrevistas semiestruturadas com as profissionais participantes, emergiram as seguintes categorias temáticas:

Implementação da vigilância do desenvolvimento infantil por enfermeiros: potencialidades

A partir dos relatos sobre a vigilância do desenvolvimento, percebeu-se que os enfermeiros reconhecem a importância da mesma como um acompanhamento essencial para a saúde infantil por possibilitar conhecer a criança, sua família e os cuidados ofertados, além de ser vigilante para identificar o desenvolvimento tanto físico como mental e intervir precocemente diante de possíveis alterações.

“É a partir da vigilância que conhecemos melhor a criança, a família e os cuidados que estão sendo prestados a essa criança. Esse acompanhamento é essencial para descobertas de sinais e sintomas que possam ter intervenções precoces.” (E1)

“[...] É vigiar como a criança tá se desenvolvendo, se ela tá se desenvolvendo nos padrões que o Ministério da Saúde preconiza ou não.” (E3)

“É uma avaliação quanto ao acompanhamento mensal infantil, onde será observado tanto o desenvolvimento físico como cognitivo e mental da criança.” (E7)

Esta realidade é considerada uma potencialidade, tendo em vista que a vigilância do desenvolvimento infantil constitui um elemento pertinente para identificação de características específicas de cada fase da criança, em especial nos primeiros anos de vida. Desse modo, possíveis sinais de alerta e/ou desvios podem direcionar o profissional para estimulações precoces, quando necessário (LOPES & CARDOSO, 2014).

Diante disso, faz-se necessário que o profissional envolvido no cuidado infantil mantenha-se atento ao desenvolvimento e realize os registros de tais informações de forma adequada, tendo em vista os benefícios dessas

ações para a saúde da criança, em especial aquelas com maior vulnerabilidade, já que apresentam maiores especificidades em seu DNPM (DWORKIN & SOOD, 2016).

Além da atenção aos registros, é fundamental que os profissionais reconheçam a realidade que a criança e seus genitores estão inseridos, haja visto que, para uma avaliação integral, deve-se levar em consideração os riscos biopsicossociais e afetivos que possam limitar a trajetória para um pleno desenvolvimento. Ademais, é importante enfatizar que as ações de Vigilância do Desenvolvimento Infantil (VDI) perpassam também as orientações ofertadas aos pais, que precisam manter um olhar atento sob a criança no domicílio (LOPES & CARDOSO, 2014).

Outra potencialidade identificada é que as profissionais reconhecem ter subsídios necessários para implementar a avaliação do desenvolvimento infantil, ao identificarem a CSC como instrumento para conduzir os profissionais na sua prática laboral, bem como equipe, insumos e os protocolos do Ministério da Saúde para embasar o seu cuidado à criança. Essa potencialidade pode ser observada nos relatos:

“Na caderneta já tem o passo a passo, então você já vai folheando e cada marco que você encontrar na criança, você vai detalhando na caderneta.” (E3)

“Eu utilizo a caderneta, como parâmetro, pra ver como é que tá o desenvolvimento da criança, também utilizo os protocolos do Ministério da Saúde pra me basear.” (E4)

“Mas acho que dá pra suprir as necessidades tanto da mãe [...] quanto a nossa [...] acho que [...] o que a gente tem assim, de equipe, de insumos, de tudo acho que tá tranquilo.” (E2)

Cabe ressaltar a CSC como instrumento essencial na prática profissional diante das ações de VDI, pois a partir dos registros nela contidos

é possível reconhecer subjetividades da criança, detectar problemas que possam limitar o desenvolvimento infantil, estratificar riscos e implementar um processo de enfermagem individualizado que traga resultados efetivos (SILVA & GAÍVA, 2015).

Entretanto, para que a CSC seja um instrumento capaz de fornecer informações importantes aos profissionais e familiares envolvidos no cuidado com a criança é indispensável que seu preenchimento seja íntegro, sem lacunas ou ocultação de dados, desde o nascimento da criança até seus 10 anos de idade (ABUD & GAÍVA, 2015).

Vale salientar a importância de serviços de saúde com estruturas físicas adequadas, dispondo de impressos (prontuários, fichas de acompanhamento, manuais do Ministério da Saúde), equipamentos e materiais (régua antropométrica, balança pediátrica e brinquedos de borracha laváveis) que sejam apropriados para realização da consulta à criança. A disponibilidade desses itens é condição mínima no processo de trabalho dos profissionais para um cuidado de qualidade (CARVALHO & SARINHO, 2016).

Ratificando a importância de boas condições laborais, uma pesquisa qualitativa realizada com profissionais de enfermagem identificou que infraestruturas prejudicadas e falta de equipamentos importantes para a consulta de enfermagem em puericultura são fatores que podem fragilizar a assistência integral à saúde da criança (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Além da estrutura física, é essencial que haja um planejamento na rotina de trabalho, de modo a contemplar todas as demandas, com destaque aqui uma atividade gerencial, que na Atenção Básica faz parte da atuação laboral do enfermeiro (RODRIGUES & TAVARES, 2012). Nesse sentido, identifica-se que algumas unidades possuem um cronograma que con-

templa as consultas de puericultura à criança pelos profissionais da equipe, com um agendamento ou informação ofertada pelos agentes de saúde acerca da data de comparecer com a criança.

“Sempre aqui [...] enfermeira e médica, a gente acompanha intercaladas as consultas, certo? Tem um cronograma que aí já é agendado, quando ela [mãe] sai da minha sala ou da sala da médica, ela já sai com a próxima consulta agendada [...] o cronograma de puericultura é na terça-feira à tarde.” (E2)

“Dentro do meu cronograma tem um dia que é voltado pra puericultura que é a terça-feira, onde eu realizo pela manhã e pela tarde [...] eu atendo por ordem de chegada.” (E4)

“[...] de início, a gente tem um cronograma de atendimentos que eu separo por agente de saúde por cada microárea, [...]a gente já marca, as agentes de saúde repassam essas datas para as mães, elas trazem as crianças para a unidade.” (E6)

Acompanhar o desenvolvimento infantil por meio de consultas rotineiras e utilizando instrumentos adequados permite intervenções em tempo hábil, de modo a dirimir sequelas futuras (MARTINS *et al.*, 2013), uma vez que, no contexto da Atenção Básica, são recebidas crianças, por vezes, em risco para possíveis atrasos em seu desenvolvimento (REICHERT *et al.*, 2015).

Isto posto, as ações de VDI não podem ser negligenciadas durante a consulta de puericultura, levando-se em consideração as rápidas modificações neuropsicomotoras que ocorrem na primeira infância (DANTAS *et al.*, 2016). No entanto, estudo documental evidenciou fragmentações na avaliação de enfermagem sob aspectos voltados ao desenvolvimento infantil. Dados desta natureza trazem consigo preocupações diante a construção do cuidado ofertado ao público infantil (BARATITE *et al.*, 2014).

Limitações para a prática

Em contrapartida, embora o uso da CSC seja considerado importante para os profissionais envolvidos no estudo, muitas falas indicam limitações no preenchimento da CSC quanto aos aspectos da vigilância do desenvolvimento infantil, comprometendo, assim, a longitudinalidade do cuidado à criança.

“Na verdade, a gente faz só na observação (a vigilância do desenvolvimento infantil) [...] não fazemos o preenchimento daquela parte dos marcos [...] assim pra gente parar e ver cada pontinho daquele eu realmente não faço.” (E2)

“Eu não faço o registro, mas eu me reporto pra caderneta pra que as orientações que estão lá [...] porque o registro mesmo das implementações coloco no prontuário.” (E1)

“Algumas coisas de exame físico, do desenvolvimento ou do crescimento eu realmente faço só baseado nas queixas, outras só na observação.” (E2)

Essa realidade coaduna com revisão, a qual evidenciou que há um baixo preenchimento de informações na CSC, no que se refere aos marcos do desenvolvimento infantil. Assim, sugere-se que ausências ou incompletudes nos registros denotam fragmentação nas ações propostas para o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) culminando em fragilidade de vínculo dos profissionais com à criança e suas necessidades básicas de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Esse contexto desperta ainda reflexões sobre a qualificação dos profissionais para atenção à criança e a *práxis* do cuidado, tornando necessário fortalecer ações voltadas à educação permanente em saúde, visto que fragilidades no conhecimento podem gerar descontinuidade na assistência, afetando a longitudinalidade do cuidado. Ademais, uma pesquisa qualitativa realizada com enfermeiras atuantes na APS apontou a oferta de capacitações à equipe de

profissionais como ferramenta importante para identificação de fragilidades relacionadas ao desenvolvimento infantil (REICHERT *et al.*, 2015).

O acompanhamento da criança no contexto da APS por profissionais humanizados e devidamente capacitados contribui para o crescimento e desenvolvimento infantil. Este monitoramento protege a criança de limitações em seu DNPM e possíveis agravos que possam gerar fragilidades na vida adulta (MAIA *et al.*, 2017).

Por outro lado, é pertinente refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais. Trata-se de um aspecto organizacional que merece destaque dentre as fragilidades que dificultam a implementação da vigilância do desenvolvimento pelos enfermeiros, diante da sobrecarga de atribuições, demanda de crianças e o tempo da consulta de enfermagem em puericultura, o que pode comprometer uma assistência integral e de qualidade.

“Pra mim toda hora tem gente batendo na porta [...], até porque a gente, nós, as nove enfermeiras que estão na Atenção Básica do município, [...] trabalhamos como enfermeiras e como coordenadoras da equipe. [...]. Então, isso acaba prejudicando um pouquinho sabe, todos os atendimentos que eu faço eles acabam sendo quebrados por alguma coisa que eu tenha que resolver. [...] Porque [...] eu sempre agendo duas (consultas) [...] pra 30 dias e pra 60 dias, eu não tenho o controle de quem vem, eu tenho de gestantes, mas de criança eu não tenho. (E2)

“Eu acho ainda pouca só as consultas, um espaço muito pequeno pra mãe vir, pra falar e a gente conhecer mais sobre essa criança.” (E1)

“A demanda [...] não é tão grande e pela forma que a gente acompanha, pelo calendário do ministério dá pra gente, realmente, fazer todas as consultas, [...], mas não dá, realmente, para ser aquela consulta de uma hora, da gente

fazer aquele exame todinho como realmente deveria ser.” (E2)

“Geralmente minhas puericulturas eu chego aqui 7:00, 7:30, mas as pessoas chegam as 10 horas da manhã e, assim, você fazer dez puericulturas em uma hora é complicado [...], porque o horário é de 7:00 à 11:00, então eu precisaria que elas chegassem um pouco mais cedo para que fizesse uma consulta mais detalhada.” (E4)

“Nossa comunidade tem uma demanda enorme de crianças, [...]” (E7)

O acompanhamento da criança na ESF quando fragmentado e superficial pode gerar danos à saúde, assim como despesas ao município, o que pode ser evitável a partir da implementação de condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, como o acompanhamento regular e integral do DNPM (MARTINS *et al.*, 2013). Nessa perspectiva, identifica-se uma indiferenciação entre desenvolvimento e crescimento, por parte dos profissionais, com priorização de medidas antropométricas, administração de vitamina A e imunização, com olhar limitado para o DNPM.

“[...] o monitoramento do desenvolvimento e crescimento [...] seria para a gente acompanhar, realmente se ela tá desenvolvendo de acordo com sua idade [...] a gente vai começando a observar, tem um tamanho adequado pra idade, se tá com o crescimento adequado pra idade, perímetro cefálico, se já tá observando, se consegue acompanhar o olhar, então é realmente a gente monitorar e observar a evolução dessa criança.” (E2)

“É o acompanhamento da criança no seu desenvolvimento, como ela tá se desenvolvendo, se ela tá no peso adequado, se tá na estatura adequada.” (E3)

“É você tá observando [...] o desenvolvimento da criança em relação ao peso, crescimento, desenvolvimento neurológico, ca-

lendário vacinal [...], então é você tá prestando atenção se a criança está correspondendo naquelas fases ao que você espera e ao que é preconizado dentro da cartilha do Ministério da Saúde.” (E4)

“Primeiro a gente faz as medidas antropométricas e coloca nos gráficos, faz o IMC da criança e o perímetro cefálico, posteriormente ver a parte de vacinação, ver a parte de suplementação de vitamina A, ver também as questões de desenvolvimento por faixa etária.” (E5)

Somado a esse contexto de fragilidades, percebe-se nos relatos uma desvalorização da consulta de puericultura no que se refere a avaliação integral do desenvolvimento infantil também por parte dos familiares, pois enxergam apenas o peso como acompanhamento da criança para receber o auxílio governamental do Bolsa Família.

“Então, a mãe ela aproveita a consulta de peso, que assim eles conhecem, aqui conhecem muito pouco por CD [crescimento e desenvolvimento]. Eles têm a consulta como peso do agente comunitário, uma grande maioria vem porque tem Bolsa Família, elas associam muito a isso, que tem que fazer esse acompanhamento na unidade.” (E1)

“Assim, muitas vezes elas só querem pesar e ir embora porque só o que vale pro Bolsa Família é o peso, então elas não querem saber do resto, as vezes a gente fala entra em um ouvido e sai no outro, porque a orientação pra elas tanto faz, o que importa é a gente registrar o peso, muita gente leva só o peso anotado em um papel, só pra gente anotar e registrar. Ai a gente não recebe, ou faz a avaliação toda ou não faz, porque só o peso não é avaliação, assim, muitas vezes traz uma fragilidade pra unidade.” (E5)

Esse achado desperta preocupação visto que pode resultar da falta de sensibilização dos profissionais sobre essa necessidade de

acompanhamento independente do Bolsa Família, o que repercute no desconhecimento por parte dos pais e cuidadores sobre a importância desse monitoramento. Dentre os relatos, um participante admite existir lacunas em sua formação, o que limita a atuação diante da vigilância do desenvolvimento, apontando a necessidade de capacitação.

“Eu acho que a gente devia ter mais educação [...] uma capacitação sim, melhor, pra gente ter um desenvolvimento melhor nessa consulta, é, acho que falta isso, capacitação.” (E3)

Apesar de representar uma fragilidade e justificar as dificuldades para implementar uma ação *sine qua non* para atenção integral à criança, como é a vigilância do desenvolvimento infantil, a fala representa um pedido de apoio para uma atuação eficiente, efetiva e de qualidade na proteção à criança, prevenção de doenças e/ou agravos e promoção da saúde infantil.

Cabe ressaltar que a qualificação do enfermeiro deve ser enxergada como prioridade considerando que diversas crianças atendidas na Atenção Básica apresentam riscos de atraso em seu DNPM. Assim, estratégias utilizadas para uma melhoria deste quadro, como programas assistenciais, fornecem renda para famílias carentes que frequentam corretamente os serviços básicos de saúde (ERTEM *et al.*, 2009). O Bolsa Família na nação brasileira precisa ser adequadamente conduzido no intuito de ir além de um cumprimento de condicionalidade, mas oportunizar acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil.

CONCLUSÃO

Percebe-se, a partir da realização desse estudo, que os enfermeiros reconhecem a importância de implementar consultas que

buscam avaliar o desenvolvimento infantil, como requisito essencial para a saúde da criança. No entanto, mesmo com todos os subsídios necessários para a realização de uma avaliação integral, ainda há limitações no preenchimento da CSC, como sobrecarga de trabalho, alta demanda de crianças e tempo reduzido para consultas de puericultura, que podem comprometer a assistência integral e gerar descontinuidade do cuidado infantil.

Ante o exposto, considera-se que estas fragilidades podem ser reflexo da pouca capacitação e sensibilização dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento infantil, o que pode dificultar a identificação de possíveis alterações que comprometam o DNPM. Dessa forma, este

estudo contribui para o reconhecimento da realidade vivenciada pelos enfermeiros em seu processo de trabalho e fortalecimento da implementação da educação permanente em saúde e da *práxis* da enfermagem para a integralidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde.

Isto posto, ainda que os objetivos desse estudo tenham sido alcançados, a pesquisa qualitativa, que teve como *corpus* para análise as falas dos participantes, pode ter limitado a compreensão das potencialidades e limitações para implementação da VDI. Assim, sugere-se a realização de novos estudos observacionais que agregariam mais discussões acerca das ações em VDI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUD, S.N. & GAÍVA, M.A.M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, p. 97, 2015.
- ALMEIDA, A.C. *et al.* Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, p. 122, 2015.
- AMORIM, L.P. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, 2018.
- BARATITE, T. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 4, p. 206, 2014.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Contagem populacional. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
- BRASIL. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Brasília, ago. 2015.
- CARVALHO, E.B. & SARINHO, S.W. The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 10, 2016.
- DANTAS, A.M.N. *et al.* Nursing diagnoses for the stages of growth and development of children using ICNP. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 18, 2016.
- DWORKIN, P.H. & SOOD, A. A population health approach to system transformation for children's healthy development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, v. 25, p. 307, 2016.
- ERTEM, I.O. *et al.* Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 30, p. 319, 2009.
- LOPES, M.M.C.O. & CARDOSO, M.V.L.M.L. Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança por meio do Harris Infant Neuromotor Test. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, p. 586, 2014.
- MAIA, J.A. *et al.* Percepção dos pais sobre a importância de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Dê Ciência em Foco*, v. 1, 2017.
- MARTINS, T.S.A. *et al.* Implementação da avaliação do crescimento e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de 5 anos na USF Grajaú na cidade de Brumadinho-MG, pelo internato rural da UFMG. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 23, 2013.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. A ONU e as pessoas com deficiência. Brasília: Organização das Nações Unidas, 2017.
- PAGLIARI, J. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, p. 1000, 2014.
- PALOMBO, C.N.T. *et al.* Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, 2014.
- REICHERT, A.P.S. *et al.* Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, 2015.
- RIBEIRO, S.P. *et al.* Atividades cotidianas de enfermeiras em uma clínica de cuidados infantis. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 22, p. 89, 2014.
- RODRIGUES, L.M.S. & TAVARES, C.M.L. Estágio supervisionado de enfermagem na atenção básica: o planejamento dialógico como dispositivo do processo ensino aprendizagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 13, 2012.
- SILVA, A.C.D. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 1881, 2015.
- SILVA, F.B. & GAÍVA, M.A.M. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança: percepção dos profissionais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, p. 1027, 2015.
- VIERA, M.M. *et al.* A atenção da enfermagem na saúde da criança: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, v. 18, p. 97, 2015.

Capítulo 12

A NOVA PANDEMIA NA SAÚDE PÚBLICA: A OBESIDADE INFANTIL NO ESCOPO PREVENTIVO

MILENA FERNANDEZ MEZEI¹
GIOVANNA MUSA SCALISE SZPIGEL¹

1. 1. Discente – Medicina da Universidade Anhembi Morumbi São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE

Obesidade; Alimentação; Atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Diante do contexto social e o meio em que vivemos, a obesidade começou a alcançar proporções tamanhas, tornando-se uma pandemia que afeta adultos, idosos e até mesmo crianças (SGP, 2021). Por conta desse cenário, foram criadas estratégias, planos de cuidados específicos a esta situação, a fim de prevenir o desenvolvimento da obesidade na população brasileira e conter esse rápido crescimento em crianças e adolescentes (CARVALHO *et al.*, 2012). Com a implementação de políticas públicas, regulamentações, intervenções efetivas e a aplicação da legislação, em todos os níveis da Atenção Primária à Saúde (APS), torna-se possível um melhor controle dessa doença (PMA, 2021). O objetivo deste estudo foi obter dados, resultados e respostas acerca da crescente epidemiologia da obesidade infantil no Brasil.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada entre janeiro e fevereiro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, subfiltrados nas bases Lilacs, Medline e Colecion SUS. Foram utilizados os descritores: “Obesidade infantil”, “Políticas Públicas” e “Prevenção”. Desta busca foram recuperados 275 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos na língua portuguesa publicados entre 2008 e 2021, disponibilizados em livre acesso na íntegra e que abordassem métodos preventivos contra a obesidade infantil. Os critérios de exclusão foram: artigos com publicação fora do período estabelecido, duplicados, que não atendessem o objetivo do estudo e apenas mencionam a obesidade infantil, sem abordá-la sob a perspectiva de prevenção.

Após a aplicação dos critérios de seleção restaram 15 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva com base na âncora teórica da obesidade infantil e sua prevenção dentre as políticas públicas brasileiras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevenção contra a obesidade infantil em níveis de APS se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, prática que promove crescimento e desenvolvimento ideal da idade, redução da mortalidade, assim como a redução da possibilidade de sobrepeso e obesidade (BATISTA, 2016). Essa ação é promovida desde o acesso ao pré-natal e é acompanhada durante consultas de rotina, garantindo uma alimentação adequada à criança e impedindo complicações como o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentação complementar ao aleitamento, desnutrição, sobrepeso e outros. Isso é desenvolvido de maneira mais competente através da implementação da amamentação materna exclusiva e a livre demanda durante os seis primeiros meses do lactente (BRASIL, 2014).

A partir dos seis meses preconiza-se a introdução adequada de alimentos complementares, com orientações assertivas para que se evite ou reduza o consumo de farinhas, açúcar, sal, óleos e alimentos industrializados (HENRIQUES *et al.*, 2018). A obesidade ocorre de maneira precoce a partir da introdução precipitada desses alimentos, comprometendo a saúde da criança e afetando o seu desenvolvimento e crescimento. No entanto, promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida e a sua complementação até os dois anos ou mais são as primeiras estratégias a serem

introduzidas no contexto da APS como prevenção a obesidade (CALDEIRA, 2013). Além disso, o acompanhamento da saúde da criança por meio da Caderneta da Criança e a orientação da alimentação da mesma com base na sua perspectiva de idade são ações periódicas a fim de prevenir o sobrepeso e a obesidade. O incentivo ao consumo de alimentos não industrializados e naturais, especialmente frutas, legumes e verduras também fazem parte dessa prática (BRASIL, 2014).

Para crianças que já frequentam creches ou escolas, observa-se que intervenções nesses ambientes promovem uma modificação importante no comportamento alimentar. Com isso, a implementação de refeições mais nutritivas e que atendam as necessidades alimentares daquelas crianças são fatores influenciadores nesse processo (PMA, 2021). Lançada pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo incentivar ações específicas para uma alimentação mais saudável, focando no controle e na prevenção da obesidade a partir da criação de ambientes saudáveis, medidas regulatórias, disseminação de uma cultura alimentar saudável, implementação da vigilância alimentar e nutricional, ações no ambiente escolar e outros (BRASIL, 2014).

Em ambiente escolar, é necessária maior regulamentação das vendas de produtos que contêm poucos nutrientes e das bebidas com excesso de açúcar a fim de proporcionar melhor alimentação às crianças que lá frequentam, além do incentivo à atividade física (PMA, 2021). A partir disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publicaram uma série de recomendações com o intuito de limitar a vulnerabilidade das crianças aos poderes persuasivos de propagandas alimentícias de *fast foods*, bebidas açucaradas e alimentos com

poucos nutrientes. Isto inclui medidas de regulação da rotulagem nutricional frontal, sobretaxa de alimentos ultraprocessados, regulação de publicidade para crianças e promoção de ambientes saudáveis, etc. (OPAS & OMS, 2014).

Além disso, considerando o contexto da APS e seu objetivo de acompanhamento da alimentação e saúde de muitos, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.146/2009, que autoriza o investimento financeiro em aplicação de ações de prevenção contra a obesidade infantil em escolas, a partir do Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE tem como maior missão contribuir com a participação dessas escolas em programas e projetos que incentivem a integridade da educação e a saúde, englobando a produção do cuidado, a promoção da saúde, modos saudáveis de vida e a prevenção de doenças e seus possíveis agravos (CRNUTRI, 2016). Ele conta com a capacitação de profissionais da saúde e da educação para o desenvolvimento de temas que visam uma alimentação saudável, prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, assim como a vigilância alimentar e nutricional. Ademais, avaliações antropométricas, verificação do calendário vacinal e suas atualizações, bom acompanhamento da saúde bucal e ocular são outras ações realizadas pelo programa a fim de combater a obesidade e outras possíveis complicações de saúde (BRASIL, 2014b). Também tem como objetivos desenvolver ações para segurança alimentar e a promoção da mesma, assim como a promoção dos Direitos Humanos e da paz (BRASIL, 2014b).

De modo complementar, é importante ressaltar as Portarias nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016, e nº 2.681/GM/MS, de 7 de

novembro de 2013, ambas responsáveis pela atuação do Programa Academia da Saúde. A estratégia visa uma promoção da saúde e do cuidado através de práticas corporais, artísticas e culturais, atividades físicas, mobilização da comunidade, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas e complementares e outros. Por fim, o programa também é responsável pela implantação de polos; espaços públicos com infraestrutura adequada, como equipamentos e profissionais qualificados, para que haja pleno desenvolvimento de ações culturais e viabilize participação social. É essencial lembrar que o programa é um dos constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), funcionando como porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Finalmente, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é responsável por uma série de estratégias criadas com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses cidadãos. A organização de grupos de educação nutricional realizada pelas UBS é essencial na prevenção da obesidade, pois suas atividades estimulam os participantes a criarem o seu próprio senso crítico e capacidade de escolha em relação à alimentação, como leitura de rótulos, redução de sódio e gordura em alimentos, maior consumo de verduras, frutas e leguminosas, consumo mínimo de alimentos industrializados, higiene e preparação adequada dos alimentos e outros (PMA, 2021). Além disso, os participantes são responsáveis, em cada unidade, por promover grupos que estimulem o exercício físico, desde grupos de caminhada até dança e ioga, tanto para o público adulto como infantil (PMA, 2021). Portanto, a participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) facilita a prevenção da obesidade, levando em conta os recursos físicos e pessoais de cada indivíduo (BRASIL, 2014a).

A partir do momento que se inicia a adolescência, período de transição entre a infância e a vida adulta, a alimentação saudável passa a ser um elemento essencial para as modificações corporais e psicossociais que estão por acontecer. Diante disso, a APS é capaz de oferecer disponibilidade e flexibilidade para acolher e lidar com essas novas mudanças, oferecendo orientações apropriadas para lidar com essa transição. É válido lembrar que vários indivíduos passam por inúmeros conflitos durante a adolescência, como perda de identidade, mudança corporal, dúvidas em relação a sexualidade e outros, criando inseguranças capazes de desencadear distúrbios na alimentação. Por esse motivo, escola, colegas, parentes e outros grupos sociais tendem a ter forte influência sobre essas inseguranças, sendo de escopo principal do profissional de saúde como esses grupos afetam a alimentação e a prática de atividade física desse adolescente (BRASIL, 2014a).

Em consequência disso, a obesidade infantil pode acarretar distúrbios no crescimento e desenvolvimento puberal, afetando a transição para a adolescência. Em crianças obesas, o estirão de crescimento tende a ser menos intenso levando a uma menor estatura em sua vida adulta (ABESO, 2013). Os estágios de desenvolvimento sexual, pubarca e a menarca são os conceitos mais usados para a identificação do início da puberdade, conhecidos também como Escala de Tanner. Estudos apontam que a maturação sexual precoce tem maior prevalência em meninas com sobrepeso e obesidade. Em maior especificidade, existe uma relação direta entre a antecipação da telarca em meninas acima do peso: quanto maior o seu índice de massa corporal (IMC) mais antecipado seria a telarca. Em contrapartida, para o sexo masculino, estudos apontam o oposto: quanto maior o IMC do indivíduo mais tardio seria o aparecimento de

seus caracteres sexuais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A razão para tais resultados é dependente, principalmente, da adiposidade central. Devido ao maior acúmulo de lipídeos no abdome e maior número de adipócitos, em indivíduos obesos é necessária uma maior quantidade de insulina para que a glicose seja assim transportada para o interior dessas células. Com isso, há uma hiperinsulinemia compensatória que, com o passar dos anos, pode acabar por desencadear uma resistência insulínica (CALDEIRA, 2013). A resistência a insulina causa uma diminuição direta na produção da proteína ligadora de esteróides sexuais (SHBG), deixando os esteróides livres na corrente sanguínea, enquanto a obesidade provoca um maior aumento da atividade da aromatase, convertendo os andrógenos em estrógenos. O restante dos andrógenos livres na circulação causam uma adrenarca precoce, levando ao aparecimento de cravos, acnes, odor axilar e pelos pubianos. Com o aumento da produção da leptina pelo aumento de tecido adiposo, há um feedback positivo na secreção dos gonadotróficos da hipófise, causando uma maior secreção de hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH) e estimulando a produção de andrógenos. Em crianças obesas, há maior ativação do eixo gonadal em conjunto com uma maior produção

de estrógenos. Assim, no sexo feminino, há uma soma desses fatores acarretando uma puberdade mais precoce enquanto no sexo masculino o estrógeno é responsável por realizar um feedback negativo no eixo puberal e causar um atraso das gônadas, retardando a puberdade (HIROSE, 2018).

CONCLUSÃO

Diante do estudo proposto, conclui-se que promoção, apoio e estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida e a sua complementação até os dois anos ou mais são as primeiras estratégias a serem introduzidas no contexto da APS como prevenção à obesidade.

Levando em consideração a globalização, as indústrias alimentícias e o mercado financeiro, a obesidade infantil tornou-se uma consequência desse meio tóxico e lucrativo que coloca em risco a saúde de crianças e adolescentes.

Assim, estratégias como a PNPS, o Programa Academia da Saúde e a participação do NASF são recursos empregados exclusivamente no SUS que fornecem os principais pilares para uma saúde pública infantil adequada com impactos diretos na saúde coletiva comum. É através da APS e suas intervenções que são criados meios para melhora dessa epidemiologia que hoje ainda está em guerra com a atual consequência da obesidade infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA – ABESO. Puberdade. Abeso, 27 maio 2013. Disponível em: <https://abeso.org.br/puberdade/>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- BATISTA, M. Ações de alimentação e nutrição, no âmbito de políticas públicas em ambiente escolar, para prevenção e controle da obesidade infantil no município de Itapevi – SP [tese]. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial da União, n. 242, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 8 nov. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, n. 101, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - obesidade. 38. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização regional da linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola (PSE) em Curitiba: universalização para a rede municipal de ensino. Curitiba, 2014b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Diário Oficial da União, n. 185, 2016.
- CALDEIRA, K. Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares de um município de Minas Gerais – MG [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.
- CARVALHO, E. *et al.* Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. Revista Médica de Minas Gerais, v. 23, p. 72, 2012.
- CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - CRNUTRI. Programa Saúde na Escola em ação! Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 28 abr. 2016. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/crnutri/index.php/2016/04/28/programa-saude-na-escola-em-acao/>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- HENRIQUES, P. *et al.* Políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. Ciência & Saúde Coletiva v. 23, p. 4143, 2018.
- HIROSE, T.S. Obesidade infantil e antecipação da puberdade: quais as evidências atuais? PortalPed, 25 mar. 2018. Disponível em: <https://www.portalped.com.br/especialidades-da-pediatria/endocrinologia/obesidade-infantil-e-antecipacao-da-puberdade-quais-as-evidencias-atuais/>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. 66 Sessão do Comitê Regional da OMS. Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Washington, 8 set. 2014. Disponível em: <https://criancaeconsumo.org.br/wp-content/uploads/2014/02/CD53-9-p1.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- OLIVEIRA, J.R. *et al.* Associação entre maturação sexual, excesso de peso e adiposidade central em crianças e adolescentes de duas escolas de São Paulo. Journal of Human Growth and Development, v. 24, 2014.
- PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS – PMA. Obesidade infantil: estratégias para prevenção e cuidado (em nível local). Brasília, abr. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343172/policy-brief-obesidade-pt.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA – SGP. Pandemia de coronavírus está provocando ganho de peso nas crianças. Sociedade Goiana de Pediatria, 19 abr. 2021. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/noticias/noticia/nid/pandemia-de-coronavirus-esta-provocando-ganho-de-peso-nas-criancas/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

Capítulo 13

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO NUTRICIONAL DE GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LANA MARIA MENDES GASPAR¹
MAGNÓLIA DE JESUS SOUSA MAGALHÃES²

1. *Nutricionista – Residente em Saúde da Família da Universidade Estadual do Maranhão, Campus Coxias.*
2. *Nutricionista – Doutorado em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde.*

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária à saúde; Atendimento integral à saúde da mulher; Nutrição pré-natal.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de profundas transformações no organismo materno. Tais transformações decorrem das alterações hormonais, maior carência de macro e micronutrientes e relativa dificuldade de movimentação, além da variação de humor que costuma acompanhar este período da vida da mulher. Nessa ocasião, a alimentação é essencial ao crescimento e desenvolvimento do feto e ao bem-estar do binômio mãe-feto (CAPELLI, 2014).

Nesse sentido, é importante a realização do acompanhamento pré-natal, uma vez que pode diagnosticar precocemente uma gravidez de alto risco já nas primeiras consultas e direcionar assistência adequada a fim de obter resultados satisfatórios para o binômio mãe-filho. Esse diagnóstico deve levar em consideração os vários fatores de risco categorizados em características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas que demandam técnicas mais especializadas (LEAL *et al.*, 2017).

O pré-natal é garantido pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo, preferencialmente, a primeira forma de atendimento à população. No âmbito deste nível de atenção, há atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF) com equipe multidisciplinar, que desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação do indivíduo, da família e da comunidade no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS) (CERVATO-MANCUSO *et al.*, 2012).

A fim de garantir a qualidade de atendimento nutricional nesse contexto, o nutricionista pode utilizar ferramentas como protocolos, que podem contribuir para a reorganização dos serviços, para a democratização e qualificação da gestão e atenção, para que o cidadão participe

da decisão sobre o cuidado que precisa (CUNHA, 2010; PINHEIRO, 2008).

A região de saúde de Caxias, no Maranhão, já foi foco de atenção nacional devido a uma denúncia relacionada ao alto índice de mortalidade materna, visto que possuía o segundo maior indicador no contexto do estado do Maranhão e uma das maiores taxas de mortalidade materna do país. Porém, desde 2015, quando essa região foi incluída em um projeto de Planificação de Atenção à Saúde, esse indicador reduziu de 308,34/mil mulheres para 51,68/mil mulheres, em 2019 (QUEIROZ, 2019).

Assim, o objetivo desse estudo é a elaboração de um Protocolo de Atendimento Nutricional para gestantes a ser aplicado no contexto da APS e na Atenção Especializada Materno-infantil em Caxias. Assim, a assistência de pré-natal pode ser qualificada com a adoção de um protocolo de atendimento nutricional padronizado a partir das necessidades de saúde e nutrição desse público. Uma vez implementado, este instrumento pode aprimorar o atendimento e a conduta nutricional pela coleta de dados antropométricos, clínicos, bioquímicos e dietéticos gestacionais, adequar a avaliação nutricional de acordo com as necessidades de atendimento identificadas e oferecer respaldo clínico para o diagnóstico nutricional de pré-natal.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. As informações necessárias para a elaboração do protocolo foram coletadas por meio da aplicação de um *checklist* do atendimento nutricional atual a fim de identificar formas de qualificar o cuidado durante o pré-natal.

Essa ferramenta foi elaborada com base na Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na

Atenção Básica de Saúde (BRASIL, 2009), documento do Ministério da Saúde que propõe sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional para integrarem o rol de ações de saúde desenvolvidas no âmbito da APS.

A aplicação do *checklist* foi realizada com o público-alvo de nutricionistas atuantes na APS de Caxias, incluindo residentes e nutricionistas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e atuantes no Centro Especializado em Assistência Materno-infantil (CEAMI) do mesmo município.

Esta aplicação ocorreu de forma *online* no mês de agosto de 2021, por meio da ferramenta *Formulários Google*, mediante o aceite em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa atendeu aos critérios de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução 466/2012 do CNS, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 53673321.5.0000.5554.

Os critérios de inclusão foram: nutricionistas que atuam na APS da zona urbana do município de Caxias e com experiência em atendimento de pré-natal. Os critérios de exclusão foram:

nutricionistas que não concordaram com os termos do TCLE, que não possuíam experiência em atendimento de pré-natal e/ou que não atendiam no âmbito da Atenção Primária à Saúde ou da Atenção Ambulatorial à Gestante no CEAMI do município de Caxias - MA.

Após a aplicação dos critérios de seleção, realizou-se a análise de dados por meio de frequência simples (em números absolutos e percentuais) na ferramenta *Formulários Google*. Foram considerados percentuais indicativos de “ausência” aqueles iguais ou acima de 33,3%, que representarão uma lacuna a ser trabalhada no protocolo. A fim de discussão e melhor disposição, estes dados foram dispostos em tabelas e quadros ao longo deste capítulo. Por fim, o protocolo foi organizado em formato de ficha de atendimento de forma compacta e aplicável no **Apêndice 1**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análise situacional de como ocorrem os atendimentos nutricionais de pré-natal por meio de aplicação de *checklist*, foram observados os resultados apresentados na **Tabela 13.1**.

Tabela 13.1. Respostas de nutricionistas sobre atendimento de pré-natal (Caxias, 2022)

QUESTÕES	n (%)	
	Presente	Ausente
DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL		
1. Medições antropométricas (peso e estatura)	9 (100%)	-
2. Monitoramento do Estado nutricional na Caderneta da Gestante	9 (100%)	-
3. Se gestante adolescente, avaliação do prognóstico da gestação utilizando no diagnóstico a comparação das idades cronológica e ginecológica	4 (44,4%)	5 (55,6%)
4. Identificação de deficiências nutricionais pelo exame físico	6 (66,7%)	3 (33,3%)
5. Identificação de DANT's e patologias	8 (88,9%)	1 (11,1%)
6. Identificação de transtornos ou distúrbios alimentares	8 (88,9%)	1 (11,1%)
7. Identificação de fatores de risco para o estado nutricional	9 (100%)	-
8. Identificação das condições gerais de saúde e de problemas de saúde bucal	6 (66,7%)	3 (33,3%)
9. Identificação da possível existência de doenças infecciosas e parasitárias	5 (55,6%)	4 (44,4%)
10. Avaliação e monitoramento do consumo alimentar	8 (88,9%)	1 (11,1%)
QUESTÕES	n (%)	
	Presente	Ausente
11. Detecção de dificuldades para a futura adesão ao aleitamento	7 (77,8%)	2 (22,2%)
12. Identificar mudanças metabólicas relacionadas à idade gestacional	8 (88,9%)	1 (11,1%)

PROMOÇÃO DE SAÚDE		
13. Realização de ações de Educação Alimentar e Nutricional, considerando fatores que influenciam o modo de vida	9 (100%)	-
14. Orientação alimentar, com ênfase em alimentos regionais e adequada a realidade local	9 (100%)	-
15. Promoção de estilos de vida saudáveis	9 (100%)	-
16. Promoção da alimentação saudável	9 (100%)	-
17. Valorização e apoio ao aleitamento materno	9 (100%)	-
18. Incentivo ao vínculo com a família, na sua relação com o estado nutricional	8 (88,9%)	1 (11,1%)
PREVENÇÃO DE DOENÇAS		
19. Educação em saúde com enfoque na higiene de alimentos e boas práticas de manipulação	7 (77,8%)	2 (22,2%)
20. Prevenção de deficiências de micronutrientes	8 (88,9%)	1 (11,1%)
21. Acompanhamento de DANT's e transtornos alimentares	8 (88,9%)	1 (11,1%)
22. Ações de prevenção de morbidades associadas à gestação (doenças hipertensivas específicas da gravidez, diabetes gestacional, anemia gestacional, obesidade e baixo peso)	9 (100%)	-
23. Cumprimento do calendário de consultas nutricionais	7 (77,8%)	2 (22,2%)
24. Acompanhamento de ganho de peso durante o período gestacional	8 (88,9%)	1 (11,1%)
25. Suplementação preventiva de nutrientes	7 (77,8%)	2 (22,2%)
26. Orientação de princípios e técnicas do aleitamento materno e alimentação complementar	8 (88,9%)	1 (11,1%)
TRATAMENTO		
27. Elaboração da prescrição dietética, com base no diagnóstico nutricional, adequando-a à evolução do estado nutricional adequada e às diferentes etapas do período gestacional	9 (100%)	-
28. Solicitação de exames complementares necessários à avaliação nutricional, à prescrição dietética e à evolução nutricional do usuário, quando pertinente	9 (100%)	-
29. Orientação alimentar, tratamento e acompanhamento das gestantes em vulnerabilidade nutricional, de baixo peso ou com deficiência de micronutrientes e/ou outras morbidades associadas ao estado nutricional	9 (100%)	-
30. Ações de manutenção/recuperação do estado nutricional e promoção do peso saudável da gestante	9 (100%)	-
31. Assistência específica e diferenciada às gestantes adolescentes	6 (66,7%)	3 (33,3%)

Legenda: DANT's - Doenças e Agravos Não-Transmissíveis.

Em avaliação do critério de diagnóstico nutricional em consultas de pré-natal, observou-se que há adequação em atendimentos de oito critérios, representando lacunas os itens 3, 4, 8 e 9.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012b), a avaliação e o monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira devem ser realizados por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Assim, a ausência de investigações sobre deficiências nutricionais e possíveis fatores de risco nutricionais, como doenças infecciosas e parasitárias e problemas de saúde bucal, pode implicar em deficiências nutri-

cionais e/ou aparecimento de doenças ou complicações durante o período perinatal, uma vez que essas investigações podem identificar precocemente essas complicações.

Observou-se também a ausência de diferenciação de diagnóstico com o público adolescente, que representa um público mais vulnerável a risco nutricional pois, além de possuir necessidades nutricionais aumentadas para assegurar satisfatoriamente o desenvolvimento e o crescimento do feto, também necessitam suprir mudanças biológicas que propiciam o crescimento, o desenvolvimento físico e a maturação dos órgãos e sistemas (OLIBONI, 2014; VITOLLO, 2015).

Desse modo, ao realizar um processo de diagnóstico nutricional adequado, é possível identificar precocemente alterações nas demandas nutricionais, ganho de peso tanto insuficiente como em excesso que pode apresentar situações desfavoráveis para mãe e filho. Portanto, a fim de abranger todas as áreas do diagnóstico nutricional, no **Quadro 13.1** são dispostos itens para a ficha de atendimento do protocolo.

Quadro 13.1. Protocolo de atendimento nutricional de pré-natal – Diagnóstico nutricional (Caxias, 2022)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:	
Avaliação antropométrica:	
Peso:	Taxa de ganho de peso:
Altura:	
IMC:	
Peso ideal:	
Peso ajustado:	
Outros métodos: _____	
Estado nutricional de acordo com Curva de Atalah:	
() Baixo peso () Eutrofia () Sobrepeso () Obesidade	
Se gestante adolescente,	
Idade cronológica: _____. Idade ginecológica: _____.	
Exame físico:	
Visão geral da saúde (Sistema respiratório, hematológico, cardiovascular, gastrointestinal, hepatobiliar, geniturinário, endócrino, neurológico e musculoesquelético):	
Edema: () Ausência () Presença: _____	
Fezes:	
Diarreia?	
Cabelos:	
Olhos:	
Boca e língua:	
Pele:	
Unhas:	
Mastigação/deglutição:	
Náuseas/vômitos?	
Se sim, investigar nível de gravidade (Escore de PUQE: <i>Pregnancy Unique Quantification of Emesis</i>):	
1 – Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?	
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) - > de 12 horas (5)	
2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?	
Nenhum (1) – Um episódio (2) – Até três episódios (3) – Até quatro episódios (4) – mais de cinco episódios (5)	
3 – Quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?	
Nenhum (1) – Até 3 vezes (2) – Até 5 vezes (3) – Até 8 vezes (4) – Todo tempo (5)	
Classificação – Pontuação ≤ 6: forma leve; entre 7 e 11: forma moderada; ≥ 12: forma grave	
Fonte: FEBRASGO, 2018	
Alguma doença atual?	

Algum transtorno/distúrbio alimentar?

Fatores de risco para estado nutricional:

Atividade física:

() Sedentária (o) () Ativo, Qual?

Quantas vezes na semana?

Durante quanto tempo?

Tabagismo: () Não () Sim. Há quanto tempo?

Ex-tabagista: () Não () Sim. Há quanto tempo?

Uso de álcool: () Nunca () Socialmente () Todos os dias

Alergias/intolerâncias? _____

Aversões alimentares? _____

Avaliação de exames bioquímicos:

Presença de contraindicações para a amamentação:

() Infecção por HIV

() Infecção pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T).

() Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.

Avaliação dietética:

Uso de chás?

Padrão alimentar:

() Onívora () Vegetariana estrita/vegana () Ovolactovegetariana

Marcadores de consumo alimentar

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? () Sim () Não () Não Sabe

Quais refeições você faz ao longo do dia? () Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia

Ontem, você consumiu:

Feijão: () Sim () Não () Não Sabe

Frutas Frescas (não considerar suco de frutas): () Sim () Não () Não Sabe

Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame): () Sim () Não () Não Sabe

Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha): () Sim () Não () Não Sabe

Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar): () Sim () Não () Não Sabe

Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados: () Sim () Não () Não Sabe

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina): () Sim () Não () Não Sabe

RECORDATÓRIO 24H/DIÁRIO ALIMENTAR

HORÁRIO/LOCAL	ALIMENTOS	MEDIDAS CASEIRAS
CAFÉ DA MANHÃ		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

Em relação ao critério de promoção de saúde, os atendimentos nutricionais avaliados se mostraram adequados, abrangendo todos os

critérios avaliados. Nesse contexto, são importantes as estratégias de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), que estimulam a autonomia do sujeito para práticas alimentares saudáveis, valorizando e respeitando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias, na perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional e da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, Holand *et al.* (2021), em estudo com gestantes do sul do país, verificaram que 58,1% das mulheres receberam pelo menos sete das dez orientações nutricionais preconizadas pelo Ministério da Saúde. Esse valor foi maior do que em outros estudos que utilizaram aconselhamento semelhante (NIQUINI *et al.*, 2012; LISBOA *et al.*, 2017).

Segundo a literatura, o contexto da gestação pode ser um momento propício para promover a alimentação saudável. Líbera *et al.* (2011) observaram que ao receberem atendimento nutricional comprometido com a integralidade da atenção pré-natal as gestantes incorporam práticas alimentares mais saudáveis, que podem ser mantidas para além do período gravídico, contribuindo com a prevenção do excesso de peso e obesidade em mulheres.

Santos e Liberalino (2021) observaram que as gestantes percebem a necessidade e anseiam melhorar seus hábitos alimentares. Ao mesmo tempo, estas mulheres acabam sendo multiplicadoras do conhecimento com seus familiares pois, ao trocarem vivências e informações, geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades, adquirindo domínio sobre seu corpo e poder de decisão sobre sua gravidez.

Santos (2012) corrobora esta conclusão e evidencia que quando as gestantes participam de ações de EAN há uma melhora em seu estado nutricional para gestantes com peso abaixo ou acima do recomendado, o que demonstra que as mudanças nos hábitos alimentares estão relacionadas ao conhecimento sobre nutrição.

Destarte, pode-se perceber que a adoção de estratégias de educação alimentar e nutricional para incentivo a reeducação alimentar é de grande importância para melhores desfechos maternos e perinatais da promoção à saúde no contexto de atendimento nutricional. A fim de alcançar a promoção de saúde, são dispostos no **Quadro 13.2** itens para a ficha do protocolo de atendimento nutricional de pré-natal.

Quadro 13.2. Protocolo de atendimento nutricional de pré-natal – Promoção de saúde (Caxias, 2022)

PROMOÇÃO DE SAÚDE:
Realização de ações de Educação Alimentar e Nutricional, considerando fatores que influenciam o modo de vida ()
Orientação alimentar, com ênfase em alimentos regionais e adequada a realidade local ()
Promoção de estilos de vida saudáveis ()
Promoção da alimentação saudável ()
Valorização e apoio ao aleitamento materno ()
Incentivo ao vínculo com a família, na sua relação com o estado nutricional ()

Ao avaliar a presença de ações de prevenção de doenças em atendimentos nutricionais de pré-natal, observou-se a adequação de todos os itens requeridos na Matriz de

Ações de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2009). Em atendimentos nutricionais, a prevenção de doenças também perpassa pela adequação da ingestão alimentar da gestante,

uma vez que é um dos principais fatores para interferir direta e/ou indiretamente no ganho ponderal recomendado durante o período gestacional, uma vez que quando a esta ingesta está inadequada, há alta probabilidade de complicações no desenvolvimento do feto ou em relação à saúde materna (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Dentre essas complicações, pode-se citar diabetes e hipertensão gestacional, baixo peso ao nascer, macrossomia fetal, desproporção céfalo-pélvica, trauma, asfixia, prematuridade e morte perinatal. Essas complicações perinatais, quando associadas a inadequação nutricional, podem promover enfermidades na vida adulta (MUNIZ *et al.*, 2018).

Além disso, um dos principais transtornos alimentares na gestação é a picamalácia, que pode associar-se a diversas complicações, como

síndromes hipertensivas na gravidez, interferências na absorção de nutrientes, anemia, constipação, distensão, obstrução intestinal, problemas dentários, infecções parasitárias, toxoplasmose. Ayeta *et al.* (2015) sugerem que a prática de picamalácia aumenta a chance de parto cirúrgico.

Além disso, as repercussões desse transtorno alimentar para o conceito incluem parto prematuro, baixo peso ao nascer, irritabilidade do neonato, perímetro cefálico fetal diminuído e exposição fetal a substâncias químicas que levam ao aumento do risco de morte perinatal (AYETA *et al.*, 2015).

Assim é de responsabilidade do nutricionista atuar na prevenção de doenças, a fim de obter o melhor desfecho materno-infantil. No **Quadro 13.3**, são sugeridos itens da ficha do protocolo de atendimento nutricional de pré-natal.

Quadro 13.3. Protocolo de atendimento nutricional de pré-natal – Prevenção de doenças (Caixas, 2022)

PREVENÇÃO DE DOENÇAS:

Educação em saúde com enfoque na higiene de alimentos e boas práticas de manipulação ()

Uso de suplementação:

- () Sulfato ferroso 40 mg. Quantas vezes ao dia? _____
() Ácido fólico 5 mg
() Ômega-3
() Outros: _____
-

Acompanhamento de DANT's e transtornos alimentares, como DMG, SHG, picamalácia, dentre outras:

- () Monitoramento de perfil glicêmico: _____
() Monitoramento de níveis pressóricos: _____
-

Questionário para avaliação de picamalácia na gestação:

- 1) Tem vontade de ingerir substâncias ou combinações de alimentos estranhas durante a gestação?
A) Sim. Qual? Qual frequência? _____
B) Não
- 2) Caso, a resposta da questão 1 seja sim, perguntar: O que sente é vontade ou desejo de ingerir tais substâncias? _____
- 3) Quando sente a vontade de ingerir tais substâncias realmente a ingere?
A) Sim. Quantidade? _____ Frequência? _____
B) Não
- 4) Esse comportamento já ocorreu em outras gestações ou em períodos de amamentação anteriores ou mesmo fora da gestação?
A) Sim. Quando? _____
B) Não

Você sabe o motivo dessa vontade/desejo? _____

Para os casos de respostas, positivas, perguntar se a gestante teve picamalácia fora da gestação.

Fonte: ACCIOLY *et al.*, 2012

Ações de prevenção de morbidades associadas à gestação ()
Cumprimento do calendário de consultas nutricionais ()
1ª consulta: ___/___; 2ª consulta: ___/___; 3ª consulta: ___/___; 4ª consulta: ___/___.
Acompanhamento de ganho de peso durante o período gestacional ()
Orientação de princípios e técnicas do aleitamento materno e alimentação complementar ()

Legenda: DMG - Diabetes *mellitus* gestacional; SHG - Síndromes Hipertensivas da Gestação.

A partir da avaliação das ações de tratamento realizadas em consultas nutricionais foi possível observar que todos os nutricionistas participantes fazem intervenções necessárias, exceto quando se diz respeito à atenção diferenciada à gestante adolescente.

Verificou-se resultado semelhante no estudo de Duarte *et al.* (2014), que buscou avaliar o conhecimento de profissionais de saúde em relação ao pré-natal para adolescentes e evidenciou o quanto os profissionais participantes da pesquisa carecem de inserir esse tipo de atendimento à clientela, visto que a intenção é o atendimento integral da adolescente.

Domingues *et al.* (2015) corroboram em sua pesquisa que apenas um quinto das gestantes receberam assistência de pré-natal de qualidade, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. Esses dados devem ser considerados como um alerta, pois há o risco de qualquer

mulher desenvolver alguma complicação. São um alarme ainda maior para a assistência às gestantes com excesso de peso, por estarem um estado de saúde que aumenta o risco de desenvolver complicações (BRASIL, 2014).

A assistência inadequada às gestantes pode gerar problemas sérios à saúde pública, podendo prejudicar as gestantes que fazem parte do pré-natal de baixo risco e que podem manifestar diversas doenças/complicações no decorrer da gestação. Essas gestantes necessitam de encaminhamento para a assistência de alto risco para finalização do pré-natal com cuidados específicos, que em sua maioria são onerosos financeiramente (DOMINGUES *et al.*, 2015).

A fim de adequar as ações em relação à tratamento de condições na gestação, são sugeridos, no **Quadro 13.4**, itens para a ficha de atendimento nutricional de pré-natal.

Quadro 13.4. Protocolo de atendimento nutricional de pré-natal – Tratamento (Caxias, 2022)

TRATAMENTO:
Elaboração da prescrição dietética ()
Exames complementares solicitados:
Orientação alimentar, tratamento e acompanhamento das gestantes em vulnerabilidade nutricional, de baixo peso ou com deficiência de micronutrientes e/ou outras morbidades associadas ao estado nutricional ()
Ações de manutenção/recuperação do estado nutricional e promoção do peso saudável da gestante ()
Assistência específica e diferenciada às gestantes adolescentes ()

A qualificação do pré-natal possui grande importância, visto que o Brasil apresenta uma mortalidade materna elevada e sem redução na última década. Nos últimos anos, por volta de três quartos das mortes maternas ainda são associadas a causas obstétricas diretas e

evitáveis, sendo as complicações hipertensivas e hemorrágicas as principais causas de mortes maternas no país (BRASIL, 2019).

No estado do Maranhão, a razão de mortalidade materna (RMM) no ano de 2016 foi de 98,5%. No ano de 2019, a RMM chegou a

62,5%, e, em 2020, aumentou para 77,5%. Esta proporção é considerada alta em relação aos parâmetros de classificação para o risco da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2019). Vale destacar que as principais causas de mortes maternas no Maranhão são eclâmpsia, hipertensão, hemorragia pós-parto, descolamento prematuro de placenta e infecção puerperal (BRASIL, 2021).

CONCLUSÃO

A atenção ao pré-natal no contexto da região de saúde de Caxias-MA, a qual ocorre principalmente no contexto da APS, necessita de

qualificação a fim de reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Assim, este o protocolo conduzirá a gestante a desenvolver hábitos saudáveis e prevenir doenças e ajudará o profissional nutricionista a desenvolver um acompanhamento nutricional sem lacunas.

Além disso, observou-se que há uma necessidade de melhoria na atenção à gestante adolescente e àquela com complicações perinatais. Tais condições demandam uma atenção multidisciplinar mais apurada e qualificada a partir da adoção de protocolos, fluxos de atendimento adequados e estratégias de planejamento familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACCIOLY, E. *et al.* Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; Guanabara Koogan; 2012.
- AYETA, A.C. *et al.* Fatores nutricionais e psicológicos associados com a ocorrência de picamálacia em gestantes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, p. 571, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica, n. 38: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Princípios e práticas para educação alimentar e nutricional. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>. Acesso em: 25 set. 2021.
- CAPELLI, J.C.S. *et al.* Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 2063, 2014.
- CERVATO-MANCUSO, A.M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 3289, 2012.
- CUNHA, G.T. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 3, p.140, 2015.
- DUARTE, G. *et al.* Série Orientações e recomendações FEBRASGO, no. 2: êmese da gravidez. São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018.
- DUARTE, S.J.H. *et al.* Atuação multidisciplinar à saúde do adolescente na atenção primária à saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR*, v. 18, p. 23, 2014.
- GONÇALVES, A.S.A. *et al.* Perfil alimentar e nutricional durante a gestação. Apresentado na IV Mostra de Trabalhos do Curso de Nutrição do Univag, 2018.
- HOLAND, B.L. *et al.* Adequação de cuidados pré-natais e assistência nutricional no Sul do Brasil: o estudo de coorte maternar. *Caderno de Saúde Pública*, v. 37, e00130320. 2021.
- LEAL, R.C. *et al.* Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 11, p. 1641, 2017.
- LÍBERA, B.D. *et al.* Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4855, 2011.
- LISBOA, C.S. *et al.* Assistência nutricional no pré-natal de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de um município do Recôncavo da Bahia: um estudo de coorte. *Demetra*. v. 12, p. 713, 2017.
- MUNIZ, M.B. *et al.* Associação do estado nutricional inicial e desfecho de ganho ponderal em gestante [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2018.
- NIQUINI, R.P. *et al.* Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2805, 2012.
- OLIBONI, C.M. Duas grandes transformações ao mesmo tempo: atitudes em relação à alimentação e ao corpo em gestantes adolescentes [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2014.
- PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: PEREIRA; I.B. & LIMA, J.C.F., organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2008, p. 255.
- QUEIROZ, E. Após planificação da atenção à saúde, Caxias ganha 1º lugar em premiação nacional. *Portal da Saúde*, 8 dez. 2019. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/noticias/apos-planificacao-da-atencao-a-saude-caxias-ganha-1o-lugar-em-premiacao-nacional/>. Acesso em: 9 ago. 2020.
- SANTOS, J.L. & LIBERALINO, L.C.P. Intervenções de educação alimentar e nutricional na gestação. *Cadernos ESP*, v. 15, p. 87, 2021.
- SANTOS, L.A.S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, p. 455, 2012.
- VITOLLO, M.R., organizadora. *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

Apêndice 1 - Versão final de protocolo de atendimento nutricional de pré-natal de gestantes do município de Caxias (2022)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
Avaliação antropométrica	
Peso:	Taxa de ganho de peso:
Altura:	
IMC:	
Peso ideal:	
Peso ajustado:	
Outros métodos:	
Estado nutricional de acordo com Curva de Atalah:	
() Baixo peso () Eutrofia () Sobrepeso () Obesidade	
Se gestante adolescente,	
Idade cronológica: _____. Idade ginecológica: _____.	
Exame físico:	
Visão geral da saúde (Sistema respiratório, hematológico, cardiovascular, gastrointestinal, hepatobiliar, geniturinário, endócrino, neurológico e musculoesquelético):	
Edema: () Ausência () Presença: _____	
Fezes:	
Diarreia?	
Cabelos:	
Olhos:	
Boca e língua:	
Pele:	
Unhas:	
Mastigação/deglutição:	
Náuseas/vômitos?	
Se sim, investigar nível de gravidade (Escore de PUQE: <i>Pregnancy Unique Quantification of Emesis</i>):	
1 – Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?	
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) - > de 12 horas (5)	
2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?	
Nenhum (1) – Um episódio (2) – Até três episódios (3) – Até quatro episódios (4) – Mais de cinco episódios (5)	
3 – Quantos momentos observou intensa salivagem e esforço de vômito nas últimas 24 horas?	
Nenhum (1) – Até 3 vezes (2) – Até 5 vezes (3) – Até 8 vezes (4) – Todo tempo (5)	
Classificação – Pontuação ≤ 6: forma leve; entre 7 e 11: forma moderada; ≥ 12: forma grave	
Fonte: Duarte <i>et al.</i> (2018, p. 17).	
Alguma doença atual?	
Algum transtorno/distúrbio alimentar?	
Fatores de risco para estado nutricional:	
Atividade física:	
() Sedentária () Ativa, Qual?	
Quantas vezes na semana?	
Durante quanto tempo?	

Tabagismo: () Não () Sim. Há quanto tempo?

Ex-tabagista: () Não () Sim. Há quanto tempo?

Uso de álcool: () Nunca () Socialmente () Todos os dias

Alergias/intolerâncias? _____

Aversões alimentares? _____

Avaliação de exames bioquímicos:

Presença de contraindicações para a amamentação:

() Infecção por HIV

() Infecção pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrófico humano de linfócitos T).

() Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.

Avaliação dietética:

Uso de chás?

Padrão alimentar:

() Onívora () Vegetariana estrita/vegana () Ovolactovegetariana

Marcadores de consumo alimentar

Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular? () Sim () Não () Não Sabe

Quais refeições você faz ao longo do dia? () Café da manhã () Lanche da manhã () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia

Ontem, você consumiu:

Feijão: () Sim () Não () Não Sabe

Frutas Frescas (não considerar suco de frutas): () Sim () Não () Não Sabe

Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame): () Sim () Não () Não Sabe

Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha): () Sim () Não () Não Sabe

Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar): () Sim () Não () Não Sabe

Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados: () Sim () Não () Não Sabe

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina): () Sim () Não () Não Sabe

RECORDATÓRIO 24H/DIÁRIO ALIMENTAR

HORÁRIO/LOCAL	ALIMENTOS	MEDIDAS CASEIRAS
CAFÉ DA MANHÃ		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

CHECKLIST DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Realização de ações de Educação Alimentar e Nutricional, considerando fatores que influenciam o modo de vida ()

Orientação alimentar, com ênfase em alimentos regionais e adequada a realidade local ()

Promoção de estilos de vida saudáveis ()

Promoção da alimentação saudável ()

Valorização e apoio ao aleitamento materno ()

Incentivo ao vínculo com a família, na sua relação com o estado nutricional ()

CHECKLIST DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Educação em saúde com enfoque na higiene de alimentos e boas práticas de manipulação ()

Uso de suplementação:

- () Sulfato ferroso 40 mg. Quantas vezes ao dia? _____
() Ácido fólico 5 mg
() Ômega-3
() Outros: _____
-

Acompanhamento de DANT's e transtornos alimentares, como DMG, SHG, picamalácia, dentre outras:

- () Monitoramento de perfil glicêmico: _____
() Monitoramento de níveis pressóricos: _____
-

Questionário para avaliação de picamalácia na gestação:

- 1) Tem vontade de ingerir substâncias ou combinações de alimentos estranhas durante a gestação?
A) Sim. Qual? Qual frequência? _____
B) Não
- 2) Caso, a resposta da questão 1 seja sim, perguntar: O que sente é vontade ou desejo de ingerir tais substâncias? _____
- 3) Quando sente a vontade de ingerir tais substâncias realmente a ingere?
A) Sim. Quantidade? _____ Frequência? _____
B) Não
- 4) Esse comportamento já ocorreu em outras gestações ou em períodos de amamentação anteriores ou mesmo fora da gestação?
A) Sim. Quando? _____
B) Não
-

Você sabe o motivo dessa vontade/desejo? _____

Para os casos de respostas, positivas, perguntar se a gestante teve picamalácia fora da gestação.

Fonte: Accioly *et al.* (2012, p. 114).

Ações de prevenção de morbidades associadas à gestação ()

Cumprimento do calendário de consultas nutricionais ()

1ª consulta: ___/___; 2ª consulta: ___/___; 3ª consulta: ___/___; 4ª consulta: ___/___.

Acompanhamento de ganho de peso durante o período gestacional ()

Orientação de princípios e técnicas do aleitamento materno e alimentação complementar ()

TRATAMENTO

Elaboração da prescrição dietética ()

Exames complementares solicitados:

Orientação alimentar, tratamento e acompanhamento das gestantes em vulnerabilidade nutricional, de baixo peso ou com deficiência de micronutrientes e/ou outras morbidades associadas ao estado nutricional ()

Ações de manutenção/recuperação do estado nutricional e promoção do peso saudável da gestante ()

Assistência específica e diferenciada às gestantes adolescentes ()

Capítulo 14

CONDUTAS E FORMAS DE PREVENÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS HUMANO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA¹
VICTOR ALMEIDA BRITO¹
VICTOR GUILHERME PEREIRA DA SILVA MARQUES¹
GRACIELE DA SILVA CARVALHO¹
MARIA DE FATIMA MACEDO LOPES¹
EMILLY DE SOUSA MENDES¹
MARILENA PINHEIRO DRIGO²
DÉBORA MIRANDA DIAS³
GABRIEL OLIVEIRA DA SILVA⁴
ANA CAROLINA DA SILVA SOARES MARTINS⁵
KATHISUEMY MARIM⁶
LORENN AGUIAR SOBRAL⁷
FRANCISCO ISRAEL MAGALHÃES FEIJÃO⁸

1. *Discente – Enfermagem do Centro Universitário do Piauí.*
2. *Discente – Enfermagem pela Unicesumar.*
3. *Discente – Fonoaudiologia pela Uninovafapi.*
4. *Enfermeiro pela Uninovafapi.*
5. *Discente – Medicina pela Faculdade de Saúde Santo Agostinho Vitória da Conquista – Bahia.*
6. *Discente – Medicina do Centro Universitário do Espírito Santo – Unesc.*
7. *Discente – Medicina pela Faculdade Santo Agostinho – Vitória da Conquista.*
8. *Discente – Medicina pela Universidade Federal do Cariri – Ufca.*

PALAVRAS-CHAVE

Papilomavírus humano; Prevenção de doenças transmissíveis; Assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

O Papilomavírus Humano (HPV) é uma das várias infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) que podem causar lesões no tecido epitelial, especialmente nas regiões anogenital e laringe. Todo indivíduo sexualmente ativo será infectado pelo menos uma vez na vida, porém uma pequena porcentagem desenvolverá sintomas como as verrugas e, na maior parte dos casos, essas lesões somem de forma espontânea por ações do próprio sistema imunológico. Outra pequena quantidade de infectados desenvolverá lesões oncológicas em um intervalo de tempo entre 10 a 20 anos, podendo variar com a influência dos fatores de risco (SILVA *et al.*, 2021).

O HPV é uma condição indeclinável para o aparecimento do câncer de colo do útero (CCU). Geralmente, os cânceres de colo uterino são causados por meio de um dos 15 tipos oncogênicos do HPV, sendo os mais frequentes o HPV-16 e o HPV-18. Além disso, existem outros fatores que facilitam o surgimento deste câncer, como tabagismo, pouco consumo de vitaminas e o uso de contraceptivos orais (AOYAMA *et al.*, 2019).

“As variações do epitélio de revestimento são classificadas em lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); as alterações no epitélio pavimentoso são categorizadas em lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) o que inclui o carcinoma *in situ* (acomete todo o revestimento do epitélio). Quando na endocérvice, os danos nas células glandulares podem ser rotulados em adenocarcinoma *in situ*, para terminar quando não se consegue determinar o tipo de lesão em células escamosa segue as seguintes classificações, células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásico (ASC-US); Células escamosas atípicas não sendo possível

excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H)” (ALMEIDA *et al.*, 2021, p. 2).

O diagnóstico do CCU é feito por meio do exame coletado na atenção básica de saúde, sendo realizado principalmente pelo enfermeiro. Existem, entretanto, outros meios já preconizados, como o processo de rastreamento, no qual é solicitado uma averiguação a fim de detectar precocemente qualquer tipo de alteração celular presente. O tratamento é determinado de acordo com o tipo de câncer, visto que existem várias abordagens terapêuticas frente ao CCU, como biopsia a laser, crioterapia, histerectomia, quimioterapia e até mesmo a radioterapia (MARQUES *et al.*, 2021).

Um dos grandes fatores de risco identificados em vários estudos epidemiológicos são as infecções pelo HPV que desenvolvem lesões percussoras do câncer de colo uterino, revelando uma associação significativa entre infecções persistentes pelos tipos de HPV oncogênicos, principalmente o HPV-16 e HPV-18, responsáveis pelo alto risco de desenvolvimento de neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau (MATTOS *et al.*, 2014).

A infecção pelo vírus manifesta-se, na maioria das vezes, de forma assintomática, com lesões inaparentes que ficam visíveis apenas após aplicação de reagentes utilizados na consulta ginecológica, a exemplo do Teste de Schiller, onde é utilizada a solução lugol. Essas lesões podem ser únicas ou múltiplas e de tamanho variável, são também conhecidas como condiloma acuminado. Além de lesões no colo do útero, as mulheres podem apresentar verrugas na região externa genital (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

É de suma importância a orientação por parte dos profissionais para compreender que o câncer são células mutadas, conhecidas como células cancerosas que não morrem e, ao invés disso, crescem de forma anormal e desordenada, se

multiplicando de maneira a gerar novas células alteradas de forma rápida, agressiva e incontrolável, deslocando-se para outras regiões do corpo conduzindo transtornos funcionais como o câncer. É necessário entender e informar para a paciente que o CCU é caracterizado pela divisão desordenada das células epiteliais anormais que revestem o órgão, comprometendo o estroma (tecido subjacente) e podendo invadir os tecidos contíguos ou à distância, formando as chamadas metástases (MAIA *et al.*, 2020).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo. Segundo Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

As etapas da produção da presente revisão integrativa se constituem pela identificação da temática, questão norteadora, amostragem (seleção dos artigos) e categorização dos estudos.

Adotou-se para a elaboração da pergunta norteadora e definição de critérios de legibilidade, a estratégia PICO, na qual (P) População; (I) Intervenção; (C) Comparação; (O) Resultados. Estruturou-se, diante disto, a seguinte questão: “O que a literatura aborda acerca das condutas e formas de prevenção do papilomavírus humano?”.

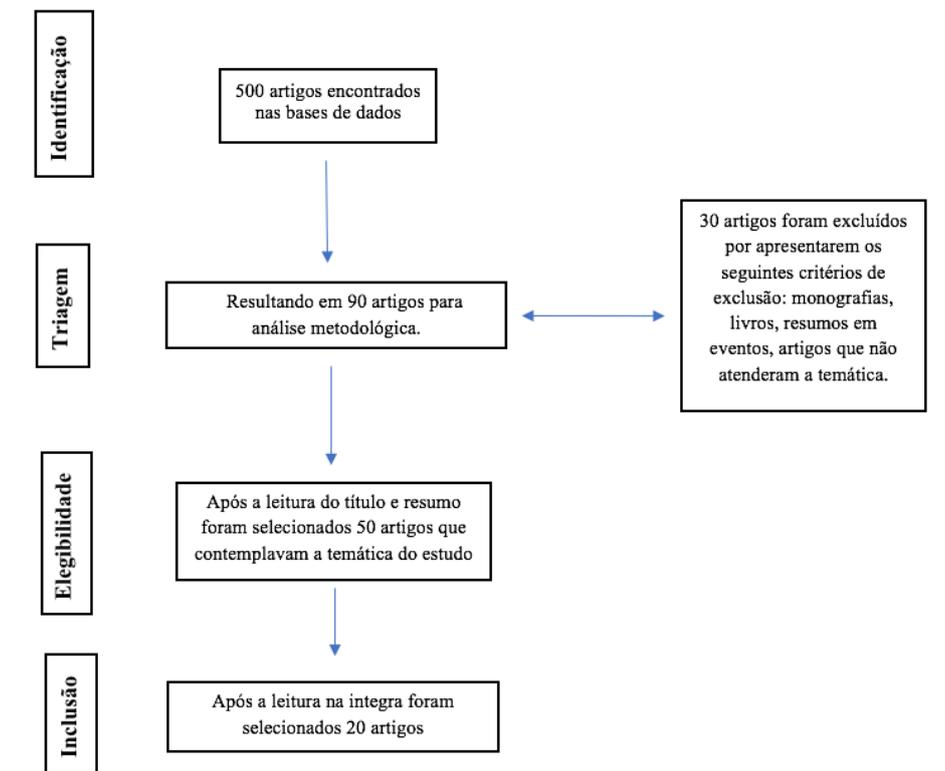
Para responder à pergunta norteadora foram utilizados como critérios de inclusão: artigos

publicados no período entre 2012 e 2022, cujo acesso ao periódico era livre aos textos completos, artigos em idioma português, inglês e espanhol e relacionados a temática que foram localizados através da busca com operadores booleanos. Foi utilizada a seguinte estratégia de busca: “Papilomavírus Humano *and* prevenção de doenças transmissíveis *and* assistência ao paciente”. Para a seleção destes descritores, foi consultada a base DeCs (Descritores em Ciências da Saúde). Como critérios de exclusão, enquadraram-se: artigos duplicados, incompletos, resumos, resenhas, debates, artigos publicados em anais de eventos e indisponíveis na íntegra.

Para a obtenção dos artigos, foi realizado um levantamento nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic Library* (SCIELO), *Literatura Latino-americana do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A partir da revisão de literatura e análise dos estudos indexados nas bases de dados, acerca da temática proposta, foram recuperados 500 estudos científicos, sendo que apenas 90 estudos foram selecionados, 50 atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, 30 foram excluídos com base nos critérios de exclusão, restando 20 artigos para composição e análise do estudo. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado a seguir na **Figura 14.1**.

Figura 14.1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos



RESULTADO E DISCUSSÃO

O meio preventivo é a realização do exame papanicolau que é um método para identificação e prevenção da infecção do HPV e do desenvolvimento do CCU. O exame, realizado de forma indolor, identifica alteração celular e torna-se uma maneira eficaz de rastreamento da doença antes mesmo que a infecção apresente sintomas, como verrugas genitais ou feridas no colo do útero e sangramentos repentinos acompanhados de dor (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Na atenção primária, a prevenção envolve o uso de preservativos e a vacinação para HPV, apresentando ações e promoções em saúde. Já a prevenção secundária envolve a investigação precoce do diagnóstico a partir do exame citopatológico, conhecido como papanicolau. A indicação para a realização do papanicolau é em mulheres entre 25 e 64 anos que já tenham iniciado a vida sexual. O exame deve ser repetido anualmente, até que se tenha resultados

negativos consecutivos, assim o rastreio passa a ser a cada três anos (SILVA *et al.*, 2021).

Alguns cuidados são necessários antes de realizar o papanicolau: a mulher não pode ter relação sexual nas 48 horas que antecedem o exame; não deve estar menstruada; não usar duchas ou medicamentos vaginais nos dois dias anteriores ao exame; e nem fazer ultrassonografia endovaginal na véspera do exame (SANTOS & LIMA, 2016).

“O papanicolau pode exibir resultado negativo para CCU, após 1 ano a mulher deve realizar novamente esse exame para que haja a mesma confirmação; se proceder em infecção por HPV deve realizar novamente em 6 meses; pode ocorrer o resultado de lesão de alto grau, no qual o profissional irá abordar procedimentos juntamente com a paciente, podendo vir um resultado insatisfatório da amostra. O exame preventivo não só detecta lesões por HPV, mas também identifica infecções corriqueiras nas mulheres” (MORAIS *et al.*, 2021, p. 4).

A comunicação é de fundamental importância no atendimento considerando que é proporcionando a assistência, mantendo o contato com a paciente durante a consulta, priorizando o acolhimento, sendo receptivo, informativo e integrador que é facilitado o laço de confiança e da empatia e amenizada a dificuldade na prática da consulta ginecológica. Durante a assistência são eficazes a recepção, a fala, o toque e a confiança para se obter desenvoltura e, assim, dissuadir dúvidas e esclarecê-la (SILVA *et al.*, 2018).

Existem diversas formas de transmissão através do contato direto durante relações sexuais desprotegidas. O uso do preservativo diminui o risco das infecções, mas ocorre contato com áreas como vulva, períneo, escroto e região perianal. Além disso, temos outras formas de contágio como a vertical, por contato com objetos, toalhas e roupas com secreção contendo vírus vivo. Mucosas não íntegras são responsáveis por 5% dos casos de transmissão da doença (SILVA & SANTOS, 2022).

A vacinação é um dos métodos mais eficazes de prevenção e com o melhor custo-benefício para se combater uma doença de etiologia infecciosa. Foram desenvolvidas e aprovadas no Brasil duas vacinas profiláticas contra o HPV, sendo elas a bivalente e a quadrivalente. Além dos sorotipos 16 e 18, os quais são cobertos pela vacina bivalente, a vacina quadrivalente também previne infecções dos tipos 6 e 11 (SILVA FILHO *et al.*, 2020).

O profissional de saúde deve orientar mulheres com vida sexual ativa sobre a possibilidade de serem atendidas pelo programa de prevenção na rede pública. Quanto mais cedo elas procurarem a Unidade Básica de Saúde

(UBS), mais cedo podem obter o diagnóstico do câncer. É essencial orientar as mulheres sobre a realização do teste de HPV para identificar a melhor conduta para as pacientes com testes positivos e, assim, reduzir os índices de colposcopias desnecessárias (SANTOS *et al.*, 2014).

CONCLUSÃO

Com o presente estudo conclui-se que é de grande importância orientar as mulheres sobre a doença e seus meios preventivos e informar sobre a realização anual do exame papanicolau para que haja uma investigação de possíveis resultados positivos para o HPV. Além disso, é preciso haver estratégia que promova a orientação sobre os cuidados a serem feitos antes de realizar o exame.

É de suma importância que a promoção da saúde seja realizada por um profissional capacitado para, assim, executar uma assistência humanizada e efetiva diante de resultados positivados para o HPV. Outro método bastante eficaz na atenção básica é o da educação em saúde, também realizada por um profissional capacitado, que visa orientar as mulheres submetidas a patologia sobre as formas de prevenção de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

O trabalho identificou formas de prevenção, de tratamento e de conscientização por meio de orientações dos profissionais da saúde. A orientação médica é de grande valia para o tratamento e a prevenção do HPV em mulheres, tanto aquelas que buscam os serviços de saúde de forma preventiva ou para tratamento da patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C.M.C. *et al.* Principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo do útero, com ênfase para o papilomavírus humano (HPV): um estudo de revisão. *Research, Society and Development*, v. 10, 2021.
- AOYAMA, E.A. *et al.* Assistência de enfermagem na prevenção do câncer de colo do útero. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, p. 162, 2019.
- MAIA, T.S.C. *et al.* A enfermagem frente ao câncer do colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 9, 2020.
- MARQUES, C.D. *et al.* Competências da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos em pacientes com câncer de colo de útero. *Research, Society and Development*, v. 10, 2021.
- MATTOS, C.T.D. *et al.* Percepção da mulher frente ao diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero- Subsídios para o cuidado de enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 5, p. 27, 2014.
- MORAIS, I.S.M. *et al.* A importância do exame preventivo na detecção precoce do câncer de colo uterino: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 10, 2021.
- OLIVEIRA, E.S. *et al.* A consulta de enfermagem frente à detecção precoce de lesões no colo do útero. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 6, p. 186, 2017.
- OLIVEIRA, R.L. *et al.* Assistência do enfermeiro na educação em saúde, no câncer de colo do útero. *Research, Society and Development*, v. 10, 2021.
- SANTOS, V.L.O. *et al.* Câncer do colo do útero: desafios para o diagnóstico precoce. *Saúde em Foco*, v. 1, 2014.
- SANTOS, L.M. & LIMA, A.K.B.S. Câncer de colo do útero: papel do enfermeiro na prevenção e detecção precoce dessa neoplasia na atenção básica. *Temas em Saúde*, v. 16, p. 463, 2016.
- SILVA, D.O. *et al.* Ação educativa sobre a prevenção do papiloma vírus humano e do câncer de colo uterino: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, 2021.
- SILVA, T.R. *et al.* O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de colo do útero em unidade básica de saúde enfatizando o acolhimento. *Múltiplos Acessos*, v. 3, 2018.
- SILVA, A.S. & SANTOS, L.M.L. Prevenção do HPV na atenção primária: uma revisão de literatura. *Diversitas Journal*, v. 7, p. 298, 2022.
- SILVA, M.D.T. *et al.* Câncer de colo de útero: barreiras preventivas no século 21. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 7610, 2021.
- SILVA FILHO, P.S.P. *et al.* O uso da vacina contra o vírus HPV e suas principais relações com o câncer do colo do útero. *Research, Society and Development*, v. 9, 2020.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.

Capítulo 15

CONHECIMENTO DE PROFESSORES SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

CAMILA TASCA GHISI¹
MARIA LAURA REMOR¹
JAIME LIN²
KRISTIAN MADEIRA³

1. *Discente – Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.*
2. *Docente – Médico Neurologista; Mestre em Neurologia/Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.*
3. *Docente – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC; Doutor em Ciências da Saúde.*

PALAVRAS-CHAVE

Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Conhecimento; Professores.

INTRODUÇÃO

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) pode ser definido por meio de suas características clínicas essenciais: um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade que interferem no funcionamento ou desenvolvimento normal do indivíduo (APA, 2014).

Na escola, os professores frequentemente atribuem o TDAH à indisciplina e falta de limites impostos pelos pais, o que gera impaciência e punições desnecessárias diante do comportamento demonstrado. Tal fato, reflete consequências no desempenho escolar e social do menor, que podem persistir na vida adulta (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Assim, o objetivo deste estudo foi verificar qual o conhecimento de professores do ensino básico de uma escola privada no sul do país sobre o TDAH. Além disso, pretendeu-se avaliar se existe correlação entre conhecimento sobre TDAH e idade do profissional, tempo de trabalho, nível de escolaridade e o nível de ensino no qual o professor trabalha.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer de número 3.768.715. Antes de iniciar a pesquisa os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Desenho do estudo

Estudo observacional, descritivo, com coleta de dados primários e abordagem quantitativa.

População de estudo

Professores do ensino básico de um colégio de Criciúma-SC.

Amostra

56 professores pelo cálculo amostral, com 34 questionários coletados.

Logística e instrumento de coleta

Inicialmente, foi realizada visita de campo com a finalidade de reconhecimento do local e dos profissionais que fizeram parte da amostra. Além disso, na ocasião, foi entregue a carta de aceite para o diretor da instituição.

Um questionário foi aplicado presencialmente a 20 professores do ensino básico de uma escola particular, no mês de março de 2020. A outra parcela de respondentes, respondeu ao mesmo formulário de forma online via plataforma *Google Forms*. O instrumento de pesquisa foi elaborado pelos autores e é composto por duas partes.

A primeira parte contém perguntas pessoais, como idade, sexo, escolaridade, religião, formação, tempo de atuação como professor em anos, número médio de alunos atendidos em 2019, segmento lecionado por mais tempo e tempo que leciona nesse nível de ensino.

A segunda parte do questionário é composta por 30 perguntas relacionadas ao TDAH a serem assinaladas como verdadeiro ou falso pelo corpo docente participante.

Análise estatística

Os dados coletados foram organizados e analisados no software *IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem e as variáveis quantitativas por meio de média e desvio padrão, quando apresentaram distribuição normal, e mediana e amplitude interquartil, quando não seguiram esse tipo de distribuição.

As análises inferenciais foram realizadas adotando-se um nível de significância $\alpha = 0,05$ em portanto, confiança de 95%. A distribuição

das variáveis quantitativas quanto à normalidade foi investigada por meio da aplicação do teste de Shapiro-Wilk.

A comparação das médias das variáveis quantitativas entre as categorias das variáveis qualitativas politômicas foi realizada por meio da aplicação do teste ANOVA de uma via, quando as variáveis seguiram distribuição normal, e pelo teste H de Kruskal-Wallis, quando as variáveis seguiram outro tipo de distribuição. A investigação da existência de correlação entre as variáveis quantitativas foi realizada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 34 indivíduos nesse estudo que responderam ao questionário entre março e setembro de 2020. A média de idade é de 42,53 anos (DP \pm 9,17). Pode-se observar que 70,6% dos indivíduos respondentes eram do sexo feminino. No que concerne a escolaridade, 76,5% possui pós-graduação. Dos professores, 29,4% assinalaram ter graduação em Pedagogia e 11,8% em Ciências Biológicas. Quanto à religião, 58,8% se declararam católicos e 20,6% evangélicos.

O tempo mediano de atuação como professor da amostra foi de 16 anos. O número de alunos atendidos pelos profissionais variou de 40 a 400. A mediana da variável “Tempo que leciona nesse nível de ensino” foi de 14 anos. Para a variável “Segmento lecionado há mais tempo”, os seguintes valores de mediana foram apresentados (1º quartil, 3º quartil): Educação Infantil: 9 (26,5); Ensino Fundamental I: 1 (14,7); Ensino Fundamental II: 10 (29,4); e Ensino Médio: 10 (29,4).

Em relação ao número de acertos das questões sobre TDAH e o segmento lecionado há mais tempo, pode-se concluir que quando comparados Ensino Fundamental, Ensino Médio

e Educação Infantil não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,128$). Da mesma forma, ao abordar escolaridade, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,546$) entre Ensino Superior Completo, Pós-graduação e Mestrado.

Em relação aos acertos das questões e a idade e o tempo de trabalho podemos observar que não houve diferença estatisticamente significativa quando avaliadas tais associações ($p = 0,993$ e $p = 0,428$, respectivamente).

Em relação as perguntas abordadas no instrumento de coleta, 64,7% dos participantes responderam que a afirmativa “Não é uma doença, e sim uma condição de crianças em processo de aprendizado” é falsa. A alternativa “É uma doença e necessita de tratamento” foi assinalada como verdadeira por 70,6% dos participantes. 25 respondentes (73,5%) assinalaram como falsa a afirmativa “As crianças com TDAH não são diferentes das demais”. Menos da metade dos que responderam à pesquisa (32,4%) marcaram como verdadeira a alternativa “O transtorno pode ser causado por lesão cerebral durante o parto”.

“O uso de medicações na infância para o tratamento de TDAH pode predispor a dependência deles no futuro” foi uma alternativa apontada como verdadeira por 32,4% dos respondentes. Quando se questionou se “TDAH e hiperatividade são sinônimos” 73,5% assinalaram que não. Mais da metade dos professores (61,8%) afirmam que a sentença “É uma doença nova no Brasil, com menos de 10 anos de relatos” é falsa. Ao serem questionados se “O TDAH pode ser adquirido em qualquer fase da vida”, 64,7% apontaram que não. Pouco mais da metade dos profissionais (58,8%) afirmou que “A forma de apresentação nos meninos é diferente das meninas”, assim como que “O transtorno é mais frequente em meninos” (52,9%).

As evidências atuais sugerem que os professores podem estar inadequadamente preparados para apoiar crianças com TDAH de forma eficaz, devido à pouca informação e ao treinamento limitado (LATOUCHE & GASCOIGNE, 2019). Em um estudo feito na Arábia Saudita, apenas 16% do grupo de teste tinham conhecimento adequado sobre a doença (ALSHEHRI *et al.*, 2020). Da mesma forma, vários outros estudos descobriram que o conhecimento dos professores sobre o TDAH é insuficiente (MOHR-JENSEN *et al.*, 2019; MOLDAVSKY & SAYAL, 2013; FREITAS *et al.*, 2010). A falta de informação dos professores faz com que o tratamento para com o aluno com a desordem seja inadequado, com punições excessivas, isolamento da criança ou atitude antagônica (HOSSEINNIA *et al.*, 2020).

Um estudo realizado no interior paulista, em 2011, entrevistou nove professores do 1º ao 5º ano da rede pública de ensino. Destes, oito afirmaram ter alunos com suspeita de TDAH, mas a maioria afirmou nunca ter recebido orientações ou capacitação sobre o assunto. Nesse mesmo estudo, outro achado foi que grande parte dos entrevistados sabia reconhecer os principais sintomas, mas não sabia como manejar suas aulas para atender as demandas desses estudantes (AZEVEDO *et al.*, 2011).

A maior parte dos respondentes (76,5%) possui pós-graduação, entretanto, não houve diferença entre o conhecimento da patologia e o nível de escolaridade nesse estudo. Já foi demonstrado em estudos prévios que esse parâmetro, assim como o tempo de atuação do profissional, interferiu no conhecimento sobre a doença. Ainda assim, em todos os grupos o conhecimento foi considerado insuficiente (MURTANI *et al.*, 2020). Em um estudo feito com 126 professores de escolas primárias de três distritos de Isfahan, no Irã, o nível de escolaridade interferiu positivamente no

conhecimento da doença, e a maior parte dos profissionais tinha conhecimento desejável sobre a condição (HOSSEINNIA *et al.*, 2020).

De acordo com uma pesquisa realizada no Paquistão, alguns professores acreditam que a maneira errada de tratar as crianças pelos pais é a causa do TDAH (MIRZA *et al.*, 2017). Ghanizadeh *et al.* (2006) corrobora essa hipótese. No presente estudo, apenas 2,9% dos respondentes concordam com essa hipótese, demonstrando conhecimento desejável a respeito da etiologia do transtorno.

Quase a totalidade dos professores (94,1%) acredita que não há diferença entre o quociente de inteligência (QI) dos alunos com TDAH e aqueles sem o distúrbio. Em estudos prévios, cerca de 13% dos respondentes relataram que o QI dos alunos com TDAH é inferior ao dos alunos sem TDAH e 38,3% relataram que o seu QI é superior ao de alunos sem a desordem (GHANIZADEH *et al.*, 2006).

Segundo Mattos (2015), o transtorno é mais relatado em pessoas do sexo masculino do que feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças. Porém, acredita-se que os meninos tenham a mesma proporção visto que as meninas seriam subdiagnosticadas com mais frequência por apresentarem prioritariamente o componente déficit de atenção. Em estudos prévios sobre o conhecimento de professores, foi observado que estes tendem a saber que mais meninos do que meninas são afetados pelo TDAH (MOHR-JENSEN *et al.*, 2019). No presente estudo, aproximadamente 52% dos respondentes assinou haver maior prevalência no sexo masculino, correlacionando-se com a epidemiologia real.

A desatenção por parte dos alunos foi postulada por cerca de um terço dos participantes como uma característica típica da infância, não tendo conotação patológica. Houve ainda uma resistência por parte dos respondentes

de reconhecer o TDAH como uma doença. Uma grande parcela concordou com a afirmação de que haveria menos de uma década de relatos da doença e cerca de 30% dos participantes afirmaram ainda que as crianças portadoras da doença não seriam diferentes das demais.

O transtorno, em cerca de 60% dos casos, geralmente continua na idade adulta, quando a hiperatividade e a agitação se tornam menos aparentes e a falta de atenção se mostra mais presente (FREITAS *et al.*, 2010). Dessa forma, observa-se apenas uma mudança no padrão dos sintomas, mas não da doença. Esse fenômeno não foi reconhecido por uma parcela dos respondentes (35,3%), que afirmou que a doença pode ser adquirida em qualquer fase da vida e então manifestar-se. Quando levamos em conta essa consideração, diante de um paciente diagnosticado na fase adulta, acabamos por desconsiderar possíveis sinais presentes na infância que poderiam ter contribuído para um diagnóstico precoce.

A hipótese de que o açúcar causa TDAH foi descreditada por estudos que não conseguiram documentar os efeitos da sacarose em crianças consideradas mais sensíveis ao alimento por seus pais (BUSSING *et al.*, 2012). Uma meta-análise de 16 estudos concluiu que o açúcar não afeta o comportamento ou o desempenho cognitivo das crianças (MILLICHAP & YEE, 2012).

Observa-se que a doença é assimilada como uma simples perda momentânea de atenção, muitas vezes por culpa do estudante, cuja principal consequência seria o não entendimento daquela disciplina. Na prática, as consequências vão muito além disso. Segundo o estudo proposto por Castro e Lima, o alto índice de reprovações e expulsões identificado nesses estudantes, ao longo de todo o ensino escolar, influencia negativamente a construção da identidade. A inserção desses indivíduos no mercado

de trabalho é um reflexo desse período: quando realizam uma tarefa que exige persistência, cuja recompensa não será imediata, há dificuldade para finalizá-la. A labilidade emocional, a fala impulsiva e o déficit de memória são outros fatores que contribuem ainda mais para as mudanças frequentes do adulto com TDAH (CASTRO & LIMA, 2018).

O tratamento do TDAH baseia-se na intervenção multidisciplinar envolvendo profissionais das áreas médicas, de saúde mental, pedagógica e fonoaudióloga, em conjunto com os pais. A combinação do tratamento comportamental intensivo ao tratamento farmacológico proporciona benefícios na diminuição de sintomas primários e secundários (THAPAR & COOPER, 2016). Apesar da grande importância da medicação, 32,4% dos respondentes afirmaram que “O uso de medicações na infância para o tratamento de TDAH pode predispor a dependência deles no futuro”, demonstrando conhecimento insatisfatório sobre o manejo da doença.

CONCLUSÃO

Apesar do número insuficiente de respondentes, o presente estudo corroborou, em parte, dados recentes quanto ao conhecimento sobre a doença, porém sem evidências de correlação entre variáveis como nível de escolaridade, idade e tempo de trabalho.

O nível de conhecimento sobre o TDAH se mostrou relativamente desejável, visto que apenas 10% das questões tiveram menos de 60% de acertos. Entretanto, variáveis como epidemiologia e tratamento precisam ser melhor abordadas no ambiente escolar já que ainda restam incertezas por parte dos profissionais.

Os professores desempenham um papel essencial no apoio às crianças com TDAH e são responsáveis por implementar estratégias de gerenciamento de sala de aula que são projetadas

para ajudar os alunos com esta condição a desse cenário, considera-se necessária uma
alcançarem sucesso social, acadêmico e capacitação para esses profissionais.
emocional dentro do ambiente escolar. Diante

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALSHEHRI, A.M. *et al.* Schoolteachers' knowledge of attention-deficit/hyperactivity disorder—current status and effectiveness of knowledge improvement program: a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, V.A.P. *et al.* Conhecimento de professores de 1º a 5º ano sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 7., 8-10 nov. 2011, Londrina. Anais... Londrina: ABPEE, 2011.
- BUSSING, R. *et al.* ADHD knowledge, perceptions, and information sources: perspectives from a community sample of adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, v. 51, p. 593, 2012.
- CASTRO, C.X.L. & LIMA, R.F. Consequências do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na idade adulta. *Revista Psicopedagogia*, v. 35, p. 61, 2018.
- FREITAS, J.S. *et al.* TDAH: nível de conhecimento e intervenção em escolas do Município de Floresta Azul, Bahia. *Gerias - Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 3, p. 175, 2010.
- GHANIZADEH, A. *et al.* Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*, v. 63, p. 84, 2006.
- HOSSEINIA, M. *et al.* Knowledge, attitude, and behavior of elementary teachers regarding attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Education and Health Promotion*, v. 9, p. 120, 2020.
- LATOUCHE, A.P. & GASCOIGNE, M. In-service training for increasing teachers' ADHD knowledge and self-efficacy. *Journal of Attention Disorders*, v. 23, p. 270, 2019.
- MATTOS, P. No mundo da lua: perguntas e respostas sobre transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. 16. ed. São Paulo: Abda, 2015.
- MILLICHAP, J.G. & YEE, M.M. The diet factor in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, v. 129, p. 330, 2012.
- MIRZA, N. *et al.* Knowledge, attitude & practices towards attention deficit hyperactivity disorder among private elementary school teachers of Karachi, Pakistan. *Journal of the Dow University of Health Sciences*, v. 11, p. 11, 2017.
- MOHR-JENSEN, C. *et al.* What do primary and secondary school teachers know about ADHD in children? Findings from a systematic review and a representative, nationwide sample of danish teachers. *Journal of Attention Disorders*, v. 23, p. 206, 2019.
- MOLDAVSKY, M. & SAYAL, K. Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: the views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Current Psychiatry Reports*, v. 15, p. 377, 2013.
- MURTANI, B.J. *et al.* Knowledge/understanding, perception and attitude towards attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among community members and healthcare professionals in Indonesia. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 48, 101912, 2020.
- NOGUEIRA, B. *et al.* Risco ocupacional entre profissionais da equipe de enfermagem do setor de hemodiálise. *Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde*, v. 2, p. 43, 2015.
- THAPAR, A. & COOPER, M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, v. 387, p. 1240, 2016.

Capítulo 16

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL EM UMA CIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

MARIA LAURA REIS REMOR¹
ALANA SCHRAIBER COLATO¹
DANIELE LIELL¹
JÚLIA COSTA FELICIANO¹
LAURA ARALDI DÜRR¹
LILIANE VANZETTO¹
LUÍSA ROSLER GRINGS¹
MARIA LAURA GEREMIAS¹

1. *Discente – Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.*

PALAVRAS-CHAVE

Doença renal crônica; Fatores de risco; Prevalência.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é caracterizada pela alteração da estrutura do funcionamento dos rins, definida a partir de marcadores de dano renal, ou por uma redução da taxa de filtração glomerular (TFG) $< 60 \text{ ml / min / } 1.73 \text{ m}^2$ (KDIGO, 2013), independente da causa. Em ambas as situações, é preciso que a alteração se mantenha por pelo menos três meses. Quando a doença já está estabelecida, os esforços são destinados a evitar ou retardar a progressão para a doença renal terminal (DRT), caracterizada pela necessidade de terapia renal substitutiva (TRS), seja ela diálise ou transplante renal, uma vez que a reversão da função renal é improvável.

A DRC se apresenta como um problema de saúde pública, sendo fator de risco independente para doenças cardiovasculares, disfunção cognitiva, altas taxas de hospitalização e de morbimortalidade e altos custos para as instituições de saúde (BIKBOV *et al.*, 2020). Portanto, para preservar a qualidade de vida da população e reduzir os custos do serviço público de saúde, os esforços da comunidade médica e da gestão em saúde devem focar na identificação dos indivíduos em risco, como objetiva esse trabalho.

Os objetivos deste estudo foram identificar e avaliar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DRC na cidade de Criciúma, em Santa Catarina, relacionar a presença das comorbidades de acordo com o sexo e a idade dos pacientes triados e classificar o risco de desenvolvimento de doença renal a partir da análise da fita urinária da população testada.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa.

A coleta foi realizada em uma ação promovida pela Liga Acadêmica de Nefrologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), no centro de Criciúma-SC, na qual cidadãos com interesse em avaliar seus fatores de risco para doença renal participaram de uma triagem.

Foram incluídos os questionários de todos os pacientes caracterizados na população-alvo, totalizando uma amostra de 176 respostas. Os instrumentos de pesquisa incompletos foram excluídos da amostra inicial.

Foram aplicadas fichas de triagem, divididas em três partes. A primeira, com perguntas de identificação, como idade e sexo. A segunda é composta de perguntas sobre história familiar de doença renal, tabagismo, história própria de doenças do aparelho cardiovascular e circulatório, história de uso contínuo de agentes nefrotóxicos (AINES), medidas de pressão arterial ou diagnóstico de hipertensão, medidas de glicemia ou diagnóstico de diabetes e obesidade, que foram avaliadas com “Sim” (possui) ou “Não” (não possui). A terceira parte contém alterações vistas ao exame de fita urinária que os pacientes foram submetidos. São elas: bilirrubina, ácido acetoacético, densidade, glicose urinária, pH, proteinúria, sangue, urobilinogênio, nitrito e leucócitos, que também foram avaliadas com “Sim” (possui) ou “Não” (não possui).

Os dados colhidos nos questionários foram registrados em planilhas do software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 para posterior análise.

Esse estudo foi desenvolvido após a aprovação em Comitê de Ética para Pesquisa em Humanos da UNESC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram respondidos por 176 participantes. Destes, 56,7% eram do sexo masculino e 43,4% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 61-70 anos de idade (31,8%), seguida de 51-60 anos (25%) e 71-80 anos (22,2%). Somente 2,8% dos participantes estavam na faixa dos 21-30 anos. Sobre os fatores de risco associados à DRC, quase metade afirmou ter hipertensão arterial sistêmica (47,8%). A segunda condição mais prevalente foi o diabetes mellitus (DM) ou pré-diabetes, correspondendo a 40,4%. Verificou-se história familiar de doença renal em 19,1%; tabagismo e histórico de doença arterial em 18%; e, na minoria, uso de agentes nefrotóxicos, como anti-inflamatórios não esteroidais (15,2%). Quando analisadas as fitas urinárias, a imensa maioria apresentou alteração na densidade da urina > 1010 (84,8%), e em mais da metade (51,7%) foi observado pH urinário < 5,5. Outras alterações foram menos encontradas, como glicosúria (9,6%); hematúria (9%) e leucocitúria (8,4%). Observou-se proteinúria em 6,7% dos participantes.

O predomínio do sexo masculino na população do estudo é semelhante aos resultados encontrados no Censo 2004, no qual 57,7% das pessoas em hemodiálise eram do sexo masculino.

A faixa etária predominante afetada pela DRC está acima dos 40 anos. Um estudo realizado no interior do estado de São Paulo verificou que 68% da população em hemodiálise era adulta. Na literatura, a filtração glomerular cai entre 0,08 ml por ano a partir dos 40 anos, o que aumenta a vulnerabilidade do sistema renal e que o paciente perca a capacidade de manter a homeostase renal diante do estresse. No idoso há diminuição importante do fluxo renal, devido ao aumento da resistência intrarrenal e à perda da

capacidade de autorregulação, acarretando ineficiência tanto no momento da hipertensão quanto da hipotensão.

Em relação a etnia dos pacientes com DRC ainda não há consenso entre os estudos levantados. Pinho *et al.* (2015) avaliaram, entre outras variáveis, a autodeclaração de raça de pacientes com DRC internados na enfermaria de um hospital. No entanto classificou os pacientes apenas em brancos e não brancos; os primeiros constituíram 64% dos 104 pacientes entrevistados (PINHO *et al.*, 2015). Já no trabalho de Xavier *et al.* (2014), percebeu-se que a maioria (62,5%) dos indivíduos era de etnia negra autodeclarada.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017), a DM é a principal causadora de IRC no mundo (especialmente na Europa e nos Estados Unidos), seguida pela hipertensão arterial sistêmica. No Brasil, há uma inversão desse ranking. A principal explicação proposta para esse fato é que pacientes diabéticos têm menos acesso à saúde em países menos desenvolvidos e, por isso, acabam por falecer precocemente de complicações macrovasculares, como AVE e doença coronariana antes mesmo de chegarem a um quadro de nefropatia diabética avançada.

Anormalidades da homeostase do sódio culminam com o desenvolvimento da hipertensão e desempenham um papel significativo no desenvolvimento da hipertensão associada à DRC. Os níveis normais de pressão arterial geralmente são mantidos por meio do processo de “natriurese de pressão”. Isto ocorre quando a vasculatura renal percebe um aumento agudo na pressão arterial sistêmica, levando ao aumento da excreção renal de sódio e subsequente perda de líquido extracelular, diminuindo assim a pressão arterial. Esse mecanismo também funciona em sentido inverso, retendo sódio e líquido quando a pressão arterial está baixa

(WILCOX, 2014). As alterações fisiológicas da DRC resultam em menos néfrons e troca tubular renal anormal, levando a um declínio na excreção de sódio em um ambiente hipertensivo (WILCOX, 2014; TEDLA *et al.*, 2011). Isso causa um prejuízo da resposta diurética normal e uma incapacidade de diminuir efetivamente as elevações da pressão arterial por meio da excreção de sódio e líquidos.

O segundo principal fator na hipertensão relacionada à DRC é o aumento da atividade do sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA), o qual é ativado pelos rins em resposta à baixa pressão intravascular, através da secreção de renina em reação à diminuição da perfusão renal. Isso leva a um aumento da angiotensina II, o elemento mais bioativo do sistema SRAA, que causa uma série de respostas vasculares, incluindo vasoconstrição direta, secreção de aldosterona e aumento da atividade simpática. A liberação do excesso de renina dos rins doentes, possivelmente como resultado de isquemia renal, é a causa provável da atividade anormal na DRC (TEDLA *et al.*, 2011).

A doença renal do diabetes (DRD) é considerada um distúrbio microvascular, agrupado junto com a retinopatia e a neuropatia. Embora todas as células estejam cronicamente expostas a níveis elevados de glicose no plasma em pacientes diabéticos, apenas algumas manifestam disfunção progressiva, das quais as células endoteliais que revestem a vasculatura são um exemplo.

Especificamente, a incapacidade das células endoteliais de regular negativamente seu transporte de glicose em resposta à hiperglicemia leva a um fluxo avassalador de glicose intracelular, desencadeando a geração de mediadores patogênicos que contribuem para o desenvolvimento de complicações diabéticas, incluindo a DRD.

Esses mediadores incluem espécies reativas de oxigênio, levando à disfunção endotelial e dano à microvasculatura, bem como o recrutamento de células inflamatórias e consequente remodelamento glomerular e disfunção tubular renal (THOMAS *et al.*, 2015).

Ademais, muitos outros fatores estão relacionados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Nesse contexto, inserem-se as neoplasias, doenças genéticas, metabólicas e hereditárias bem como as infecções crônicas graves podem desencadear o aparecimento de IRC. Somado a isso, o uso de drogas e/ou suplementos alimentares que sobrecarregam a função renal é um fator agravante do quadro (MELO *et al.*, 2014).

As alterações encontradas nos parâmetros pH e densidade são altamente inespecíficas e ocorrem em uma frequência bastante variável ao longo do dia e a respeito das particularidades de cada indivíduo, como dieta e hidratação, presença de infecções, uso de alguns medicamentos e doenças tanto do trato genitourinário quanto de outros órgãos e sistemas (WHITE *et al.*, 2011).

Em relação ao achado de glicose nas amostras urinárias, cabe ressaltar que nem sempre ela é secundária a presença de DM que, por sua vez, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DRC, principalmente quando descompensado. Alguns indivíduos irão ter glicosúria com glicemia dentro do intervalo de referência, demonstrando que eles podem simplesmente ter um limite reduzido de sua reabsorção à nível renal. Tal como acontece com a glicose, a leucocitúria muitas vezes sugere uma infecção de trato urinário, correlação nem sempre verdadeira. Sendo assim, ambos achados necessitam de investigação microscópica quantitativa adicional (WHITE *et al.*, 2011).

Vários estudos já avaliaram a prevalência de hematúria microscópica e apresentaram taxas variadas em triagens populacionais.

Courtemanche *et al.* (2019) demonstraram ocorrência elevada em populações masculinas e constataram taxas de acometimento 2,8 vezes maiores quando associada com história mórbida progressiva de DM. Sabe-se que a hematúria pode ser secundária a doença renal, lesão inflamatória no trato urinário ou ainda a um crescimento tecidual anormal, como em um câncer, porém, ocasionalmente, falsos positivos ocorrem na presença de condições fisiológicas, como em sangramentos menstruais e após atividades físicas vigorosas. Sendo assim, novamente, testes de tira reagentes positivos devem ser seguidos por urinálise para descartar a ocorrência de uma pseudo-hematúria (DAVIS *et al.*, 2012)

Considerando-se a grande relevância da proteinúria no contexto da DRC, sua potencial detecção através de tiras urinárias de forma fácil, rápida e barata é muito atraente. No entanto, percebe-se a ausência de recomendações claras nas diversas diretrizes sobre o uso dessas tiras, visto que os dados científicos são bastante heterogêneos e difíceis de comparar, visto que os tipos de fitas urinárias diferem entre os estudos e os graus de evidência foram muito

baixos (RÉSIMONT *et al.*, 2021; MEJIA *et al.*, 2021).

Finalmente, apesar das evidências relativamente limitadas sobre sua utilidade clínica, as tiras reagentes de urina são uma ferramenta popular em pesquisas epidemiológicas e prática clínica, especialmente em ambientes com poucos recursos e que devem ter seus resultados acrescidos de exames adicionais para tomada de decisão (WHITE *et al.*, 2011; KROGSBØLL *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Verificou-se uma grande prevalência de hipertensão e diabetes nesta população. Tais doenças são fortemente relacionadas ao desenvolvimento de DRC, principalmente em idosos e naqueles com histórico familiar de doença renal. Além disso, as alterações no exame qualitativo de urina refletem pouca ingestão hídrica nos participantes, bem como um mau controle e/ou má adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes, traduzidos pela densidade urinária aumentada, glicosúria e proteinúria presentes em uma parcela considerável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIKBOV, B. *et al.* Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, v. 395, p. 709, 2020.
- DAVIS, R. *et al.* Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in adults: AUA guideline. *The Journal of Urology*, v. 188, p. 2473, 2012.
- KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES – KDIGO. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, v. 3, 2013.
- KROGSBØLL, L.T. *et al.* Screening with urinary dipsticks for reducing morbidity and mortality. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 1, 2015.
- MEJIA, J.R. *et al.* Diagnostic accuracy of urine dipstick testing for albumin-to-creatinine ratio and albuminuria: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, v. 7, 2021.
- PINHO, N.A. *et al.* Prevalence and factors associated with chronic kidney disease among hospitalized patients in a university hospital in the city of São Paulo, SP, Brazil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 37, p. 91, 2015.
- RÉSIMONT, G. *et al.* Urinary strips for protein assays: easy to do but difficult to interpret! *Journal of Nephrology*, v. 34, p. 411, 2021.
- TEDLA, F.M. *et al.* Hypertension in chronic kidney disease: navigating the evidence. *International Journal of Hypertension*, 132405, 2011.
- THOMAS, M.C. *et al.* Diabetic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 1, 15018, 2015.
- WHITE, S.L. *et al.* Diagnostic accuracy of urine dipsticks for detection of albuminuria in the general community. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 58, p. 19, 2011.
- WILCOX, C.S. Pathogenesis of hypertension. In: GILBERT, S. & WEINER, D, eds. *National kidney foundation primer on kidney diseases*. Philadelphia: Elsevier, 2014, p. 584-589.

Capítulo 17

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE FRENTE A SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

VICTOR GUILHERME PEREIRA DA SILVA MARQUES¹

CAMILA LIMA RIBEIRO²

ELIELSON RODRIGUES DA SILVA³

MARIANE NASCIMENTO DOMINGUES DA SILVA⁴

RAFAEL DE SOUSA PEREIRA⁵

ANTONIELSON NASCIMENTO CARNEIRO⁶

ERYSON LIRA DA SILVA⁷

MARIEL WÁGNER HOLANDA LIMA⁸

VIVIANE FRANÇA SILVA⁹

CLAUDÊNIA DA SILVA FAÇANHA¹⁰

BRUNA DA COSTA ARAÚJO¹¹

JOSÉ RICARDO LIMA BRANDÃO¹²

MARKS PASSOS SANTOS¹³

DÉBORA MIRANDA DIAS¹⁴

GABRIEL OLIVEIRA DA SILVA¹⁵

1. *Discente - Enfermagem do Centro Universitário do Piauí.*
2. *Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza.*
3. *Enfermeiro - Universidade do Rio São Francisco.*
4. *Discente - Enfermagem pela Faculdade UniBras.*
5. *Discente - Enfermagem pela Uninovafapi.*
6. *Discente - Enfermagem pela Faculdade Estácio de Teresina.*
7. *Enfermeiro - Centro Universitário Unifacid Wyden.*
8. *Graduação em Odontologia - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.*
9. *Discente - Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau.*
10. *Enfermeira - Universidade Federal do Piauí.*
11. *Discente - Medicina pelo Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos.*
12. *Médico - Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos.*
13. *Enfermeiro - Faculdade Ages de Medicina.*
14. *Discente - Fonoaudiologia pela Uninovafapi.*
15. *Enfermeiro - Centro Universitário Uninovafapi.*

PALAVRAS-CHAVE

Assistência ao paciente; Equipe multiprofissional; Sífilis congênita.

INTRODUÇÃO

A sífilis, doença sexualmente transmitida causada pela bactéria *Treponema pallidum*, se apresenta como um desafio à saúde pública em todo o mundo. É uma doença transmitida por via sexual (sífilis adquirida) e vertical (sífilis congênita) pela placenta da mãe para o feto. Outras formas de transmissão podem ser por via indireta (objetos contaminados) e por transfusão sanguínea (DAMASCENO *et al.*, 2014).

Seu agente etiológico é a bactéria *Treponema pallidum* e a evolução da doença apresenta três fases, a saber: primária, secundária e terciária. A fase primária tem início, normalmente, após 21 dias da infecção. Nesta fase, ocorre o aparecimento de úlcera genital indolor, que pode durar de 2 a 6 semanas. A fase secundária é marcada pelo aparecimento de lesões cutâneas por todo o corpo, associadas, por vezes, a febre e dores musculares. E a fase terciária ocorre após vários anos da infecção inicial e compreende, por exemplo, as formas nervosa, cutânea e cardiovascular da doença (CARVALHO & BRITO, 2014).

A eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública requer a redução da sua incidência para menos de um caso por mil nascidos vivos. Para isso, devem ser desenvolvidas ações de prevenção no pré-natal e em maternidades. Além disso, é importante realizar busca ativa de gestantes com sífilis para conduzir tratamento completo e adequado ao estágio da doença, feito com penicilina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tratando o parceiro concomitantemente (MESQUITA *et al.*, 2012).

O diagnóstico de sífilis é realizado através do teste *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e/ou teste rápido para sífilis durante a gestação, na primeira consulta de pré-natal e na 28ª semana. Quando o VDRL é positivo, adota-se a conduta de tratamento da gestante e do

parceiro para prevenir que o conceito nasça com sífilis congênita (SC) (MOREIRA *et al.*, 2017).

A doença pode ser evitada através de práticas realizadas rotineiramente pela equipe da unidade de saúde na assistência pré-natal, tendo em vista que o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção e tratamento da doença (ALMEIDA *et al.*, 2015).

As consultas de pré-natal de baixo risco realizadas nos postos de saúde, segundo o Programa Humanizado de Parto e Nascimento (PHPN), tendem a reduzir os índices de mortalidade infantil e materna. É importante abranger o maior número de gestantes e qualificar o atendimento dos profissionais de saúde que realizam estas consultas de pré-natal (BITTENCOURT & PEDRON, 2012).

Estratégias devem ser desenvolvidas para o envolvimento do parceiro no tratamento, viabilizando, assim, a prevenção e até a erradicação da doença. O acompanhamento da gestante com VDRL reagente requer dos profissionais de saúde adoção de condutas atualizadas e adequadas. Para tanto, faz-se necessário que profissionais responsáveis por realizar o acompanhamento pré-natal na atenção primária estejam capacitados e comprometidos com uma assistência de qualidade em prol da prevenção da SC e, conseqüentemente, a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (SILVA *et al.*, 2014).

O presente estudo tem como objetivo analisar a literatura existente acerca da assistência de saúde frente a sífilis congênita.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura, de caráter qualitativo. Segundo Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a

inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

As etapas da produção da presente revisão integrativa se constituem pela identificação da temática, questão norteadora, amostragem (seleção dos artigos) e categorização dos estudos.

Adotou-se para a elaboração da pergunta norteadora e definição de critérios de legibilidade, a estratégia PICO, na qual: (P) População; (I) Intervenção; (C) Comparação; (O) Resultados. Estruturou-se, com base nos elementos apresentados no **Quadro 17.1**, a seguinte questão: “O que a literatura aborda acerca da assistência de saúde frente a sífilis congênita?”.

Quadro 17.1. Elementos da estratégia PICO, descritores controlados

COMPONENTES	DEFINIÇÃO	DESCRITORES
P: População	Paciente atendido na unidade de saúde	Assistência ao paciente
I: Intervenção	Condutas realizadas frente a sífilis congênita	Sífilis congênita
C: Comparação	Sem comparações	-
O: Resultados	Assistência ofertada pelos profissionais da saúde	Equipe multiprofissional

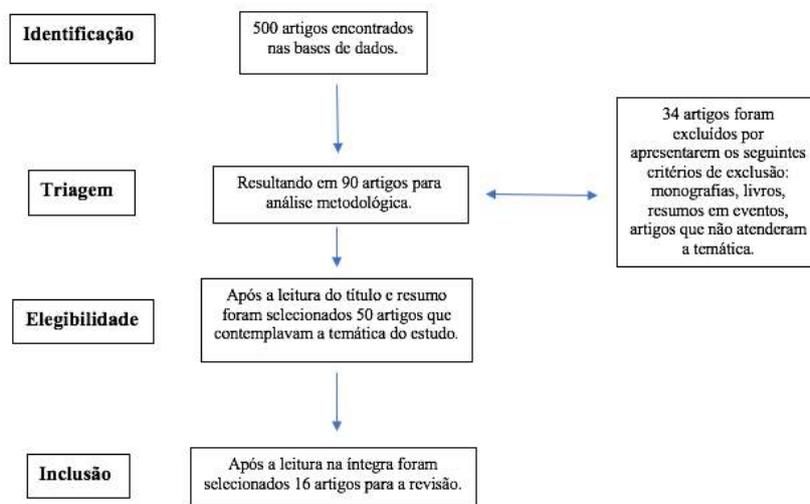
Para a seleção de trabalhos que respondem responder à questão norteadora, foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados no período entre 2012 e 2022, cujo acesso ao periódico era livre aos textos completos, artigos em idioma português, inglês e espanhol e relacionados a temática. Os trabalhos foram recuperados através de busca com os seguintes descritores combinados pelo operado booleano *and*: Assistência ao paciente *and* Equipe multiprofissional *and* Sífilis congênita. Para a seleção destes descritores, foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Como critérios de exclusão, enquadraram-se: artigos duplicados, incompletos, resumos, resenhas, debates, artigos publicados em anais de eventos e indisponíveis na íntegra.

Foi realizado levantamento nas seguintes bases de dados eletrônicas: *Scientific Electronic*

Library (SCIELO), Literatura Latino-americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A partir da revisão de literatura e análise dos estudos indexados nas bases de dados eletrônicas, foram recuperados 500 estudos científicos, sendo que apenas 90 foram selecionados, 50 atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e, destes, 34 foram excluídos com base nos critérios de exclusão, restando 16 artigos para composição e análise do estudo. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado a seguir na **Figura 17.1**.

Figura 17.1. Fluxograma de identificação e seleção dos artigos



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O **Quadro 17.1**, abaixo, descreve por título, objetivo, autor/ano e periódico os artigos utilizados para compor a presente revisão.

Quadro 17.1. Descrição dos artigos conforme título, objetivo, autor/ano e periódico

TÍTULO	OBJETIVO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO
Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal	Analisar a partir de uma revisão da literatura nacional, a importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal no Brasil no período de 2002 a 2016.	Arruda & Ramos (2020)	Journal of Management & Primary Health Care
Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil	Analisar os casos notificados de SG com os respectivos casos de Sífilis Congênita nos anos de 2008 a 2010, em Fortaleza, Ceará.	Cardoso <i>et al.</i> (2018)	Ciência & Saúde Coletiva
Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário	Descrever a prevalência e o perfil clínico e epidemiológico da SC na unidade de internação de um hospital universitário, no período de julho/2013 a junho/2014.	Chinazzo & Leon (2015)	Portal Científico de Pediatria
Sífilis congênita: repercussões e desafios	Refletir sobre o atual quadro de sífilis congênita no Brasil, suas repercussões e principais desafios.	Costa <i>et al.</i> (2017)	Arquivos Catarinenses de Medicina
Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality	Analisar a assistência pré-natal na prevenção da transmissão vertical da sífilis.	Domingues <i>et al.</i> (2013)	Revista de Saúde Pública
Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita	Destacar a importância do envolvimento do parceiro, durante a gestação, para saúde do trinômio (gestante-bebê-parceiro), enfatizando a prevenção da sífilis congênita na extensão da assistência pré-natal do parceiro.	Horta <i>et al.</i> (2017)	Revista de APS
Sífilis materna e sífilis congênita notificadas em um hospital de ensino	Conhecer o perfil dos casos de sífilis materna e sífilis congênita notificadas em um hospital de ensino.	Maraschin <i>et al.</i> (2019)	Nursing

A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico

Demonstrar a relação do aumento de casos de sífilis congênita com o não tratamento dos parceiros de gestantes portadoras de sífilis.

Monteiro & Côrtes (2019)

Revista Pró-UniverSUS

Uma das prioridades nas políticas de saúde é a atenção integral à saúde da mulher, principalmente, quando se trata de gestação, parto e puerpério. As políticas voltadas para esse assunto visam diminuir complicações maternas e neonatais. Uma preocupação que vem sendo cada vez mais priorizada é a redução de casos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como por exemplo a sífilis congênita (HORTA *et al.*, 2017).

O diagnóstico da sífilis se faz por meio da anamnese, do exame clínico e da realização de exames complementares com base em análises da lesão, do soro sanguíneo e do líquido cefalorraquidiano (LCR). Feito o diagnóstico, deve-se em iniciar o tratamento, essencialmente com penicilina. Na sífilis primária, secundária e latente recente é utilizada a penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Na sífilis latente tardia e terciária é utilizado o mesmo medicamento em aplicações semanais, durante 21 dias (COSTA *et al.*, 2017).

A SC, apesar de apresentar diagnóstico simples e tratamento eficaz, ainda apresenta prevalência alarmante, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento. O risco de transmissão vertical da sífilis varia de 30% a 100%, dependendo da fase clínica da doença na gestante. Em aproximadamente 40% das infecções intrauterinas não tratadas ocorre o aborto espontâneo ou a morte perinatal (ARRUDA & RAMOS, 2020).

O Ministério da Saúde afirma que o tratamento da gestante deve ter início imediatamente após o diagnóstico da sífilis e estar de acordo com o estágio clínico da infecção. Na indefinição do estágio da doença, e

caso não seja possível conhecer a história de tratamento prévio adequado, deve-se administrar o tratamento para sífilis terciária ou latente tardia (CARDOSO *et al.*, 2018).

Estratégias inovadoras são necessárias, visando: captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional; garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o tratamento antes da 24^a a 28^a semana gestacional, o que é mais efetivo para o feto; e manejo clínico adequado da gestante e seu(s) parceiro(s), incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de tratamento para o não agravamento da doença (DOMINGUES *et al.*, 2013).

O exame de VDRL positivo no sangue neonatal basicamente indica que o recém-nascido (RN) está contaminado, com possibilidade de transferência passiva de anticorpos maternos, constituindo uma avaliação quantitativa para a SC considerada positiva quando superior a 1:2 (CHINAZZO & LEON, 2015).

Quanto ao tratamento da sífilis congênita, deve-se lembrar que a terapêutica da gestante com penicilina no primeiro trimestre costuma evitar a infecção fetal. A penicilina G benzatina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da sífilis e o único indicado para gestantes, apresentando 98% de eficácia na prevenção da sífilis congênita e em todos os estágios da doença, sendo considerado o medicamento mais eficaz contra a patologia (MONTEIRO & CÔRTEZ, 2019).

Deve-se utilizar a Estratégia Saúde da Família como forma de aproximar a população das unidades de saúde e dos agentes

comunitários de saúde para busca ativa às gestantes para a realização de um pré-natal de qualidade, investindo, assim, em educação continuada. O tratamento adequado da sífilis na gestação é uma maneira efetiva e acessível de impedir e prevenir a transmissão vertical e, por consequência, a infecção congênita que pode ser transmitida para o bebê (MARASCHIN *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

As políticas de saúde da mulher precisam estar voltadas a todos os aspectos que visam o bem-estar da mulher, porém precisam focar nas

ISTs, como por exemplo a sífilis congênita. O diagnóstico da patologia se dá por meio do teste VDRL para, então, buscar uma forma de tratamento para essa gestante, favorecendo a qualidade de vida da mãe e do bebê.

Os profissionais, principalmente da atenção básica, precisam implementar educação em saúde de qualidade para que esse tratamento seja efetivo. O tratamento se dá por meio da penicilina G benzatina e possui mais 90% de eficácia nas gestantes, sendo considerado o meio de tratamento mais indicado. Através do pré-natal esses profissionais conseguem identificar a doença precocemente para que seja tratado o mais rápido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, P.D. *et al.* Análise epidemiológica da sífilis congênita no Piauí. *Revista Interdisciplinar*, v. 8, p. 62, 2015.
- ARRUDA, L.R. & RAMOS, A.R.S. Importância do diagnóstico laboratorial para a sífilis congênita no pré-natal. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 12, 2020.
- BITTENCOURT, R.R. & PEDRON, C.D. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. *Journal of Nursing and Health*, v. 2, p. 9, 2012.
- CARDOSO, A.R.P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 563, 2018.
- CARVALHO, I.S. & BRITO, R.S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, p. 287, 2014.
- CHINAZZO, L.K. & LEON, C.A. Perfil clínico e epidemiológico da sífilis congênita na unidade de internação de um hospital universitário. *Portal Científico de Pediatria*, v. 4, p. 65, 2015.
- COSTA, C.V. *et al.* Sífilis congênita: repercussões e desafios. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 46, p. 194, 2017.
- DAMASCENO, A.B.A. *et al.* Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, p. 88, 2014.
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Congenital syphilis: a sentinel event in antenatal care quality. *Revista de Saúde Pública*, v. 47, p. 147, 2013.
- HORTA, H.H.L. *et al.* Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. *Revista de APS*, v. 20, p. 623, 2017.
- MARASCHIN, M.S. *et al.* Sífilis materna e sífilis congênita notificadas em um hospital de ensino. *Nursing*, v. 22, p. 3208, 2019.
- MESQUITA, K.O. *et al.* Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases*, v. 24, p. 20, 2012.
- MONTEIRO, R. & CÔRTEZ, P.P.R. A relação entre sífilis congênita e o tratamento do parceiro da gestante: um estudo epidemiológico. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 10, p. 13, 2019.
- MOREIRA, K.F.A. *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. *Cogitare Enfermagem*, v. 22, 2017.
- SILVA, D.M.A. *et al.* Conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transmissão vertical da sífilis em Fortaleza. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 23, p. 278, 2014.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.

Capítulo 18

GESTÃO DO ATENDIMENTO EM SAÚDE A PORTADORES DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA E SURDEZ

KATE MAYARA SOUZA DA SILVEIRA DE LIMA¹
LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização; Surdez; Atendimento de qualidade.

INTRODUÇÃO

Um atendimento humanizado em saúde começa com o interesse do profissional em acolher e conhecer as necessidades do outro ser humano, agindo com resolutividade, respeito e expertise técnica. Entretanto, quando uma pessoa surda ou com deficiência auditiva procura pelo serviço de saúde, geralmente o canal de comunicação é comprometido, o que reflete na segurança e qualidade do atendimento prestado. Para Nunes *et al.* (2020), o cuidado humanizado à pessoa surda significa acolher, estabelecer vínculos, resolver as demandas e garantir os direitos do usuário alcançando a sua satisfação.

Para isto, é necessário conhecer algumas diferenças que permeiam o contexto de limitações auditivas, visto que algumas pessoas nasceram surdas ou perderam a audição antes da formação plena da fala, sendo chamados de surdos pré-linguais. Muitos acreditam que todo surdo seja mudo, mas todos possuem voz. Na maioria das vezes, essas pessoas não costumam usá-la por vergonha ou por se comunicarem pela língua de sinais, chamada Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) (LIMA, 2006).

Já a pessoa com deficiência auditiva apresenta um grau de comprometimento que, nos casos leves à moderados, pode ser resolvido com o uso de aparelhos auditivos. Já aquelas com um grau de perda profunda da audição (não escutam nada) são classificadas como surdas. Há ainda outro grupo, menos conhecido e facilmente confundido com o deficiente auditivo, denominado surdo oralizado. Os indivíduos oralizados comunicam-se oralmente e fazem a leitura labial e, nestes casos, o aparelho auditivo comum ou o implante coclear podem resolver o problema de audição. Essa condição pode decorrer após o estabelecimento da fala plena (surdez pós-lingual) ou desde o nascimento e, em casos específicos, pode ser

amenizada por meio de Fonoterapia. É válido ressaltar que essas pessoas oralizadas que falam a língua de sinais são chamadas de surdos bilíngues (LIMA, 2006).

É natural que essa população necessite de cuidados à saúde ao longo da vida e procurem por serviços e profissionais para o atendimento de suas demandas. Contudo, muitos serviços de atendimento em saúde, sejam eles públicos ou privados, não estão preparados para atender de forma efetiva as necessidades e limitações dos pacientes com deficiência auditiva e surdos. Nesse contexto, a problemática aqui levantada foi a de que essa população frequentemente se depara com a barreira comunicacional, seja pela ausência de um intérprete de LIBRAS ou porque os envolvidos não utilizam a língua de sinais. Nessa perspectiva, buscou-se compreender como a gestão dos processos de atendimento em saúde pode qualificar e humanizar os serviços prestados aos portadores de deficiência auditiva e surdez. Afinal, partiu-se do pressuposto de que a maioria dos profissionais que atuam na área da saúde desconhecem ou não usam a linguagem de sinais, o que dificulta a comunicação e compromete a segurança e a qualidade do atendimento.

Assim, o objetivo geral deste trabalho foi de identificar as fragilidades existentes no contexto de atenção à saúde de portadores de deficiência auditiva e surdez. Além disso, buscou-se listar ações de gestão dos processos de atenção em saúde que contribuem para humanização, segurança e resolutividade das demandas desta população.

Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS)

A LIBRAS foi reconhecida como a língua proveniente das comunidades surdas do país por meio da Lei nº 10.436/2002, que assegura o direito do reconhecimento da LIBRAS como língua de manifestação e expressão das pessoas

surdas no acesso à educação, à saúde, à cultura e ao trabalho. O Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 regulamenta a Lei nº 10.436/2002 e assegura que os órgãos de administração pública estadual, municipal e federal viabilizem ações voltadas à formação, capacitação e qualificação de profissionais da educação e da saúde em LIBRAS (BRASIL, 2002).

A língua de sinais existe em todos os continentes, mas a sua estrutura gramatical é diversificada e não possui uma estrutura universal. A LIBRAS teve início a partir do segundo império, quando Dom Pedro II conheceu o trabalho realizado pelo Instituto de Surdos de Paris e convidou o professor francês Ernest Huet para aplicar metodologias voltadas para a educação dos surdos. Esse acontecimento foi um marco para o surgimento da comunicação e da educação dos surdos no Brasil (REILY, 2004).

Em 1857, Ernest Huet conseguiu o apoio de Dom Pedro II para fundar o Instituto Imperial dos Surdos-Mudos, conhecido atualmente como Instituto Nacional de Educação dos Surdos (INES). Contudo, somente a partir de 1960, com o aumento dos diagnósticos de surdez, as pessoas se mostraram mais interessadas em aprender a LIBRAS. Dado o seu surgimento, o bilinguismo passou a ser um dos meios mais utilizados no processo de ensino e aprendizagem, pois possibilita aos surdos aprenderem a língua portuguesa e a brasileira de sinais. É válido ressaltar que a língua de sinais não é restrita à educação dos surdos, mas se estende àquelas pessoas com incapacidades ou distúrbios da fala e aos interessados em se comunicar com essa população (LIMA, 2006).

No entendimento de Silva e Silva (2004) e Barbosa *et al.* (2003), conviver no universo das pessoas surdas requer mudanças capazes de atender às demandas e diferenças deste público

de forma resolutiva, como por exemplo, dispor de um intérprete de LIBRAS para o atendimento. O Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005, tornou o curso de LIBRAS obrigatório na formação acadêmica da graduação de Fonoaudiologia e optativo para os demais cursos da área da saúde (BRASIL, 2005). O ideal seria que fosse obrigatório, mas o fato de estar contemplado na matriz curricular já reflete um grande avanço. Esta seria uma grande conquista para a comunidade surda, pois os futuros profissionais sairiam da graduação com uma noção de como prestar um atendimento mais assertivo a esta população.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o Brasil possuía cerca de 9,7 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência auditiva. Com um número tão expressivo, é certo que em algum momento os profissionais de saúde se deparam com um surdo ou deficiente auditivo (CHAVEIRO *et al.*, 2005).

MÉTODO

A presente pesquisa é uma revisão integrativa, de abordagem qualitativa e análise descritiva, realizada entre agosto e novembro de 2021. Para tal, foram seguidas as seguintes etapas: problematização, elaboração da questão norteadora, escolha das palavras-chave, definição dos critérios de seleção, coleta, análise, apresentação e discussão dos dados (SOUZA *et al.*, 2010). Este estudo atendeu aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que determina as normas de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

O referencial teórico foi pesquisado na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), por meio das palavras-chave: “humanização” e “atendimento de qualidade”. Ademais, foram consultadas informações de

domínio público, conforme os termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (SOARES *et al.*, 2013). Desta busca foram recuperados 33.680 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados nos últimos dez anos e relacionados especificamente com humanização, segurança e gestão do cuidado em saúde aos surdos e deficientes auditivos.

Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam a especificidade do tema, em outro idioma que não o português, incompletos ou em duplicidade. Essa pré-seleção resultou em 50 materiais, os quais tiveram seus resumos lidos para seleção daqueles que melhor atendiam

aos objetivos deste estudo, totalizando em 15 materiais.

Para a coleta de dados, os textos foram lidos de forma criteriosa para que suas evidências fossem agrupadas pela frequência com que surgiram no texto e, então, hierarquizadas. Os resultados foram apresentados em duas tabelas e discutidos em duas categorias intituladas: “Fragilidades no contexto de atendimento em saúde de surdos e deficientes auditivos” e “Estratégias de gestão de atenção à saúde de surdos e deficientes auditivos”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 18.1 e 18.2**.

Tabela 18.1. Fragilidades no contexto de atendimento em saúde de surdos e deficientes auditivos

Falta de capacitação dos profissionais de saúde para se comunicarem com deficientes auditivos e surdos (F6) Soleman & Bousquat (2021); Nobrega <i>et al.</i> (2017); Santos <i>et al.</i> (2017); França <i>et al.</i> (2016); Vianna <i>et al.</i> (2014); Silva <i>et al.</i> (2012)
Desrespeito às diferenças (desumanização do atendimento) (F5) Santos (2019); Nobrega <i>et al.</i> (2017); Santos <i>et al.</i> (2017); Trecossi & Ortigara (2013); Lopes & Pereira (2011)
Não obrigatoriedade de aprender LIBRAS nos cursos de formação em saúde (F2) Karsten <i>et al.</i> (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2015)
Políticas de saúde voltadas à pessoa com deficiência auditiva e surdez (F1) Soleman & Bousquat (2021)
Escassez de ações e leis que diminuam as barreiras de comunicação (intérprete de LIBRAS nos serviços e formação em língua de sinais nas escolas) (F1) Lopes & Pereira (2011)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 18.2. Estratégias de gestão de atenção à saúde de surdos e deficientes auditivos

Promover espaços para o vínculo e a valorização da língua de sinais (F8) Machado & Silva (2019); Santos <i>et al.</i> (2017); Karsten <i>et al.</i> (2017); Nobrega <i>et al.</i> (2017); Nascimento <i>et al.</i> (2015); Oliveira <i>et al.</i> (2015); Trecossi & Ortigara (2013); Lopes & Pereira (2011)
Serviços de saúde que assegurem acesso integral e humanizado (F5) Soleman & Bousquat (2021); Machado & Silva (2019); Santos <i>et al.</i> (2017); Nascimento <i>et al.</i> (2015); Trecossi & Ortigara (2013)
Disponibilizar um profissional capaz de interpretar a língua de sinais (F4) Soleman & Bousquat (2021); Nobrega <i>et al.</i> (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2015); Lopes & Pereira (2011)
Capacitação continuada e acompanhamento do desempenho dos profissionais em Libras (F2) Santos (2019); Oliveira <i>et al.</i> (2015)
Valorizar gestos e aspectos visuais no processo de comunicação com o surdo para otimizar a compreensão da informação (F1) Oliveira <i>et al.</i> (2015)
Capacitar o enfermeiro em LIBRAS por estar por mais tempo em contato com o paciente surdo (F1) Trecossi & Ortigara (2013)
Ampliar e qualificar o acesso aos serviços em saúde: classificação de risco, articular as redes de atenção primária (F1) Vianna <i>et al.</i> (2014)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Fragilidades existentes no contexto de atendimento em saúde à deficientes auditivos e surdos

Dentre as fragilidades encontradas no cenário de atenção à saúde de surdos e deficientes auditivos, a falta de capacitação dos profissionais de saúde em se comunicar com este público foi fortemente evidenciada (F6). A falta de investimento financeiro e de tempo para o treinamento destes profissionais se mostrou como dificultador no processo de melhoria na comunicação. Muitos gestores desconsideraram a relevância desses fatores, o que refletirá na qualidade e segurança da assistência (SOLEMAN & BOUSQUAT, 2021; NOBREGA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; FRANÇA *et al.*, 2016; VIANNA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2012).

Para Oliveira *et al.* (2015), embora alguns os serviços de saúde disponibilizem um intérprete em LIBRAS, isso não garante a qualidade e a resolutividade no serviço prestado. Afinal, muitos pacientes surdos se mostram mais reservados e passivos em seu próprio processo de saúde e doença, preferindo que a comunicação ocorra diretamente com os profissionais de saúde, sem a presença de um terceiro (intérprete), a fim de manter a sua privacidade e independência.

Outra fragilidade fortemente identificada foi a necessidade de respeitar as diferenças e de humanizar o atendimento em saúde (F5) (SANTOS, 2019; NOBREGA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017; TRECOSI & ORTIGARA, 2013; LOPES & PEREIRA, 2011). Afinal, as pessoas surdas ou com deficiência auditiva experimentam formas de discriminação por não serem compreendidas pela maioria da população. Por sua vez, quando necessitam de atendimento em serviços de saúde, tal clientela se depara com a inabilidade dos profissionais em acolher e manter um canal

de comunicação efetivo, ocasionando insatisfação para ambos os envolvidos. Nesse contexto, Santos (2019) defende que para os deficientes auditivos e surdos terem um atendimento adequado é indispensável que os profissionais de saúde sejam capacitados na língua de sinais, a fim de proporcionar um atendimento digno, humanizado e de qualidade.

A não obrigatoriedade de aprender LIBRAS nos cursos da área da saúde, nos quais é ofertada como disciplina optativa, se mostra como uma barreira no processo de comunicação e resolutividade do atendimento prestado (F2) (KARSTEN *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Essa é uma realidade em nosso país. Contudo, se fosse obrigatória, aumentaria a probabilidade de realização de atendimentos inclusivos e mais assertivos aos pacientes surdos. Para Karsten *et al.* (2017), a inserção da LIBRAS nos currículos não significa profissionais fluentes, pois, como qualquer outra língua, isto requer muito mais do que algumas aulas para ser aprendida. No entanto, ter contato com ela durante a graduação pode despertar o interesse do profissional em aprofundar-se nessa língua.

A necessidade de criar e cumprir políticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência auditiva e surdez se mostra como outra barreira na atenção em saúde (F1) (SOLEMAN & BOUSQUAT, 2021). Embora existam leis que amparem os direitos dos surdos e deficientes auditivos, nem sempre elas são aplicadas como deveriam. De acordo com a Lei nº 10.436/2002, o poder público deve garantir atendimento e tratamento adequado aos portadores de deficiência auditiva: aposentadoria especial, assistência social, passe livre, bolsa de estudo na graduação e cota em concurso público. Além disso, as empresas com mais de 100 funcionários devem reservar entre 2% e 5% das vagas aos portadores de necessidades especiais,

conforme previsto no artigo 37 do Decreto nº 3.298/99 (BRASIL, 2002).

Lamentavelmente, existem organizações que desconhecem ou descumprem essas leis. Nesse sentido, políticas públicas poderiam apoiar e incentivar instituições que investissem na capacitação dos colaboradores em LIBRAS. Se existisse em cada instituição ou unidade básica de saúde um intérprete de LIBRAS disponível seria possível alcançar um cenário um pouco mais humanizado e um atendimento mais eficiente e de maior qualidade. Nos marcos legais da educação de surdos são encontradas algumas normativas que asseguram um atendimento educacional um pouco mais adequado ao aluno surdo, tendo o bilinguismo como eixo norteador para dispor da presença do intérprete de LIBRAS na maioria das escolas (SOLEMAN & BOUSQUAT, 2021).

Para os autores supracitados, no contexto de surdez observa-se a falta de atenção ao princípio da universalidade, uma vez que a política vigente parece desconsiderar as pessoas surdas usuárias da língua de sinais, rotulando-as apenas como portadoras de uma incapacidade orgânica funcional que precisa ser reparada. Inclusive, aspectos como a presença de intérpretes em LIBRAS e a garantia de abordagem bilíngue no atendimento de habilitação e reabilitação se mostram como preocupações distantes nas diretrizes das políticas de saúde.

Lopes e Pereira (2011) reforçam que é preciso implementar ações que diminuam as barreiras de comunicação, como a disponibilização de intérprete em diferentes espaços e o ensino da LIBRAS nas escolas. Atualmente existem leis e alguns projetos que visam melhorar as condições de acessibilidade dessas pessoas, mas as barreiras são reais e é preciso o engajamento da sociedade, dos órgãos públicos e dos centros educacionais para mudar essa realidade. Assim, toda a sociedade deveria

refletir sobre as ações que viabilizem a inclusão do surdo na dinâmica social, de trabalho, lazer e educação.

Nesse sentido, a realização e a divulgação de ações inclusivas se mostram urgentes e podem oportunizar e assegurar que essa população participe mais ativamente da sociedade.

Ações para a gestão dos processos de atenção à saúde de surdos e deficientes auditivos

Na perspectiva de otimizar a atenção aos portadores de deficiência auditiva e surdez, a promoção de espaços para o vínculo e a valorização da língua de sinais, por exemplo nas escolas e outros espaços sociais, foi apontada como uma possibilidade passível e efetiva de ser implementada (MACHADO & SILVA, 2019; SANTOS *et al.*, 2017; KARSTEN *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015; TRECOSSI & ORTIGARA, 2013; LOPES & PEREIRA, 2011). Entretanto, há uma significativa lacuna na comunicação entre deficientes auditivos e surdos e a sociedade. Essa realidade exige apoio e orientação para que transcorra da melhor maneira possível.

Diante do exposto, Lopes e Pereira (2011) observam que o aprendizado da LIBRAS possibilitou aos surdos a própria autoafirmação, entendendo suas diferenças, necessidades e direitos. Ademais, os autores defendem que a língua de sinais precisa ser mais valorizada e que seu aprendizado seja estruturado e contínuo, a fim de possibilitar o estabelecimento do vínculo e viabilizar formas de desenvolvimento humano.

Dispor de serviços, especialmente voltados à saúde de modo integral e humanizado, são preceitos de inclusão, mas que ainda estão distantes da realidade encontrada em muitos serviços de atenção em saúde. Poucos profissionais são capacitados em LIBRAS, seja por falta de investimentos das instituições de

saúde, pela não obrigatoriedade da LIBRAS nos cursos de graduação e escolas ou pela fragilidade das políticas públicas e da fiscalização do cumprimento das leis vigentes (SOLEMAN & BOUSQUAT, 2021; MACHADO & SILVA, 2019; SANTOS *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2015; TERCOSSI & ORTIGARA, 2013).

É válido ressaltar que, a presença do intérprete de LIBRAS não assegura a qualidade de atendimento, mas pode melhorá-la significativamente. O ideal seria ampliar essa proposta para as diversas ramificações da saúde (consultório odontológico, clínica médica, farmácia, centros diagnósticos, de reabilitação, vacinação, entre outros). Ademais, é necessário considerar a necessidade de capacitação de profissionais dos serviços móveis de urgência. Afinal, a forma como a comunicação é estabelecida nessas condições é decisiva para o sucesso ou insucesso do atendimento prestado. A maioria desses profissionais não foi preparada para interagir com esse público, reforçando a necessidade de cursar a LIBRAS durante os cursos na área da saúde.

Para Santos *et al.* (2017), o uso das habilidades comunicativas pelo profissional de saúde amplia o campo de compartilhamento com o paciente, de modo que a adesão ao tratamento dependerá da segurança no vínculo criado e da compreensão das informações realizadas na relação terapêutica. Desta forma, a LIBRAS torna-se um recurso complementar e potente diferencial no estabelecimento da comunicação com o paciente surdo. Ademais, é importante capacitar tais profissionais para valorização da comunicação não verbal (gestos e expressões faciais), estabelecimento do contato visual e fala pausada, a fim de facilitar a comunicação e apoiar as condutas de investigação e acompanhamento das queixas e

necessidades apontadas pelo surdo ou portador de deficiência auditiva.

Frente a insuficiente formação de profissionais de saúde em LIBRAS, alguns estudos apontaram a estratégia de que tais estabelecimentos devem dispor de um profissional capaz de interpretar a língua de sinais (SOLEMAN & BOUSQUAT, 2021; NOBREGA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015; LOPES & PEREIRA, 2011). Ser intérprete da língua de sinais requer dedicação, atualização e prática, atentando para o entendimento e a tradução de termos técnicos da área e o sigilo médico.

Para Lopes e Pereira (2011), a inserção do intérprete no atendimento em saúde precisa ser discutida, pois implica em competências e habilidades que envolvem rigor técnico para interpretar e traduzir informações, bem como aspectos éticos de sigilo e imparcialidade. O ideal seria que essa comunicação ocorresse diretamente com o profissional de saúde devidamente capacitado, evitando falhas de interpretação e deixando o paciente mais confortável para expor sua queixa de forma reservada.

Mesmo quando há profissionais capacitados em LIBRAS é necessária a realização atualizações contínuas, bem como o acompanhamento deste desempenho na troca de informações com o surdo (F2) (SANTOS, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2015). No processo de cuidado para com essa população, a troca de informações e as posturas do profissional são de extrema importância, pois complementam o entendimento e a expressão das informações. Ademais, Oliveira *et al.* (2015) apresentam algumas estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde durante a assistência em saúde, tais como o uso da escrita, a leitura labial e a presença do acompanhante do surdo.

A ampliação do acesso e a qualificação do atendimento voltados às limitações dos portadores de deficiência auditiva e surdez permitem acolher suas demandas por meio da classificação de risco, promover a vinculação das pessoas com deficiência e articular as redes de atenção em saúde territorial (F1) (VIANNA *et al.*, 2014). Assim, qualificar o atendimento é o que se busca continuamente. Portanto, adequar a forma de atenção a essa população é reconhecer que existem diferenças que precisam ser supridas.

Para Vianna *et al.* (2014), quando existe o compromisso e a preocupação em resolver as demandas trazidas pelo paciente, os serviços atuam na lógica da integralidade “focalizada”. Entretanto, nem sempre é possível sanar todas as necessidades apresentadas e, nesse momento, o profissional deve articular outros serviços e redes de apoio para dar continuidade ao cuidado integral. Trata-se de investimentos em capacitação e qualificação profissional que podem propiciar espaços de discussão e ampliar as oportunidades de atuação interdisciplinar. Nesse processo, cabe ao gestor promover condições para que tais estratégias possam ser implementadas e para que a equipe se capacite para tentar sanar as demandas trazidas por essa população.

CONCLUSÃO

Comunicar-se pode parecer ser algo natural, mas para algumas pessoas pode ser difícil devido aos diversos fatores que estão envolvidos. No contexto de deficiência auditiva ou surdez, o cenário apresenta-se ainda mais complexo, especialmente quando esse público necessita de assistência à saúde. Afinal, as limitações com a fala e a escuta prejudicam a comunicação e a terapia, visto que a maioria dos profissionais que atuam nessa área não são capacitados em LIBRAS e não têm habilidade para interagir com essa população.

Toda pessoa deseja cordialidade, segurança e qualidade ao receber atendimento em saúde, mas um serviço que contemple esses fatores requer a valorização e o investimento por parte dos gestores e demais profissionais que nela atuam. Ao se tratar de deficientes auditivos e surdos, a capacitação profissional e continuada em LIBRAS se mostra como uma estratégia de gestão do cuidado prestado em saúde. Contudo, a maioria das instituições de saúde não possui intérpretes em LIBRAS ou profissionais devidamente capacitados para a adequada interação.

Nesse sentido, o presente estudo se propôs a discutir as fragilidades no contexto de atendimento em saúde à surdos e deficientes auditivos e propor estratégias para que o gestor e demais profissionais que atuam na área da saúde possam nortear as ações em saúde e fomentar a criação de leis e políticas que assegurem melhores tratativas às necessidades dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, M.A. *et al.* Língua Brasileira de Sinais: um desafio para a assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 11, p. 247, 2003.
- BRASIL. Casa Civil. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais e dá outras providências. Brasília, 2002.
- BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Libras. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, n. 98, 2016.
- CHAVEIRO, N. *et al.* Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, p. 417, 2005.
- FRANÇA, E.G.F. *et al.* Dificuldades de profissionais na atenção à saúde da pessoa com surdez severa. *Ciência Enfermagem*, v. 22, p. 107, 2016.
- KARSTEN, R.M.L. *et al.* Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 10, p. 213, 2017.
- LIMA, P.A. Educação inclusiva e igualdade social. São Paulo: Avercamp, 2006.
- LOPES, M.A.C.L. & PEREIRA, L. Concepções de surdez: a visão do surdo que se comunica em língua de sinais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 17, p. 305, 2011.
- MACHADO, L.K.P. & SILVA, F. A.P. Saúde e surdez: odontologia inclusiva. *Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)*, v. 5, 2019.
- NASCIMENTO, G.B. *et al.* Estratégias de comunicação como dispositivo para o atendimento humanizado em saúde da pessoa surda. *Revista Saúde*, v. 41, p. 241, 2015.
- NOBREGA, J.D. *et al.* Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, 2017.
- NUNES, M.L. *et al.* Cuidado humanizado à pessoa surda: perspectiva do profissional médico. *Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco*, v. 10, p. 82, 2020.
- OLIVEIRA, Y.C.A.C. *et al.* Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 307, 2015.
- REILY, L. *Escola inclusiva: linguagem e mediação*. São Paulo: Papyrus, 2004.
- SANTOS, A.A. *et al.* O surdo e o serviço de emergência: a comunicação como elo da vida. *Revista Inclusiones*, v. 4, p. 12, 2017.
- SANTOS, V.O. Acesso humanizado à pessoa com deficiência auditiva na emergência [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.
- SILVA, A.B.P. *et al.* Surdez: da suspeita ao encaminhamento. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 30, p. 257, 2012.
- SILVA, M.F. & SILVA, M.J.P. A autoestima e o não verbal dos pacientes com queimaduras. *Revista da Escola Enfermagem da USP*, v. 38, p. 206, 2004.
- SOARES, F.M. *et al.* Acesso à informação pública no Brasil: uma leitura da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: Senado Federal, 2013.
- SOLEMAN, C. & BOUSQUAT, A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, e00206620, 2021.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.
- TRECOSSI, M.O. & ORTIGARA, E.P.F. Importância e eficácia das consultas de enfermagem ao paciente surdo. *Revista de Enfermagem*, v. 9, p. 60, 2013.
- VIANNA, N.G. *et al.* Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 2179, 2014.

Capítulo 19

CONTRIBUIÇÕES DA GESTÃO DA HOSPITALIDADE E AMBIÊNCIA PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

LUIZ HENRIQUE PEREIRA BRANDÃO¹
STEPHANY MIGUEL DAMAZIO¹
LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

1. Acadêmica(o) do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.

PALAVRAS-CHAVE

Hospitalidade, Gestão; Ambiência.

INTRODUÇÃO

Nos serviços de atenção à saúde, a ambiência é constituída tanto pelas tecnologias hospitalares quanto por elementos estéticos ou sensíveis que são captados pelos órgãos do sentido. Soma-se a esses aspectos o componente afetivo expresso na forma de acolhimento, atenção e interação por parte dos profissionais e que humanizam os ambientes e o atendimento. É importante considerar ainda os fatores culturais e regionais, pois estes refletirão nos valores do grupo e do ambiente (BRASIL, 2010, 2013a; 2013b).

A hospitalidade na área hospitalar contribui para a redução do sofrimento dos pacientes e de seus familiares, por meio do acolhimento que articula ações de humanização à ambiência. Tal conceito refere-se ao tratamento do espaço físico (social e profissional) para proporcionar atenção acolhedora, resolutiva, segura e qualificada, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem e espaço (FERNANDES *et al.*, 2013).

No ambiente hospitalar, a dor e o sofrimento precisam ser conhecidos e compreendidos de maneira humanizada para que o paciente sinta que os profissionais têm um objetivo comum: atendê-lo e, sempre que possível, encantá-lo. Esta preocupação com a humanização leva em consideração a necessidade de ouvir o outro, respeitá-lo em suas necessidades e diferenças, além de aplicar formas que facilitem e otimizem a comunicação entre as pessoas (BRASIL, 2013a).

Tal cenário mostra que a gestão da hospitalidade e da ambiência deve ser debatida constantemente, pois percebe-se que muitos administradores e gerentes enxergam apenas como um aumento dos custos, desconsiderando os benefícios decorrentes desta estratégia institucional (ALMEIDA, 2009). De encontro ao exposto, a problemática aqui levantada é de como a gestão da hospitalidade e da ambiência

pode contribuir com os serviços de saúde e a recuperação do paciente. Afinal, parte-se do pressuposto que os benefícios gerados pela gestão contribuem para a recuperação do paciente, além de repercutirem sobre a satisfação dos profissionais e na competitividade de mercado.

Assim, o principal objetivo desse estudo foi identificar as contribuições geradas aos serviços de saúde e pacientes com a gestão da hospitalidade e da ambiência. Como objetivo específico, propor estratégias de gestão da hospitalidade passíveis de serem implementadas em hospitais.

Hospitalidade, ambiência e sua relação com a humanização

As organizações hospitalares estão em constantes mudanças com o intuito de proporcionar maior conforto, praticidade, qualidade e segurança assistencial. Nesse entendimento, muitos gestores têm investido na hospitalidade e na ambiência por compreenderem que há um ganho importante com o bem-estar e a fidelização de clientes e profissionais. Tais fatos refletem na sustentabilidade e prosperidade do serviço de atenção em saúde (GODOI, 2008).

Nesse entendimento, a Cartilha de Ambiência, proposta na Política Nacional de Humanização (PNH), destaca que o ambiente de atenção em saúde deve ser humanizado e acolhedor. O acolhimento refere-se à relação e ao vínculo estabelecido entre os diversos indivíduos envolvidos no cuidado. Já a ambiência tem um propósito ético no sentido de comprometimento e corresponsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários com o cuidado em saúde. Do ponto de vista estético, há uma busca por inovações nas formas de produção e valorização do cuidado, das subjetividades e da autonomia das pessoas envolvidas. Há, ainda, um aspecto político ao permear a inter-relação

dos diferentes indivíduos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse entendimento, ressalta-se que a ambiência segue três eixos: possibilitar a reflexão do indivíduo e do processo de trabalho; visar o conforto, a privacidade e a individualidade; e, por fim, o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, aprimorando os recursos e o atendimento de forma humanizada, acolhedora, segura e resolutiva (BRASIL, 2013b).

No passado era comum que as organizações se preocupassem somente com a resolutividade das demandas decorrentes da doença do paciente. Contudo, com o passar dos anos, esse foco precisou ser revisto e readequado às novas tendências de mercado, particularmente pela postura dos próprios clientes acerca de seus direitos e necessidades, bem como das exigências das operadoras de saúde e órgãos regulamentadores. Essas tendências contribuíram para que os administradores e gestores investissem e valorizassem a ambientação e a hotelaria dos serviços de saúde (MARQUES & PINHEIRO, 2009; GODOI, 2008).

A hospitalidade, por sua vez, reflete a capacidade de atender as necessidades da pessoa hospitalizada e receber e acolher bem o enfermo e seus visitantes (GODOI, 2008). Afinal, as pessoas desejam ser bem recebidas e prontamente acomodadas, se sentir seguras, usufruir de serviços qualificados e ser tratadas por profissionais cordiais e competentes. Para tal, é preciso planejar e implementar ações que promovam uma estadia com hospitalidade e humanização, as quais se mostram essenciais para o atendimento qualificado. Para Taraboulsi (2009), a hospitalidade é um parâmetro de mensuração da qualidade dos serviços e processos, que preza pela cordialidade e pelo acolhimento.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, de abordagem qualitativa e análise descritiva, que seguiu as seguintes etapas: problemática, criação da pergunta norteadora, definição de palavras-chave, definição e aplicação de critérios de seleção, coleta, apresentação, análise e discussão dos resultados (SOUZA *et al.*, 2010).

A busca pelo referencial teórico ocorreu entre agosto e novembro de 2021, no *Google Acadêmico*, por meio das palavras-chave: “gestão hospitalar”, “hospitalidade em saúde” e “ambiência hospitalar”. Esta pesquisa cumpriu os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que trata das normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Desta busca foram encontrados 218.000 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados no período de 2010 a 2020 e relacionados à contribuição da gestão da hospitalidade e da ambiência para os serviços de saúde e para a recuperação do paciente. Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam a temática proposta, em outro idioma que não o português ou que estavam incompletos ou em duplicidade. Inicialmente foram lidos os títulos e elencados aqueles mais próximos da temática para a leitura dos resumos e posterior leitura na íntegra, resultando em uma seleção de 13 artigos.

Os textos selecionados foram submetidos à leitura criteriosa para a coleta de dados, agrupados por semelhança e apresentados de forma hierarquizada (da maior para a menor frequência) nas **Tabelas 19.1 e 19.2**. Os resultados foram discutidos nas seguintes categorias temáticas: “Contribuições da gestão da hospitalidade e da ambiência” e “Estratégias

de gestão da hospitalidade para a implementação em hospitais”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 19.1 e 19.2**.

Tabela 19.1. Contribuições da gestão da hospitalidade e da ambiência

Complementa a eficiência e a humanização do atendimento prestado (F8) Vizzoni (2021); Silva <i>et al.</i> (2020); Pólvora (2020); Kato (2020); Cavalcante <i>et al.</i> (2018); Petry <i>et al.</i> (2017); Martins <i>et al.</i> (2012); Garcia <i>et al.</i> (2010)
Atenção e acolhimento melhorando o bem-estar e a satisfação do paciente (F7) Kato (2020); Dutra <i>et al.</i> (2019); Cavalcante <i>et al.</i> (2018); Ferreira <i>et al.</i> (2018); Brito (2016); Verbist (2006); Garcia <i>et al.</i> (2010)
Melhoria e adaptação da infraestrutura e dos processos por meio de programas (F3) Palheta <i>et al.</i> (2020); Cavalcante <i>et al.</i> (2018); Brito (2016)
Avanço tecnológico e adaptação dos serviços contribuem para o atendimento humanizado (F2) Pólvora (2020); Dutra <i>et al.</i> (2019)
A importância da valorização e educação continuada dos colaboradores (F2) Palheta <i>et al.</i> (2020); Garcia <i>et al.</i> (2010)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 19.2. Estratégias de gestão da hospitalidade e da ambiência passíveis de implementação nos hospitais

Elaboração de indicadores de criticidade (F4) Silva <i>et al.</i> (2020); Palheta <i>et al.</i> (2020); Pólvora (2020); Martins <i>et al.</i> (2012)
Elaboração de processos organizacionais relacionados aos fatores de criticidade (F4) Silva <i>et al.</i> (2020); Palheta <i>et al.</i> (2020); Pólvora (2020); Martins <i>et al.</i> (2012)
Aplicação de pesquisa de satisfação (F4) Silva <i>et al.</i> (2020); Palheta <i>et al.</i> (2020); Pólvora (2020); Martins <i>et al.</i> (2012)
Hospitalidade em relação aos serviços administrativos, estratégias da organização, assistência e estrutura (F4) Vizzoni (2021); Silva <i>et al.</i> (2020); Palheta <i>et al.</i> (2020); Cavalcante <i>et al.</i> (2018)
Tecnologias de Informação e Comunicação contribuem com a hospitalidade (F2) Pólvora (2020); Petry <i>et al.</i> (2017)
Gestão participativa e valorização das ideias e da autonomia dos profissionais reflete na hospitalidade e humanização do atendimento (F1) Petry <i>et al.</i> (2017)
Comissões específicas para identificar e corrigir falhas dos processos de trabalho (F1) Martins <i>et al.</i> (2012)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Contribuições da gestão da hospitalidade e da ambiência nos serviços de saúde

Ao considerar as contribuições da gestão da hospitalidade e da ambiência, a forma de atenção e o acolhimento do ambiente se mostraram como fatores capazes de melhorar o bem-estar e alcançar a satisfação do paciente (F7) (KATO 2020; DUTRA *et al.*, 2019; CAVALCANTE *et al.*, 2018; BRITO, 2016; VERBIST, 2006; FERREIRA *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2010).

Para tal, a infraestrutura das organizações deve ser planejada não apenas sob os aspectos sanitários e funcionais relacionados às ati-

vidades, mas sob a perspectiva de promover o conforto e a qualidade no atendimento prestado. O ambiente físico deve ser considerado como um agente influenciador na saúde e no bem-estar dos usuários. Desse modo, é necessário que as instituições hospitalares valorizem e incorporem os eixos norteadores preconizados na PNH, a fim de promover espaços, condições de trabalho e assistência qualificada, segura e humanizada (DUTRA *et al.*, 2019; BRASIL, 2010).

Dentre os fatores que dificultam a humanização da assistência foram constatados: problemas de comunicação, falta de profis-

sionais, insuficientes condições de trabalho, baixa remuneração, falta de capacitação, desconhecimento da PNH, rotinas hospitalares rígidas e descaso dos governos para com a saúde (GARCIA *et al.*, 2010).

Quando o profissional é valorizado, bem remunerado e atua em um ambiente de trabalho saudável a probabilidade de estar insatisfeito e transferir essa insatisfação aos cuidados com os pacientes diminui significativamente (PALHETA *et al.*, 2020).

A relação entre o colaborador e a empresa deve ser estabelecida na contratação. O colaborador deve se sentir bem ao prestar o serviço e a organização deve demonstrar o devido valor para que ambos estejam satisfeitos e comprometidos. Assim, é importante valorizar o colaborador por meio de planos de carreiras e capacitação para inspirar a busca pelo desenvolvimento profissional e pessoal.

Outro aspecto importante evidenciado no presente estudo é que as mudanças tecnológicas melhoraram a qualidade de vida dos pacientes e o ônus para sua realização. Entretanto, quando esse avanço não está atrelado à valorização do capital humano, qualidade das relações interpessoais e comunicação assertiva, a tecnologia mostra-se limitada. A adequação de processos por meio da inovação tecnológica garante um formato mais assertivo de cuidado com a redução de custos e o alcance do melhor desempenho e resultados terapêuticos (PÓLVORA, 2020; PETRY *et al.*, 2017).

As instituições que planejam aspectos de infraestrutura, processos e recursos humanos geram retornos positivos à instituição, tais como: recomendação do serviço pelos próprios clientes, melhor desempenho profissional, lucratividade e crescimento organizacional. Isto posto, confirmou-se a hipótese aqui levantada de que a gestão da hospitalidade e da ambiência reflete na satisfação dos profissionais e na

competitividade de mercado. Nessa perspectiva, a instituição e a sociedade se beneficiam ao usufruírem de uma assistência qualificada, com processos mais seguros e resolutivos às demandas de saúde (VIZZONI, 2021; SILVA *et al.*, 2020; PALHETA *et al.*, 2020; PÓLVORA, 2020; CAVALCANTE *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2012).

Estratégias de gestão da hospitalidade e da ambiência passíveis de implementação nos hospitais

Dentre as estratégias de gestão da hospitalidade e da ambiência propostas para implementação em serviços hospitalares destacaram-se: a elaboração de indicadores de criticidade, o estabelecimento de processos organizacionais e a aplicação de pesquisa de satisfação (F4) (SILVA *et al.*, 2020; PALHETA *et al.*, 2020; PÓLVORA, 2020; MARTINS *et al.*, 2012). Ao definir quais estratégias de gestão da hospitalidade podem ser implantadas nos serviços de saúde é possível monitorar os resultados e realizar os ajustes necessários para melhorar a qualidade, a segurança e a resolutividade dos espaços e do atendimento prestado ao paciente.

No que tange a elaboração e o monitoramento de indicadores de desempenho, o estudo de Silva *et al.* (2020) demonstrou que o mapeamento de criticidade, o registro dos eventos adversos e das reclamações dos usuários frente ao serviço prestado guiam as ações de melhoria, a eficiência dos processos de trabalho, os rendimentos e os gastos financeiros da instituição. Todas essas informações e metodologias para melhorias de processos e atendimento são ferramentas de gestão que direcionam e impulsionam a organização no mercado competitivo.

Não se gerencia o que não se mede, portanto, é essencial que o gestor utilize metodologias

para mensurar as potencialidades e as fragilidades do serviço e ser capaz de articular as demais lideranças e propósitos da organização. Assim, torna-se possível gerir projetos e pessoas, além de monitorar e avaliar os resultados para tomada de decisões assertivas (DEMING, 2020 *apud* FREITAS, 2020).

A implantação de comissões internas foi evidenciada como outra estratégia efetiva de gestão (F1), pois atua como foco na identificação e correção de fragilidades nos processos operacionais e assistenciais já implantados (MARTINS *et al.*, 2012). As comissões ou núcleos hospitalares definem diretrizes e protocolos que permitem gerenciar o serviço. São compostas por profissionais de diferentes setores e regidas por regulamentos internos específicos a cada organização. Por meio das comissões é possível aplicar diferentes metodologias de gestão, tais como: planos estratégicos, análise SWOT e de indicadores que servirão para embasar as decisões dos gestores, além de instruir os profissionais acerca dos protocolos internos que visam a redução de falhas, a qualidade e a segurança do atendimento. É válido destacar o importante papel das comissões no cumprimento de diretrizes e resoluções sanitárias voltadas à segurança do paciente.

As comissões hospitalares ainda viabilizam ações de melhoria apoiadas pela administração da instituição. Também são necessárias para a formulação de políticas internas, coordenação e monitoramento das atividades que são consideradas críticas na dinâmica de prestação de serviços de saúde (ALMEIDA, 2020).

As instituições que consolidam ações das comissões internas demonstram a valorização do planejamento estratégico, direcionando as rotinas e a tomada de decisão. São organizações promissoras por direcionar o foco de suas ações para além da lucratividade, isto é, atuando de

forma responsável e humanizada com os envolvidos, sejam eles pacientes, visitantes ou colaboradores. Não basta que o serviço possua uma ótima estrutura física se os seus processos institucionais não estão alinhados com os serviços assistenciais e administrativos; tampouco se não há compreensão e comprometimento com os processos e a política institucional.

Vale ressaltar aqui o papel das tecnologias de informação e comunicação (TIC). O telediagnóstico utiliza as TIC para a realização de serviços de apoio ao diagnóstico que facilitam o acesso a serviços especializados. Essa alternativa visa reduzir o tempo de espera e possíveis complicações por meio do diagnóstico precoce. Por sua vez, o telemonitoramento supervisiona à distância os parâmetros de saúde ou doença de pacientes. O monitoramento pode incluir a coleta de dados clínicos, bem como transmissão, processamento e o manejo por um profissional de saúde que utiliza o sistema eletrônico (PÓLVORA, 2020).

A inclusão das TIC nos serviços de atenção em saúde vai além da inovação e da acessibilidade, ela demonstra a importância do paciente para a organização. Nos dias atuais, é notório que ainda existem organizações que não valorizam ou não gerenciam as fragilidades do serviço. Tais fatos refletem em filas de espera, tempo de atendimento, judicialização da saúde e inacessibilidade a alguns serviços. Do contrário, quando há uma gestão participativa e norteada por preceitos de qualidade, humanização e inovação cria-se uma cultura organizacional capaz de se lançar competitiva no mercado de saúde.

É importante destacar que a gestão hospitalar voltada às políticas públicas humanizadoras promovem espaços para a interação social, a valorização das pessoas e a qualidade da assistência prestada. Segundo Petry *et al.*

(2017), para se obter êxito, o processo de comunicação não deve depender somente do perfil e da personalidade do profissional em nível individual, mas ainda dos ambientes destinados para as discussões em grupo.

É frequente nas organizações, a existência de lideranças que não valorizam as ideias e que não se comunicam de forma clara com seus colaboradores. Para Petry *et al.* (2017), o vínculo entre a gestão e os colaboradores deve fortalecer e estruturar a equipe para que alcancem os melhores resultados. A gestão pode proporcionar desempenhos significativos quando há gestão participativa, pois engaja a equipe, compartilha conhecimentos, ressaltando os indicadores de gestão, permite o desenvolvimento profissional e pessoal por meio de *feedbacks* e fideliza o profissional. Ademais, essas atitudes refletirão na percepção do paciente acerca do atendimento recebido, bem como nos resultados da terapêutica.

CONCLUSÃO

A finalidade deste estudo foi de ressaltar a importância da gestão da hospitalidade e da ambiência no ambiente hospitalar. Dessa forma, os resultados alcançados apontam que a atenção e o acolhimento contribuem com o bem-estar e proporcionam segurança, satisfação e fidelização de pacientes e profissionais com a instituição de saúde.

O avanço da tecnologia trouxe a comodidade e a acessibilidade aos serviços de atenção em saúde, complementando o atendimento de forma humanizada e eficaz. Permitiu, ainda, a elaboração de indicadores de criticidade para os processos organizacionais e a pesquisa de satisfação para a elaboração de ações que identifiquem, previnam ou corrijam falhas.

O papel do gestor nesse contexto é de entender diversas frentes, já que é necessário lidar com demandas dos clientes, da administração de insumos (dos equipamentos das salas de consulta e exames aos materiais, como remédios e curativos), além de manejar o pagamento dos colaboradores, prestadores e operadoras de saúde. O presente estudo constatou a importância da gestão das organizações para o alcance de resultados satisfatórios, melhorando o controle dos custos e o aumento da lucratividade. Essas metas só podem ser alcançadas por meio da capacitação e comunicação assertiva entre os envolvidos, o investimento em processos e o planejamento estratégico. Assim, a qualificação, o conforto e a segurança podem ser refletidas na prestação de serviços e, conseqüentemente, na satisfação e fidelização dos profissionais que exercerão suas funções de forma mais resolutiva, capacitada e humanizada.

Para tal, o gestor deve permitir que a cultura organizacional siga tais metas, pois ela interfere de forma incisiva e decisiva na estadia dos pacientes, no desempenho dos colaboradores e na visibilidade da organização perante a sociedade. O foco na ambiência e na hospitalidade em ambientes de atenção em saúde se mostra como um diferencial competitivo, causando impacto positivo na sociedade.

Em suma, as instituições de saúde devem buscar oferecer uma extensão do lar, isto é, permitir ambientes de aconchego, segurança, vivências e privacidade. A humanização e a hospitalidade auxiliam na construção de espaços saudáveis para as relações interpessoais, além de contribuir para o bem-estar dos pacientes e colaboradores que ali se encontram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, L. Comissões Hospitalares: quais são e qual o papel de cada uma? Nexto, 2020. Disponível em: <https://nexxto.com/comissoes-hospitalares-quais-sao-e-qual-o-papel-de-cada-uma/>. Acesso em: 01 set. 2021.
- ALMEIDA, M.N.B.C. Hotelaria hospitalar: cultura e hospitalidade no atendimento a idosos [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ambiência. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Nacional de Humanização (PNH). Brasília, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf. Acesso em: 02 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Publicada no Diário Oficial da União, n. 98, 2016.
- BRITO, C.E.C.F. Hospitalidade no trabalho voluntário: reflexões sobre a cidadania e a humanização hospitalar. Library, 2016.
- CAVALCANTE, I.C.O.S. *et al.* A importância da hospitalidade e qualidade dos serviços na hotelaria hospitalar. Revista de Turismo Contemporânea, v. 6, p. 41, 2018.
- DUTRA, M.S.J. *et al.* A humanização em ambientes hospitalares: estudos de caso na cidade de Colatina – ES. Revista Ifes Ciência, v. 5, p. 63, 2019.
- FERNANDES, L.D. *et al.* Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federal. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v. 4, p. 1917, 2013.
- FERREIRA, A.F. *et al.* Hospitalidade inserida na qualidade dos serviços da hotelaria hospitalar. Revista de Turismo Contemporânea, v. 6, p. 41, 2018.
- FREITAS, L. Gestão por indicadores: porque e como usar KPIs na sua gestão de performance. Siteware, 2020. Disponível em: <https://www.siteware.com.br/gestao-estrategica/gestao-por-indicadores/>. Acesso em: 01 set. 2021.
- GARCIA, A.V. *et al.* O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis, v. 20, p. 811, 2010.
- GODOI, A.F. Hotelaria hospitalar e humanização no atendimento em hospitais. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2008.
- KATO, M.Y. Inovação na inspeção de ambientes hospitalares quanto à acessibilidade e mobilidade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020.
- MARQUES, M. & PINHEIRO, M.T. A influência da qualidade da hotelaria hospitalar na contribuição da atividade curativa do paciente. Revista Anagrama, v. 2, 2009.
- MARTINS, C. *et al.* Comissões hospitalares: a produção de indicadores de gestão Hospitalar. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 1, p. 97, 2012.
- PALHETA, R.P. *et al.* A humanização em saúde visão dos usuários de um hospital público. Brazilian Journal of Health Review, v. 3, p. 14553, 2020.
- PETRY, K. *et al.* Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. Saúde e Transformação social, v. 8, p. 77, 2017.
- PÓLVORA, V.N. Saúde e tecnologias avançadas: os desafios da gestão hospitalar. In: GARCIA, S., organizadora. Gestão 4.0 em tempos de disrupção. São Paulo: Blucher, 2020, p. 236 -257.
- SILVA, V.H.M. *et al.* Hospitalidade e a base do sistema: ênfase para indicadores de hospitalidade em estabelecimentos de saúde. Revista Terra & Cultura: cadernos de ensino e pesquisa, v. 21, p. 15, 2020.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein, v. 8, p. 102, 2010.
- TARABOULSI, F.A. Administração de hotelaria hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade, tecnologia de informação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- VERBIST, C.F. A gestão da hospitalidade sob a perspectiva da humanização dos hospitais: um estudo de caso [dissertação]. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2006.
- VIZZONI, A.G. Gestão hospitalar: gerenciando processos de trabalho em saúde. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 25, p. 161, 2021.

Capítulo 20

SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ANA PAULA FREITAS QUINTÃO CARDOSO¹
LUCAS CABREIRA LEAL²
DANILO COZENDEY PEREIRA DE SOUZA³
TADEU DE AQUINO ALVIM⁴
DANIELA VERONESE DE LACERDA⁵
ELIDIA POSSIDENTE GARCIA CHAVES⁶

1. *Discente – Medicina da Universidade Iguazu Campus V Itaperuna.*
2. *Médico graduado pelo Centro Universitário UNIFAMINAS Muriaé.*
3. *Médico graduado pelo UniREDENTOR Centro Universitário Itaperuna.*
4. *Médico graduado pela Centro de Ensino Superior de Valença/Don André Arcoverde.*
5. *Médica graduada pela Universidade Iguazu Campus V Itaperuna.*
6. *Discente – Medicina da Universidade Iguazu Campus V Itaperuna.*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde do idoso; Geriatria; Atenção básica.

INTRODUÇÃO

A atenção primária ao idoso é um nível prioritário de um sistema de saúde que deve ser monitorado, pois, além de atuar na prevenção de agravos das doenças, visa a promoção em saúde para fins de envelhecimento populacional saudável. É importante que se entenda a necessidade da avaliação de serviços para atenção à saúde do idoso, especialmente na atenção primária, visto que sem os avanços desta seria impossível o impulsionamento de políticas, estratégias, ferramentas e estudos que promovem a melhora da qualidade e longevidade de vida do idoso (PLACIDELI *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que o Brasil tem sua pirâmide etária crescendo rapidamente. Por isso, é um país contingente de idosos cobertos por um sistema de saúde com princípios sólidos e políticas de atenção à saúde que objetivam atender as necessidades partindo da realidade local e seguindo políticas globais. Entretanto, é imprescindível notar que o sistema possui falhas, apresentando desafios que demonstram esse problema, estando relacionado ao uso e acesso aos serviços de saúde e um modelo inadequado para atender a demanda dos idosos (MARTINS *et al.*, 2014).

Para que a atenção básica funcione, o Sistema Único de Saúde (SUS) definiu princípios e diretrizes para garantir o atendimento universal. Dentre os princípios estão: **Universalidade**, que afirma o direito de saúde a todos os cidadãos de forma gratuita e que isto é dever do Estado; **Equidade**, que é sobre tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, isto é, exercer a igualdade e reconhecer imparcialmente o direito de cada um; e **Integralidade**, que visa garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que não se limita a prática curativa, mas contempla e integra o indivíduo em todos os níveis de

atenção levando em consideração seu contexto social, cultural e familiar (MATTA, 2007).

As diretrizes do SUS articulam os princípios do sistema para uma estrutura organizacional que consegue atingir seus objetivos. Dentre essas diretrizes, estão: **Descentralização**, que corresponde à distribuição de poder político, responsabilidades e recursos da área federal para estadual e municipal; **Regionalização e Hierarquização**, que preconizam os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade crescente, com planejamento a partir do critério epidemiológico e da área geográfica, com definição e conhecimento da população em questão para ser atendida; e, por fim, a **Participação da comunidade**, que como o próprio nome diz, que estabelece a necessidade da participação da população nos processos de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Esta última diretriz é estabelecida pela Lei nº 8.142/90, que regulamenta a criação de conselhos de saúde (MATTA, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, que explicará a rota do atendimento e exemplificará seus diversos serviços para estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais, seus familiares e usuários. O profissional apresentará amplamente as ações propostas, enfatizando a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como os canais de atendimento da rede de atenção. Essa interação permitirá que os usuários entendam totalmente o modelo do sistema de saúde, que deve ser explicado ao usuário de forma detalhada, incluindo os diversos procedimentos a serem executados, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos, bem como a participação dos idosos, e deve ser incentivado porque faz parte desse modelo de atenção à saúde. Os profissionais da saúde que atuam na atenção básica necessitam

entender a importância da manutenção do idoso inserido na rotina familiar e na vida em sociedade como um dos fatores essenciais para a manutenção do seu equilíbrio físico e mental. Além disso, implica estarem preparados para lidar com o idoso, reconhecendo a sua experiência e sabedoria, com integralidade e sensibilidade, envolvendo o idoso como um todo (VELLO *et al.*, 2014).

Desse modo, o objetivo desse trabalho é descrever o funcionamento da atenção primária relacionada aos pacientes idosos e discutir a utilização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada no período de janeiro a fevereiro de 2022, por meio de pesquisas nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Medline. Desta busca foram recuperados 25 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português; publicados no período de 2013 a 2022 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e meta-análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a aplicação dos critérios de seleção restaram dez artigos que foram submetidos a uma leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, categorizados com base no referencial teórico em: cuidados com o paciente idoso; diretrizes internacionais de prevenção e

controle das maiores causas de mortalidade em pacientes idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equidade, um dos princípios do SUS, é uma medida que precisa ser imposta na prática para conferir acessibilidade e qualificação no setor de saúde que tange às necessidades dos idosos. Além disso, garantir um controle social efetivo que garanta escutar dos próprios idosos suas necessidades e o que julgam fazer falta no sistema, visto que a qualificação do mesmo deve ser feita para e com os usuários, potencializando assim a oferta de um serviço eficaz (MARTINS *et al.*, 2014).

Pode-se afirmar que o sistema de saúde em funcionamento exige a necessidade de um melhor modelo voltado para qualidade e prevenção na atenção primária dos idosos. Este poderia ser organizado a partir de grupos profissionais especializados em saúde do idoso, bem como da organização dos hospitais para que, além da sua função básica, implementassem um serviço que contemplasse desde a atenção primária até a organização para uma hierarquia de cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

“Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica” (OLIVEIRA *et al.*, 2016b, p. 46).

O modelo contemporâneo de saúde ao idoso precisa integrar promoção à saúde, fluxo de ações de educação, cuidado precoce e reabilitação de agravos, prevenção de doenças

evitáveis e postergação de moléstias, oferecendo, assim, uma linha de cuidado ao idoso que confere eficiência (VERAS, 2013).

Pode-se afirmar que, atualmente, os sistemas de saúde possuem uma teoria abrangente, mas, na prática, deixam a desejar visto que possuem poucos pontos de atenção, implicando diretamente na promoção (MATTA, 2007). O autor deixa isso claro no exposto “e, os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção e que não se articulam. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado” (OLIVEIRA *et al.*, 2016b, p. 48). Além disso, os modelos assistenciais focam na doença e não no doente, o que atrapalha os profissionais de saúde a enxergarem o paciente como um todo e também o sistema, que só foca na doença. Mesmo que a população idosa viva, ainda que com um conjunto de patologias, um paciente deve ser integrado com o objetivo de ser acolhido e receber atenção e cuidados de modo sistêmico dentro do sistema até o fim da vida (VERAS, 2013).

“O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços” (OLIVEIRA *et al.*, 2016b, p. 50). Apesar das várias linhas e modelos de cuidado, é importante que cada instituição de saúde conheça sua população e as necessidades que traz consigo, a fim de construir a melhor forma de organização da prestação de serviços, a fim de que a população envelheça com saúde e recursos para cuidados de suas patologias (VERAS, 2013).

Desde a reforma sanitária, novos conceitos e desafios a respeito do processo saúde-doença, implicando na abordagem das condições de saúde e abrindo um caminho no modelo e na figura do médico. Um dos principais desafios do

sistema para que este funcione adequadamente são os mecanismos indutores da qualidade dos serviços e saúde e de uma nova implantação de modelo de assistência a partir de novas formas de remuneração, no contexto inserido na complexidade de diferentes arranjos político-institucionais (SANTOS, 2008).

Ainda sobre tema, o autor afirma: “O certo é: com o modelo atual de remuneração, o cuidado relacionado ao envelhecimento não somente não se dará na sua completude como também terá resultados cada vez piores, tanto assistenciais como financeiros” (OLIVEIRA *et al.*, 2016b, p. 118).

Ainda hoje, algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) funcionam sob a lógica biomédica, onde o foco é totalmente voltado para as doenças, e não para as pessoas e o paciente em si, conferindo uma baixa integralidade desses idosos. Tal achado pode estar inteiramente relacionado ao *modus operandi*, o modelo que precisa ser rompido e que nada mais é do que um código que trata os procedimentos a partir de uma maneira de executar as tarefas. Entretanto, o atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) possui a particularidade principalmente na terceira idade e prevalentes da mesma, melhorando os indicadores de saúde. O uso rotineiro dos protocolos de saúde ao idoso, serão práticas para a qualificação do atendimento, tratamento e do sistema. É necessário preparar o idoso, sua família e comunidade para encarar a realidade e contar com a ajuda e atenção dos serviços de saúde e atenção básica. Além disso, são relevantes a inclusão da saúde bucal no protocolo cotidiano de práticas de atenção básica e o controle social efetivo que garanta voz aos idosos inseridos neste meio (MARTINS *et al.*, 2014).

A AGA permite a identificação de problemas geriátricos e fragilidades que tenham implicações na saúde do indivíduo e demonstra

ser um marcador preditivo para sobrevida e tolerância ao tratamento em pessoas idosas com câncer. Além disso, fornece uma plataforma para lidar com as necessidades individualizadas e manejar condições reversíveis, criando oportunidades para melhorias no estado funcional de pessoas idosas e auxiliando na elaboração de um plano geriátrico individualizado de cuidados (NIPP *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

A atenção primária ao idoso é um nível prioritário importante e que deve ser monitorado e muito estudado a fim de obter melhorias e informação sobre as prestações de serviço, visto que, além de atuar na prevenção de agravos das doenças, visa a promoção em saúde para fim de envelhecimento populacional saudável. É importante que se entenda a necessidade da avaliação de serviços para atenção à saúde do idoso, principalmente na atenção primária, visto que, sem os avanços desta, seria impossível o avanço de políticas, estratégias, ferramentas e estudos que promovem melhorias na qualidade de vida e longevidade do idoso (PLACIDELI *et al.*, 2020).

Apesar do funcionamento da atenção primária, é imprescindível melhorar o funcionamento da atenção primária, visando maior integralidade da população idosa, visto que os modelos assistenciais estão muito focados na doença e não no doente. Esta perspectiva atrapalha o trabalho dos profissionais de saúde, que acabam não conseguindo examinar o paciente como um todo, e o sistema de saúde, que foca na doença (VERAS, 2013).

Ainda que a população idosa sobreviva, (provavelmente com um conjunto de patologia controladas) esse paciente deve ser integrado pelo sistema, sendo acolhido e recebendo atenção e cuidados de modo geral dentro do sistema até o fim da vida (VERAS, 2013).

É necessário preparar o idoso, a família e a comunidade para encarar e enfrentar a realidade e contar com a ajuda e atenção dos serviços de saúde e atenção básica. Além disso, são relevantes a inclusão da saúde bucal no protocolo cotidiano de práticas de atenção básica e o controle social efetivo, o que garante voz aos idosos inseridos neste meio. (MARTINS *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MARTINS, A.B. Atenção primária a saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 19, 2014.
- MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M., organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 61-80.
- NIPP, R.D. *et al.* Pilot randomized trial of a transdisciplinary geriatric and palliative care intervention for older adults with cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, v. 18, p. 591, 2020.
- OLIVEIRA, M.R. *et al.* A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, 2016a.
- OLIVEIRA, M. *et al.* Idosos na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016b.
- PLACIDELI, N. *et al.* Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, 2020.
- VELLO, L.S. *et al.* Saúde do idoso: percepção relacionadas ao atendimento. *Escola Anna Nery*, v. 18, 2014.
- VERAS, R.P. *et al.* Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, 2013.

Capítulo 21

TECNOLOGIA NA GESTÃO DE PROCESSOS E SEGURANÇA EM SAÚDE

YASMIN IRACEMA DE OLIVEIRA¹
LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²
DAISY MARIA SILVA CHIARELLI VALLIM³

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.
3. Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente na Faculdade Inspirar, Curitiba-PR.

PALAVRAS-CHAVE

Tecnologia; Segurança assistencial; Gestão de processos.

INTRODUÇÃO

Na metade do século XVIII, a Revolução Industrial impulsionou avanços tecnológicos, transformando e impactando o cotidiano das pessoas e do planeta. Diversas áreas foram envolvidas, especialmente a da saúde que incorporou e aprimorou ferramentas que facilitaram a execução de procedimentos e o gerenciamento das informações (CAVALCANTE & SILVA, 2011), o que tem possibilitado maior segurança, agilidade e resolutividade na prestação de serviços e nos processos de trabalho nos ambientes de saúde. Tais processos englobam a contratação do profissional, a chegada do paciente, os cuidados prestados, os registros dos atendimentos, o controle de gastos, o estoque, o serviço de manutenção e os riscos em saúde (MARTELLI & DANDARO, 2015).

Outro aspecto que tem mobilizado os avanços da tecnologia em saúde diz respeito à segurança assistencial. Afinal, tal recurso permite maior exatidão, agilidade e acessibilidade às informações, assegurando o sigilo e melhorando o serviço prestado (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a problemática desta pesquisa foi a de conhecer os motivos que dificultam o uso da tecnologia na gestão dos processos de trabalho mais seguros na área da saúde. Partiu-se do pressuposto de que o alto custo para a sua implementação e manutenção são fatores dificultadores desse processo. Outra hipótese levantada é de que a tecnologia permite tomadas de decisão mais assertivas, reduz o tempo e os gastos com os processos de trabalho, bem como os riscos assistenciais.

Nesse sentido, o objetivo geral deste artigo foi identificar os motivos que dificultam o uso de tecnologias na gestão de processos de trabalho e na assistência em saúde. Este estudo também objetivou listar as tecnologias utilizadas

na gestão dos processos operacionais e assistenciais em hospitais.

Tecnologias em saúde

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tecnologia em saúde engloba o desenvolvimento de aparatos (dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas) para promover saúde e qualidade de vida, tratar as doenças e reabilitar as pessoas (CATES, 2021). Nesse cenário de inovação tecnológica, a telemedicina desponta como um recurso para melhorar a acessibilidade ao atendimento médico prestado ao paciente.

Ademais, tal recurso possibilita a troca de informações entre os profissionais da saúde e destes com os pacientes. Dessa forma, ela emerge como uma ferramenta que potencializa o modelo tradicional de assistência e propicia diversos benefícios, tais como: otimização de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente, maior acessibilidade às consultas por pessoas residentes em áreas mais isoladas, redução de custos e, no atual cenário pandêmico, o controle da disseminação do vírus da Covid-19 (MOTTA, 2021; MIKUSSKA & MOREIRA, 2021).

Segurança do paciente

A segurança do paciente permeia as ações de prevenção e redução dos riscos assistenciais. Por se tratar de um ambiente com maior risco de falhas e incidentes que geram danos variados ao paciente, isto reflete inclusive sobre o profissional e a própria instituição. Por esses motivos foram estabelecidas seis metas internacionais de segurança ao paciente que, por meio do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído em 2003, determinam que as instituições de saúde devem elaborar e monitorar os seus riscos assistenciais. Assim, a RDC nº 36/2013 da Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (Anvisa) recomenda a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), mediante a aplicação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) com o propósito de gerenciar os riscos em saúde e implementar ações preventivas e corretivas (BRASIL, 2013).

Perante o exposto, a segurança do paciente se mostra como um relevante indicador da qualidade da assistência à saúde. Nesse entendimento, o PROQUALIS (portal voltado à qualidade e à segurança do paciente) associado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz objetivam divulgar informações atualizadas acerca do atendimento prestado em saúde (REIS *et al.*, 2013).

Gestão de processos

A gestão de processos é um sistema de padrões e ações que auxilia a instituição no aprimoramento de seus processos organizacionais como, por exemplo, da compra de matéria-prima até a entrega do produto para os clientes. Os benefícios da gestão podem ser: redução de custos, melhoria da produtividade, qualidade e eficiência do atendimento prestado. Para tal, é necessário que todos os processos estejam alinhados às necessidades da empresa e às expectativas e demandas do paciente (DEMARCHI, 2012).

Logo, a gestão de processos facilita a tomada de decisão pautada em dados plausíveis, mantendo a fluidez dos processos, a saúde financeira da instituição e a eficiência nos serviços prestados. Afinal, a tomada de decisão é uma grande responsabilidade e um desafio para muitos gestores, pois pode afetar direta ou indiretamente a própria organização e seus colaboradores (TANAKA & TAMAKI, 2012).

MÉTODO

Este estudo é uma revisão integrativa com abordagem qualitativa e análise descritiva, realizado entre agosto e novembro de 2021. Para sua elaboração foi elaborada a questão norteadora; foram escolhidas as palavras-chave, definidos os critérios de seleção; e coletados os dados, posteriormente apresentados, analisados e discutidos neste capítulo (SOUZA *et al.*, 2010). Este estudo respeitou as recomendações éticas da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

A busca por referencial teórico ocorreu por meio das palavras-chave “tecnologias em gestão de saúde”; “segurança assistencial” e “gestão de processos em saúde” no *Google Acadêmico*. Desta busca resultaram 70.700 materiais, que foram submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados no período de 2020 e 2021, abordando especificamente a tecnologia na gestão de processos e na segurança em saúde com ênfase no cenário pandêmico. Os critérios de exclusão foram: textos em outro idioma que não o português, resumos, textos em duplicidade e que não abordavam a temática proposta.

Primeiramente, os textos foram selecionados pelos títulos e, na sequência, lidos na íntegra. Aqueles que atendiam aos critérios de seleção foram mantidos, resultando em 16 materiais. As evidências necessárias para responder aos objetivos deste estudo foram elencadas, sumarizadas e agrupadas por temática. Posteriormente, foram hierarquizadas (da maior para a menor frequência) e apresentadas em duas tabelas, atendendo aos objetivos deste estudo.

Por fim, foram os textos foram discutidos em categorias temáticas intituladas: “Dificultadores do uso de tecnologias na gestão de processos de

trabalho em saúde” e “Tecnologias de gestão e segurança dos processos de trabalho”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 21.1 e 21.2**.

Tabela 21.1. Dificultadores do uso de tecnologias na gestão de processos de trabalho em saúde

Recursos financeiros limitados para investir em tecnologias (F13) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Lemos <i>et al.</i> (2021); Oliveira <i>et al.</i> (2021); Mauro (2021); Vasconcelos <i>et al.</i> (2021); Saraiva <i>et al.</i> (2021); Cardoso <i>et al.</i> (2021); Corrêa <i>et al.</i> (2020); Santos <i>et al.</i> (2020); Cruz <i>et al.</i> (2020); Vale & Azevedo (2020); Cerveira (2020); Cabral <i>et al.</i> (2020)
Falta de capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias (F10) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Lemos <i>et al.</i> (2021); Oliveira <i>et al.</i> (2021); Mauro (2021); Saraiva <i>et al.</i> (2021); Cardoso <i>et al.</i> (2021); Corrêa <i>et al.</i> (2020); Santos <i>et al.</i> (2020); Moraes <i>et al.</i> (2020); Santo & Zocratto (2020)
Resistência às novas tecnologias por parte de alguns profissionais de saúde (F6) Oliveira <i>et al.</i> (2021); Mauro (2021); Saraiva <i>et al.</i> (2021); Cardoso <i>et al.</i> (2021); Corrêa <i>et al.</i> (2020); Cruz <i>et al.</i> (2020)
Falta de segurança nos dados dos pacientes (F3) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Saraiva <i>et al.</i> (2021); Corrêa <i>et al.</i> (2020)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 21.2. Tecnologias de gestão e segurança dos processos de trabalho

Ferramentas assistenciais e eletrônicas para a análise e monitoramento de dados (F3) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Oliveira <i>et al.</i> (2021); Santo & Zocratto (2020)
Inteligência artificial para a gestão de saúde (F3) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Cruz <i>et al.</i> (2020); Cerveira (2020)
Implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) (F3) Cardoso <i>et al.</i> (2021); Mikuska & Moreira (2021); Moraes <i>et al.</i> (2020)
Aplicativos voltados ao atendimento e distribuição de informações em saúde (F2) Celuppi <i>et al.</i> (2021); Oliveira <i>et al.</i> (2021)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Dificultadores no uso de tecnologias na gestão de processos de trabalho em saúde

Ocupando o topo da **Tabela 21.1** com a frequência de 13, a limitação de recursos financeiros se mostrou um fator limitante e frequente em muitos hospitais, corroborando a falta de investimentos para aquisição ou manutenção de tecnologias para gestão de processos de trabalho e de práticas assistenciais em saúde (CELUPPI *et al.*, 2021; LEMOS *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021; MAURO, 2021; VASCONCELOS *et al.*, 2021; SARAIVA *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2021; CORRÊA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2020; VALE & AZEVEDO, 2020; CERVEIRA 2020; CABRAL *et al.*, 2020).

Frente ao exposto, confirmou-se a hipótese de que o alto custo para a implementação e

manutenção das tecnologias são fatores que dificultam a adoção de tais métodos pela instituição hospitalar. Para Saraiva *et al.* (2021), as instituições que não investem em tecnologia acabam ficando estagnadas e apresentam ineficiência em diversos processos de trabalho, além de maior risco de falhas e erros.

Em contrapartida, é sabido que as tecnologias são ferramentas eficazes para a gestão por reduzirem o tempo e os gastos com os processos de trabalho, auxiliarem no monitoramento, planejamento e decisões acerca das ações de melhoria contínua, além de reduzirem riscos assistenciais e ocupacionais. Corroborando o exposto, Cruz *et al.* (2020) afirmam que as tecnologias em saúde são capazes de tornar as práticas assistenciais mais eficientes, cabendo

aos gestores e administradores analisarem quais investimentos trarão melhores resultados.

Apesar de toda evidência acerca dos benefícios da incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar, os gestores do setor público e da saúde suplementar esbarram na questão financeira. Para Motta *et al.* (2019), é preciso haver incentivos do Estado e uma gestão participativa capaz de avaliar os investimentos necessários e viáveis à instituição para que possa continuar em constante aperfeiçoamento.

Outro fator dificultador fortemente evidenciado diz respeito à falta de capacitação dos profissionais para o uso de tecnologias aplicadas à saúde (CELUPPI *et al.*, 2021; LEMOS *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021; MAURO, 2021; SARAIVA *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2021; CORRÊA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020; MORAES *et al.*, 2020; SANTO & ZOCRATTO, 2020). Com base nessa constatação, Saraiva *et al.* (2021) ressaltam que muitos profissionais não têm conhecimento de como usar ferramentas eletrônicas e essa dificuldade decorre da formação escolar e acadêmica, com limitações ou ausência de conhecimentos básicos na área de informática.

Essa inabilidade dos profissionais com tecnologias básicas ou total inacessibilidade se mostram como barreiras para muitos profissionais e, por vezes, limitam o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) de forma efetiva. Ademais, os colaboradores são o alicerce de toda instituição e se eles não tiverem o devido treinamento, os processos de trabalho se tornam improdutivos e a tecnologia adotada, obsoleta ou mal-empregada. Nesse contexto, a educação continuada é uma ação estratégica que permite que os profissionais desenvolvam e aprimorem os conhecimentos acerca das tecnologias

empregadas no contexto de saúde (CARDOSO *et al.*, 2021).

Diante disso, a atuação do serviço de educação continuada no ambiente hospitalar oferece oportunidades aos profissionais de se capacitarem em diferentes assuntos. Os benefícios são percebidos não apenas pelo colaborador, mas pelo paciente e pela instituição que perceberão os resultados pelo melhor desempenho no trabalho (COSWOSK *et al.*, 2018).

A resistência ao uso de novas tecnologias por parte de alguns profissionais de saúde foi apontada em diferentes estudos como outra forma de entrave (OLIVEIRA *et al.*, 2021; MAURO 2021; SARAIVA *et al.*, 2021; CARDOSO *et al.*, 2021; CORRÊA *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2020). Essa resistência pode estar relacionada à ausência ou insuficiente formação escolar e acadêmica em conhecimentos de informática e outras tecnologias, principalmente pelos profissionais mais velhos ou, ainda, pela inacessibilidade a tais recursos.

A implementação de novas estratégias, principalmente aquelas que trazem novas funcionalidades, passa por um processo de resistência para depois ter a aceitação pelos profissionais, visto que muitos não se sentem confortáveis ao ter que usar novos métodos e ferramentas de trabalho. Nesse cenário, os gestores precisam elaborar estratégias que auxiliem os colaboradores a compreenderem a finalidade e os benefícios das ferramentas tecnológicas, preparando-os para operá-las no cotidiano. Ademais, é necessária a mudança de atitude diante dessas novas demandas e possibilidades tecnológicas, pois esta tem sido a realidade de muitas instituições que buscam a prosperidade (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Por fim, Celuppi *et al.* (2021), Saraiva *et al.* (2021) e Corrêa *et al.* (2020) apontam que a falta de segurança acerca dos dados dos pacientes é

um fator limitador para a adoção de algumas tecnologias, visto que alguns profissionais não zelam pela integridade e pelo sigilo das informações dos pacientes. No intuito de resguardar as informações dos pacientes, a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), ou Lei nº 13.709, de agosto de 2018, propõe ampliar a segurança de dados de todo usuário da internet e o fim do compartilhamento de suas informações sem prévia autorização (BRASIL, 2018).

A LGPD determina que o uso indevido de dados pessoais de pacientes ou o vazamento destas informações incorre em multa ao infrator. Desse modo, as instituições de saúde também precisam cumprir a lei, pois o contrário afetará a relação de confiança e satisfação do paciente com a instituição, além de denegrir sua visibilidade no mercado de saúde (CORRÊA *et al.*, 2020).

Tecnologias de gestão e segurança dos processos de trabalho

Ocupando o topo da **Tabela 21.2**, as ferramentas assistenciais e eletrônicas para a análise e monitoramento de dados emergiram como formas de empregar as tecnologias na gestão dos processos de trabalho e práticas assistenciais em saúde (CELUPPI *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021; SANTO & ZOCRATTO, 2020). A tecnologia é uma grande aliada no contexto de saúde, aprimorando processos, reduzindo o tempo de trabalho e o gasto financeiro para reparação de possíveis falhas.

Nessa perspectiva, destaca-se o prontuário eletrônico do paciente (PEP) como uma tecnologia aplicada às instituições de saúde para registrar, armazenar e controlar as informações dos pacientes de forma digital. Essa ferramenta agiliza o tempo de trabalho pela possibilidade de fazer atualizações em tempo real, acessar

rapidamente as informações dos pacientes e disponibilizar uma visão geral dos serviços por ele utilizados. No âmbito da saúde pública, destaca-se o *e-SUS*, aplicativo que reúne ações e estrutura as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Já na saúde suplementar, tem-se adotado a Gestão Eletrônica de Documentos (GED), que permite às instituições prestadoras de serviços em saúde o controle das informações digitalmente. A adoção de ferramentas de gestão é fundamental para o sucesso nos processos de trabalho (CELUPPI *et al.*, 2021).

Para Celuppi *et al.* (2021), Cruz *et al.* (2020) e Cerveira (2020), a inteligência artificial é uma forma inovadora de tecnologia e está presente em muitas tarefas do cotidiano das pessoas, desde plataformas de *streaming* de filmes à aplicativos de trânsito, portanto, não poderia ser diferente na área da saúde. No entendimento de Lobo (2017), com a inteligência artificial é possível descobrir e aprimorar diagnósticos, tratamentos e cirurgias (robótica), obter o máximo de informações por meio de prontuários eletrônicos e tecnologias capazes de oferecer um conjunto de dados maior e mais veloz como o *Big Data*. De forma muito rápida e inteligente, os processos e procedimentos dotados de inteligência artificial são capazes de interpretar dados e buscar respostas para os mais diferentes problemas, além de aumentar a precisão e a segurança dos serviços prestados.

Segundo Cardoso *et al.* (2021), Mikuska e Moreira (2021) e Moraes *et al.* (2020), a implementação das TICs é necessária no contexto de atenção em saúde, posto que os benefícios gerados são inúmeros para a otimização dos processos de comunicação e de tomada de decisão. Em consonância ao exposto, as TICs são importantes nos processos organizacionais, além de serem uma ferramenta inclusiva às pessoas portadoras de deficiências,

promovendo autonomia e qualidade de vida (CARDOSO *et al.*, 2021).

De acordo com Mikuska e Moreira (2021), tais tecnologias são grandes facilitadores da gestão e da acessibilidade em saúde e têm sido adotadas de forma crescente pelas instituições durante a pandemia da Covid-19, ajudando no combate da disseminação do vírus e oferecendo soluções cabíveis de prestação de serviços.

No sistema público de saúde é utilizado o aplicativo *Conecte SUS Cidadão*, o qual fornece acesso às informações pessoais registradas na base de dados do Sistema Único de Saúde. O Ministério de Saúde disponibilizou ainda o aplicativo *Coronavírus SUS*, que oferece serviços de atendimento pré-clínico, orientações preventivas e dados sobre a condição e conduta realizadas com os pacientes atendidos. Outra ferramenta é o app desenvolvido pela China, denominado *WeChat*, capaz de prever tendências epidêmicas e analisar dados e os contatos próximos do paciente, permitindo o rastreamento e o isolamento precoce de forma eficaz (CELUPPI *et al.*, 2021).

Em suma, os aplicativos são tendências acessíveis à grande parte da população e mostram inúmeras vantagens para as instituições e pacientes, pois oferecem uma assistência mais ágil e resolutiva, além de melhorar os processos administrativos e de integração de dados e a interação de forma digital.

CONCLUSÃO

A busca por inovações tecnológicas é crescente em virtude dos benefícios que elas

proporcionam em diversos ambientes, especialmente naqueles voltados ao atendimento em saúde. Embora seja uma realidade que muitas instituições de saúde não invistam em tecnologias, seja por escassez de recursos financeiros ou resistência por parte de alguns profissionais, elas representam uma importante estratégia de gestão.

Isto posto, é necessária uma gestão participativa e com habilidades suficientes para identificar e analisar as reais necessidades dos serviços e os recursos disponíveis para serem empregados nas diferentes demandas do cotidiano de atenção em saúde. Na presença de barreiras no processo de tomada de decisão é indispensável que sejam considerados o adequado preparo dos colaboradores envolvidos e a valorização da segurança e da ética na prestação de serviços, de forma que as instituições de saúde cumpram suas prerrogativas e capacitem os profissionais para as inovadoras tecnologias assistenciais.

Assim, esse estudo ilustrou algumas dificuldades no uso de tecnologias em atividades assistenciais e de gestão em saúde. Ademais, elencou algumas ferramentas digitais capazes de auxiliar os gestores e demais profissionais nas atividades laborais, pois facilitam diversos processos dentro das organizações. A inteligência artificial, as TICs e os aplicativos foram algumas formas de utilização de tecnologias, as quais aumentam a segurança assistencial e a excelência dos serviços prestados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, n. 143, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, n. 98, 2016.
- BRASIL. **Secretaria Geral**. Lei nº 13.709, de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, 2018.
- CABRAL, E.R.M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, v. 3, e20200, 2020.
- CARDOSO, R.N. *et al.* Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, p. 2691, 2021.
- CAVALCANTE, Z.V. & SILVA, M.L.S. A importância da revolução industrial no mundo da tecnologia. Apresentado no Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2011.
- CELUPPI, I.C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil e no mundo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 024322020, 2021.
- CENTRO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E EXCELÊNCIA EM SAÚDE – CATES. Avaliação de tecnologias em saúde. Disponível em: <http://www.cates.org.br/areas-tematicas/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/>. Acesso em: 06 out. 2021.
- CERVEIRA, E. Perspectivas e desafios para a gestão da informação na saúde em plataformas digitais. *Revista Fontes Documentais*, v. 3, p. 488, 2020.
- CORRÊA, J.C.B. *et al.* Telemedicina no Brasil: desafios éticos e jurídicos em tempos de pandemia da Covid-19. *Humanidades & Tecnologia*, v. 25, p. 1809, 2020.
- COSWOSK, E.D. *et al.* Educação continuada para o profissional de saúde no gerenciamento de resíduos de Saúde. *RBAC*, v. 50, p. 288, 2018.
- CRUZ, A. *et al.* Telemonitoramento e a dinâmica empresarial em saúde: desafios e oportunidades para o SUS. *Revista de Saude Pública*, v. 54, 2020.
- DEMARCHI, T.M. Gestão por processos como ferramenta da qualidade em um hospital-maternidade público do município de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, v. 14, p. 37, 2012.
- LEMOS, R.C. *et al.* Funcionalidade da avaliação de tecnologia em saúde (ATS) no âmbito do sus: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, p. 4832, 2021.
- LOBO, L.C. Inteligência Artificial e Medicina Artificial Intelligence and Medicine. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, p. 185, 2017.
- MARTELLI, L.L. & DANDARO, F. Planejamento e controle de estoque nas organizações. *Revista Gestão Industrial*, v. 11, p. 170, 2015.
- MAURO, S. A aplicação das ferramentas de gestão de dados em organizações de saúde. *Instituto Superior de Ciências Aplicadas*, v. 1, 2021.
- MIKUSSKA, R. & MOREIRA, L.J.A.M. Acessibilidade em saúde durante a pandemia da Covid-19 por meio da telemedicina. In: FREITAS, G.B.L., organizador. *Covid-19 a doença que movimentou a ciência*. 2. ed. Irati: Pasteur, p. 19, 2021.
- MORAES A.F.S.P.L. *et al.* Tecnologias da informação e comunicação em saúde e a segurança do paciente. *Journal of Health Information*, v. 12, p. 300, 2020.
- MOTTA, K.F. *et al.* O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar. *Revista de Saúde Pública*, v. 2, p. 93, 2019.
- MOTTA, R.A. Telemedicina na era da transformação digital em saúde. *Saúde Coletiva*, v. 11, 2021.
- OLIVEIRA, R.M. *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery*, v. 18, p. 122, 2014.
- OLIVEIRA, S.G. *et al.* Tecnologias norteadoras da regulação assistencial e o poder de governança para tomada de decisão dos gestores de saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, p. 81882, 2021.
- REIS, C.T. *et al.* A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2029, 2013.
- SANTO, J.A; ZOCRATTO, K.B.F. Ferramentas da qualidade nos processos gerenciais de serviços de saúde. *Revista Remecs*, v. 5, p. 62, 2020.
- SANTOS, P.T. *et al.* Estratégias para a promoção da segurança do paciente em hospitais de urgência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 22, 2020.
- SARAIVA, L.I.M. *et al.* Sistemas de informação em saúde, o instrumento de apoio à gestão do SUS: aplicabilidade e desafios. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 9, e6418, 2021.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.
- TANAKA, O.U. & TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 821, 2012.
- VALE, V.C. & AZEVEDO, E.N. A implementação do programa de acreditação da saúde assistencial militar (PASAM) e o reflexo na segurança do paciente e na gestão em saúde no exército brasileiro. *Exército Brasileiro (EB)*

[dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2020.

VASCONCELOS, M.N. *et al.* Avanços e desafios das políticas públicas de gestão das tecnologias em saúde nas américas: scoping review. *Ciência Cuidado Saúde*, v. 20, e58609, 2021.

Capítulo 22

A SUSTENTABILIDADE NA ATUAÇÃO DO GESTOR EM SAÚDE

GIOVANNY DA SILVA SILVÉRIO¹

SALETE DE JESUS MARQUES DA SILVA SANTOS¹

LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

DAISY MARIA SILVA CHIARELLI VALLIM³

1. Acadêmica(o) do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.
3. Enfermeira, Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Docente na Faculdade Inspirar, Curitiba-PR.

PALAVRAS-CHAVE

Sustentabilidade; Meio ambiente; Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

Com o aumento populacional e da industrialização e o consumismo desenfreado é notória a ocorrência de diversos problemas que afetam o ecossistema e ameaçam a vida das gerações futuras. A poluição, o lixo descartado de forma incorreta e o uso irresponsável dos recursos naturais são comportamentos que contribuem para a degradação do planeta e de suas espécies (POTTER, 2016).

Ademais, os ambientes de saúde são responsáveis por inúmeras práticas que resultam na produção de resíduos potencialmente contaminantes, além daqueles que poderiam ser melhor destinados. Cafure e Patriarcha-Gracioli (2015) indicam que os resíduos de serviços de saúde (RSS) se configuram como uma fonte de risco à saúde e ao meio ambiente quando destinados de forma incorreta. Os resíduos de saúde podem conter materiais perfurocortantes, restos de medicações, produtos tóxicos e até mesmo radioativos e, quando não tratados e destinados de forma apropriada, aumentar o risco ocupacional àqueles que precisam manipulá-los.

Por isso, o gestor em saúde deve ter um olhar atento para os processos de trabalho da sua organização, a fim de identificar e mitigar os riscos e implementar ações ecossustentáveis. Tais atitudes são urgentes e o gestor é um importante ator nesse processo. Isto posto, como o gestor hospitalar pode ajudar a proteger o meio ambiente? Afinal, parte-se do pressuposto que, por meio da gestão em saúde, é possível reduzir o desperdício de recursos naturais e financeiros, otimizar os processos de trabalho e realizar ações de responsabilidade ambiental.

Assim, o presente estudo objetivou identificar o impacto ambiental gerado pelas fragilidades na gestão em saúde e, como objetivo específico, propor ações estratégicas

que contribuam com a sustentabilidade ambiental e das instituições de saúde.

Gestão ambiental

A gestão ambiental, dentre suas atribuições, administra os recursos e processos gerados pela natureza, bem como os impactos causados sobre ela pela sociedade. É importante ressaltar que, a gestão ambiental deve cumprir as leis vigentes que visam proteger o meio ambiente, como a Lei dos Crimes Ambientais, de nº 9.605/1998 que:

“Reordena a legislação ambiental quanto às infrações e punições. Concede à sociedade, aos órgãos ambientais e ao Ministério Público, mecanismos para punir os infratores do meio ambiente. Destaca-se, por exemplo, a possibilidade de penalização das pessoas jurídicas no caso de ocorrência de crimes ambientais” (BRASIL, 1998).

Vale ressaltar ainda a Lei nº 9.985/2000, que institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza, e a Lei nº 6.938/1981, que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente (PNMA), que determina que o poluidor deve indenização pelos danos causados ao meio ambiente (BRASIL, 2000; 1981). Nesse sentido, cabe ao gestor cumprir tais leis, buscar formas de realizar os processos de trabalho protegendo o ecossistema e assegurando a sustentabilidade financeira da instituição.

Sustentabilidade ambiental no contexto pandêmico pela Covid-19

Com o advento da pandemia pela Covid-19 observou-se o aumento dos resíduos gerados pelo descarte de máscaras, o que causa impactos significativos no meio ambiente. No Brasil, estima-se que em 2020 tenham sido descartadas em torno de 85 milhões de máscaras faciais e que os resíduos domiciliares tenham crescido de 15% a 25% e cerca de vinte vezes nos estabelecimentos de saúde (ABRELPE, 2020).

A situação é ainda mais alarmante, pois segundo a *Ocean Conservancy* são descartados por mês nos oceanos Atlântico, Pacífico e Índico cerca de 65 bilhões de luvas plásticas e de 129 bilhões de máscaras descartáveis (FADDUL, 2020). Resíduos descartados incorretamente levam anos para se decompor; a saber, o processo de decomposição dos plásticos demora cerca de 200 a 450 anos (FELISARDO & SANTOS, 2021; IAS, 2020).

Hospitais sustentáveis

Muitos hospitais têm investido recursos para criar ambientes sustentáveis, de modo a agredir menos o meio ambiente e realizar um trabalho de educação comportamental voltado às ações de preservação do ecossistema. A incorporação de tecnologias e a revisão de processos, especialmente daqueles gerados com o atendimento do paciente, podem reduzir o impacto ambiental (PAULA *et al.*, 2021).

Algumas ações ecoeficientes apontadas pelas autoras supracitadas podem ser adotadas pelos gestores em saúde com o propósito de reduzir o impacto ambiental, tais como: utilização de geradores de energia mais econômicos, reaproveitamento da água das chuvas, educação comportamental ambiental e apoio à reciclagem por meio de parcerias sustentáveis. Além disso, treinamentos para os trabalhadores e clientes acerca do descarte correto dos resíduos devem ser incentivados e contínuos para que haja uma mudança comportamental, isto é, a sensibilização para a adoção de práticas ecossustentáveis e a responsabilização de cada um nesse processo (PAULA *et al.*, 2021).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, de abordagem qualitativa e análise

descritiva. Foram seguidas as etapas de: problematização e elaboração da questão norteadora; escolha das palavras-chave, definição de critérios de seleção; coleta dos dados; apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados (SOUZA *et al.*, 2010).

A busca por referenciais teóricos ocorreu entre agosto e novembro de 2021, na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), por meio das palavras-chave: “sustentabilidade”, “meio ambiente” e “gestão em saúde”. Este estudo atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). Esta busca totalizou 16.300 materiais, que foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados no período de 2011 a 2021 e relacionados estritamente com a temática proposta. Os critérios de exclusão foram: textos que não abordavam a temática, em outro idioma que não o português ou que estavam incompletos ou em duplicidade.

Inicialmente os títulos foram lidos de forma dinâmica para elencar aqueles que abordavam a temática proposta. Posteriormente, tiveram seus resumos lidos e foram selecionados aqueles que melhor atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, resultando em quatorze estudos.

Para a coleta de dados foi realizada a leitura minuciosa dos textos selecionados, destacando as evidências pertinentes aos objetivos deste trabalho, agrupando-as por frequência e temática e hierarquizando-as da maior para a menor frequência em duas tabelas. Em seguida, as evidências foram discutidas em categorias temáticas intituladas: “Impacto ambiental gerado por fragilidades da gestão em saúde” e “Ações estratégicas que contribuem com a

sustentabilidade ambiental e das instituições de saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 22.1** e **22.2**.

Tabela 22.1. Impacto ambiental em decorrência da fragilidade da gestão

Aumento do resíduo de saúde e seu incorreto manejo causa danos ambientais e à saúde (F7) Felisardo & Santos (2021); Gomes <i>et al.</i> (2021); Oliveira & Passos (2020); Silva (2019); Torres (2015); Souza <i>et al.</i> (2013); Falqueto <i>et al.</i> (2010)
Escassez de recursos naturais (água e energia) causada pelo uso de forma irresponsável (F4) Gilioti (2020); Oliveira & Passos (2020); Lima <i>et al.</i> (2018a); Oliveira <i>et al.</i> (2017)
Má gestão das despesas frente à destinação correta dos resíduos em saúde impacta o meio ambiente (F2) Barbosa & Freitas (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2017)
Falta de planejamento estratégico que corrobora os acidentes ambientais (F2) Silva (2019); Barbosa & Freitas (2017)
Falta de conscientização popular sobre a problemática não contribui com a preservação do meio ambiente (F1) Silva (2019)
Limitação de recursos financeiros dificulta a implementação de planos de contingências ambientais (F1) Barbosa & Freitas (2017)
Esgotos irregulares de lavanderias hospitalares ocasionam a contaminação do solo (F1) Silva (2019)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 22.2. Ações estratégicas que contribuem com a sustentabilidade ambiental e das instituições de saúde

Planejamento estratégico e ambiental nas unidades hospitalares (F8) Felisardo & Santos (2021); Gomes <i>et al.</i> (2021); Guimarães <i>et al.</i> (2021); Oliveira & Passos (2020); Silva (2019); Lima <i>et al.</i> (2018b); Oliveira <i>et al.</i> (2017); Falqueto <i>et al.</i> (2010)
Políticas e leis ambientais de proteção, fiscalização e monitoramento de proteção ambiental (F4) Oliveira & Passos (2020); Lima <i>et al.</i> (2018a); Kruger <i>et al.</i> (2013); Falqueto <i>et al.</i> (2010)
Reaproveitamento de materiais recicláveis para reduzir custos (F4) Guimarães <i>et al.</i> (2021); Silva (2019); Oliveira <i>et al.</i> (2017); Souza <i>et al.</i> (2013)
Tratamento e destinação correta dos resíduos (F4) Guimarães <i>et al.</i> (2021); Silva (2019); Oliveira <i>et al.</i> (2017); Souza <i>et al.</i> (2013)
Educação ambiental: conhecimento das leis, direitos e deveres dos cidadãos (F4) Felisardo & Santos (2021); Gomes <i>et al.</i> (2021); Lima <i>et al.</i> (2018a); Barbosa & Freitas (2017); Oliveira <i>et al.</i> (2017)
Tratamento de esgoto (F2) Guimarães <i>et al.</i> (2021); Torres (2015)
Captção e reaproveitamento da água da chuva para reduzir custos (F2) Guimarães <i>et al.</i> (2021); Gilioti (2020)
Uso e descarte consciente dos equipamentos de proteção individual (F2) Felisardo & Santos (2021); Torres (2015)
Uso de prontuário eletrônico como estratégia para redução do consumo (F1) Oliveira & Passos (2020)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Impacto ambiental em decorrência de fragilidades da gestão em saúde

O achado com maior frequência que menciona o impacto ambiental causado pela fragilidade da gestão foi o relacionado às falhas no gerenciamento dos resíduos de saúde, especialmente por sua alta capacidade de contaminação. A gestão correta dos resíduos de

saúde é primordial para evitar desastres ambientais como a contaminação do solo e da água, a impureza do ar e a ocorrência de infecções. Assim, é preciso que os gestores em saúde contemplem a temática ambiental nos planejamentos estratégicos e na rotina hospitalar para evitar possíveis acidentes ambientais e de trabalho (FELISARDO & SANTOS, 2021;

GOMES *et al.*, 2021; OLIVEIRA & PASSOS, 2020; SILVA, 2019; TORRES, 2015; SOUZA *et al.*, 2013; FALQUETO *et al.*, 2010).

A quantidade de resíduos gerados pela sociedade, somada ao seu inadvertido descarte, tem causado graves consequências ao meio ambiente e à saúde, sendo motivo de grande preocupação em nível mundial. Ademais, chama-se a atenção para os RSS, que precisam de uma atenção especial por conterem agentes patogênicos e tóxicos, os quais podem provocar ferimentos e infecções (SILVA, 2019; LIMA *et al.*, 2018a; FALQUETO, *et al.*, 2010). Para Barbosa e Freitas (2017), essa situação torna-se mais alarmante quando o gestor se depara com a limitação de recursos financeiros que dificultam a implementação de planos de contingências ambientais e ações de educação ambiental aos colaboradores.

Nesse contexto, percebe-se a movimentação da sociedade para discutir a problemática ambiental e encontrar formas de assegurar a sustentabilidade do ecossistema sem prejudicar o desenvolvimento econômico. Esta situação tem exigido das organizações a implementação de estratégias ecossustentáveis, o engajamento social e o amparo órgãos fiscalizadores, servindo como um modelo de gestão a ser seguido (OLIVEIRA & PASSOS, 2020; SILVA, 2019; LIMA *et al.*, 2018b; FALQUETO *et al.*, 2010).

Outro aspecto evidenciado remete ao alto consumo de água e energia elétrica pelos estabelecimentos de saúde. Atualmente, o Brasil se depara com a desigualdade na distribuição de água e no tratamento da rede de esgoto. A escassez de chuva e o alto consumo de água faz com que as bacias hidrográficas fiquem comprometidas com níveis de reservatórios abaixo da média. Frente à crise de abastecimento de água potável, algumas alternativas apontadas foram o rodízio no fornecimento, a captação da

água da chuva e a reutilização dos recursos hídricos para a execução de alguns processos de trabalho (GILIOTI, 2020; OLIVEIRA & PASSOS, 2020; SILVA, 2019; LIMA *et al.*, 2018a; OLIVEIRA *et al.*, 2017). A destinação irregular dos esgotos provenientes das lavanderias hospitalares, geradoras de efluentes altamente poluentes pelo uso de produtos químicos podem contaminar os recursos hídricos e o solo, afetar animais, biotas e plantações. Desse modo, é necessária a eficiente gestão dos efluentes para a preservação dos recursos naturais (SILVA, 2019).

Assim, cada vez mais, é preciso pensar em alternativas sustentáveis para que a funcionalidade dos hospitais não seja comprometida, ao mesmo tempo que não prejudique o equilíbrio do ecossistema. O hospital é uma instituição que abrange diversos departamentos que funcionam simultaneamente, o que o torna um ambiente complexo e que, portanto, requer uma gestão competente. O gestor hospitalar precisa conhecer a finalidade, as fragilidades e os pontos fortes dos diferentes setores a fim de planejar ações quem visem a melhoria contínua dos serviços prestados, baseado nos recursos disponíveis da instituição.

Ações estratégicas que contribuem com a sustentabilidade ambiental e das instituições de saúde

Pensando em sustentabilidade, constatou-se que o gestor deve realizar o planejamento estratégico para assegurar sustentabilidade financeira da instituição de saúde, promover segurança e qualidade de vida aos colaboradores, bem como aos clientes (pacientes) (FELISARDO & SANTOS, 2021; GOMES *et al.*, 2021; GUIMARÃES *et al.*, 2021; OLIVEIRA & PASSOS, 2020; SILVA, 2019; LIMA *et al.*, 2018b; OLIVEIRA *et al.*, 2017; FALQUETO *et al.*, 2010). Pata tal, o gestor deve

estar atento às políticas e leis ambientais de proteção, sua fiscalização e monitoramento para direcionar as ações operacionais nos estabelecimentos de saúde. Em um hospital, por exemplo, não é recomendável retirar o lixo hospitalar em horário de troca de turno ou de visita aos pacientes pelo risco de “contaminação cruzada”. Atravessar o hospital com carrinhos contendo resíduos ou roupas sujas destinadas à lavanderia em momentos de grande fluxo de pessoal pode aumentar o risco de infecção hospitalar (OLIVEIRA & PASSOS, 2020; LIMA *et al.*, 2018a; KRUGER *et al.*, 2013; FALQUETO *et al.*, 2010).

Ademais, o presente estudo identificou medidas ecossustentáveis passíveis de serem adotadas pelos serviços de atenção em saúde, tais como: padronização do prontuário eletrônico nos hospitais como estratégia para redução do consumo de papel, reaproveitamento de materiais recicláveis e as parcerias com organizações afins para poder reduzir os custos hospitalares. A adequação de processos de trabalho e a educação ambiental e continuada dos colaboradores emergiram como propostas de sustentabilidade ambiental e financeira, pois refletem na redução de custos à instituição e no melhor aproveitamento dos recursos naturais. O treinamento acerca do correto descarte dos resíduos de saúde e a disponibilização de lixeiras coloridas e sinalizadas para facilitar a segregação dos resíduos, especialmente de seringas, agulhas e perfurocortantes, contribuem com a segurança ambiental e a saúde. Ademais, os resíduos sólidos de saúde devem ser acondicionados em recipientes específicos e manipulados por profissional capacitado e devidamente paramentado. Na sequência, estes resíduos devem ser transportados em recipientes e caminhões autorizados para serem incinerados em local apropriado (FELISARDO & SANTOS, 2021; OLIVEIRA & PASSOS, 2020; SILVA,

2019; BARBOSA & FREITAS, 2017; TORRES, 2015).

Outra estratégia ecoeficiente que contribui para a redução de custos é a utilização de canecas próprias, evitando o consumo de copos descartáveis. Inclusive, copos feitos de papel reciclável e impermeabilizados são uma ótima opção para os visitantes (GUIMARÃES *et al.*, 2021; SILVA, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2013). Assim, confirma-se a hipótese de que por meio da gestão em saúde é possível reduzir o desperdício de recursos naturais e financeiros, otimizar processos de trabalho e realizar ações de responsabilidade ambiental.

Tratar da gestão de resíduos é um grande desafio, pois requer a mudança de postura e a adoção de uma consciência ambiental. Para isso, o gestor deve atentar para as leis e regulamentações sanitárias e ambientais, bem como as obrigações que devem ser cumpridas pelas organizações nesses aspectos. Os treinamentos e a sensibilização dos colaboradores acerca dessa temática devem ser constantes e suficientes para despertar posturas de proteção ambiental. Nessa perspectiva, a educação ambiental deve ser compreendida por todos para que as boas práticas possam ser incorporadas (FELISARDO & SANTOS, 2021; GOMES *et al.*, 2021; LIMA *et al.*, 2018a; BARBOSA & FREITAS, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Atualmente, o Brasil enfrenta uma crise de abastecimento de água potável nos centros urbanos. Nesse sentido, cabe ao gestor em saúde estudar formas de reaproveitamento da água da chuva e de tratar a rede de esgoto. Deve-se pensar em reciclagem hídrica, por exemplo, a água da chuva pode ser captada e utilizada nas lavanderias hospitalares. Logicamente, é preciso um investimento financeiro inicial para o ajuste estrutural e maquinário, o qual será revertido em benefícios como o consumo consciente da água

potável e a redução de custos no futuro. Por meio da engenharia, a água da chuva pode ser armazenada em caixas d'água subterrâneas e canalizadas para serem utilizadas na lavanderia, na limpeza da área externa e em jardins (GUIMARÃES *et al.*, 2021; GILIOTI, 2020).

Outras alternativas evidenciadas nesse estudo foram: instalação de um poço artesiano para captação de água e painéis solares para captação de energia limpa; e práticas e programas sustentáveis para o uso consciente e responsável dos recursos naturais dentro da organização. O treinamento dos funcionários e colaboradores acerca da correta segregação e descarte de resíduos se mostrou eficiente, reduzindo o desperdício de recursos, reaproveitando materiais, prevenindo o risco ocupacional e preservando o ecossistema (BARBOSA & FREITAS, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além da questão ambiental, produtos químicos e tóxicos como fármacos, quimioterápicos, antimicrobianos, reveladores de raio X e reagentes descartados na rede de esgotos sem o adequado tratamento podem gerar resistência microbiana, contaminação do solo e da água, riscos à saúde e às vidas humana, animal e vegetal. Nesse sentido, deve existir uma rede de esgoto específica para o descarte de resíduos hospitalares líquidos em virtude de sua alta capacidade de contaminação (GUIMARÃES *et al.*, 2021; TORRES, 2015).

Para que os funcionários trabalhem em segurança, os equipamentos de segurança individual (EPIs) devem ser utilizados e descartados de forma correta, evitando acidentes ocupacionais, embora seja necessária a realização de educação continuada acerca da finalidade,

uso correto e descarte de EPIs. Segundo Felisardo e Santos (2021) e Torres (2015), as luvas, máscaras e aventais devem ser descartados no lixo infectante. Os colaboradores da saúde devem utilizar EPIs fornecidos pelo hospital, especialmente aqueles que manipulam os resíduos sólidos em saúde.

CONCLUSÃO

A sustentabilidade tornou-se um assunto cada vez mais discutido devido a facilidade de acesso à informação pelos meios de comunicação. Muitas pessoas têm tomado conhecimento da situação agravante em que se encontra o meio ambiente com a possível escassez dos recursos naturais. Assim, atitudes da sociedade e das empresas se mostram urgentes para mitigar impactos causados na natureza e garantir a sua conservação, bem como da população futura.

Hospitais são estabelecimentos que produzem uma quantidade significativa de resíduos que necessitam de tratamentos específicos, além de serem grandes consumidores de recursos como água e energia elétrica. É primordial a aderência de práticas sustentáveis em todos os hospitais, como: descarte e tratamento correto de resíduos, gerenciamento e tratamento de efluentes (esgotos), utilização de energia renovável, redução, reutilização, captação alternativa de água e gestão de materiais para redução de consumo. Ademais, o gestor hospitalar tem um papel crucial na efetividade de ações de sustentabilidade na organização, visando a preservação da vida humana, do meio ambiente e da saúde financeira da organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS - ABRELPE. Recomendações para a gestão de resíduos sólidos durante a pandemia de coronavírus (Covid-19). 2020. Disponível em: <https://abrelpe.org.br/abrelpe-no-combate-a-covid-19/>. Acesso em: 25 out. 2021.
- BARBOSA, E.D. & FREITAS, W.R.S. Gestão ambiental em hospitais: em busca de evidências da contribuição da gestão de recursos humanos. Apresentado no I Simpósio Sul-Mato-grossense de Administração, 2017.
- BRASIL. Lei nº 6.938, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 02 set. 1981.
- BRASIL. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 13 fev. 1998.
- BRASIL. Lei nº 9.985, de 18 de julho de 2000. Regulamenta o art. 225, § 1º, incisos I, II, III e VII da Constituição Federal, institui o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 jul. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, n. 98, 2016.
- CAFURE, V.A. & PATRIARCHA-GRACIOLLI, S.R. Os resíduos de serviço de saúde e seus impactos ambientais: uma revisão bibliográfica. *Interações*, v. 16, p. 301, 2015.
- FADDUL, J. Mais de 120 bilhões de máscaras são descartadas por mês nos oceanos. CNN Brasil, 29 dez. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/tecnologia/2020/12/29/mas-de-120-bilhoes-de-mascaras-sao-descartadas-por-mes-nos-oceanos>. Acesso em: 25 out. 2021.
- FALQUETO, E. *et al.* Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3283, 2010.
- FELISARDO, R.J.A. & SANTOS, G.N. Aumento da geração de resíduos sólidos com a pandemia do Covid-19: desafios e perspectivas para a sustentabilidade. *Meio Ambiente*, v. 3, 2021.
- GILIOTI, L.C.L. Avaliação da viabilidade de reuso de água em lavanderia hospitalar [dissertação]. Ilha Solteira: Unesp, 2020.
- GOMES, A.J.L. *et al.* Direito à saúde como instrumento de ações sociais para a sustentabilidade ambiental. In: SALES, R.E.S. & SALES, R.S., organizadores. Educação ambiental e cidadania: pesquisa e práticas contemporâneas. São Paulo: Editora Científica, 2021.
- GUIMARÃES, P.S.S. *et al.* Ensino sobre gerenciamento de resíduos na graduação em enfermagem: realidade, reflexões e propostas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, e6456, 2021.
- INSTITUTO ÁGUA SUSTENTÁVEL - IAS. Cinco fatos sobre sustentabilidade que você precisa saber. Instituto Água Sustentável, 11 maio 2020. Disponível em: <https://aguasustentavel.org.br/blog/53-5-fatos-sobre-sustentabilidade-que-voce-precisa-saber>. Acesso em: 25 out. 2021.
- KRUGER, S.D. *et al.* Sustentabilidade ambiental: estudo em uma instituição de ensino catarinense. *Sociedade, Contabilidade e Gestão*, v. 8, p. 98, 2013.
- LIMA, L.J. *et al.* Desenvolvimento sustentável, sustentabilidade e saúde: uma revisão. *Ciência e Sustentabilidade*, v. 4, p. 133, 2018a.
- LIMA, L.J. *et al.* Planejamento institucional em saúde: o caso da sustentabilidade ambiental em um hospital. *Revista de Pesquisa Interdisciplinar*, v. 3, p. 2, 2018b.
- OLIVEIRA, A.C. & PASSOS, M.M. Sustentabilidade hospitalar: hospital sem papel e outras tendências. *Revista Eletrônica da Faculdade Unyleya*, v. 1, 2020.
- OLIVEIRA, A. *et al.* A importância da sustentabilidade nas instituições hospitalares: gerenciamento de efluentes e resíduos recicláveis - empresa Unimed Vitória [trabalho de conclusão de curso]. Vitória: Faculdade Doctum, 2017.
- PAULA, L.H.M. *et al.* Gestão em saúde hospitalar com foco em práticas humanizadas e sustentáveis. In: FREITAS, G.B.L., organizador. *Tecnologia e inovação em Saúde*. Curitiba: Pasteur, 2021, p. 97-107.
- POTTER, V.R. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Loyola, 2016.
- SILVA, R.M. Gestão hospitalar e meio ambiente: uma reflexão sobre os processos de gerenciamento de efluentes em lavanderias hospitalares [trabalho de conclusão de curso]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2019.
- SOUZA, F.P. *et al.* Viabilidade da aplicação da logística reversa no gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde: um estudo de caso no hospital x. *Exatas & Engenharias*, v. 3, p. 56, 2013.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.
- TORRES, C.N. A gestão dos resíduos sólidos no município de Cascavel-CE: fragilidade ambiental, social e política. *Geosaberes - Revista de Estudos Geoeducacionais*, v. 6, p. 84, 2015.

Capítulo 23

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

NICOLE SANCTIS¹
MURILO AUGUSTO GIL TUNUSSI²
MAITÊ SOUZA CARVALHO²

1. *Discente – Medicina da Universidade de Medicina de Franca.*
2. *Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Poços de Caldas.*

PALAVRAS-CHAVE
Violência; Mulher; Saúde.

INTRODUÇÃO

Este relato de experiência trata de uma oficina de sensibilização da violência contra a mulher, realizada no dia 10 de outubro de 2019 em Franca, no estado de São Paulo.

Especificamente, refere-se à persistência da violência vivenciada pelas mulheres ainda no século XXI, apesar da implementação de leis que visam à redução de casos como os que ocorrem, assim como a melhoria dos serviços prestados às vítimas de violência.

“O dia 10 de outubro se torna cada vez mais importante no combate à violência contra a mulher porque, muitas mulheres podem, através dele, descobrir-se vítimas e fazerem a denúncia. No Brasil, elas podem ser feitas por meio do 180, número que também fornece informações acerca de procedimentos e como se comportar em situações de violência” (CAMPREV, 2019).

O objetivo da oficina foi contribuir com a formação do aluno de medicina e melhorar o atendimento já prestado pelos alunos e o futuro atendimento às mulheres vítimas de violência, a fim de constituir uma rede integrada de saúde para colaborar na redução dos agravos à saúde e na transmissão de informação segura e correta para a população em questão possa se proteger e buscar ajuda.

Dessa forma, questiona-se a abrangência das leis constitutivas e o papel do médico no acolhimento desse grupo de mulheres, uma vez que na prática de saúde os índices de violência se mostraram em crescente aumento que é muito preocupante tanto no aspecto social, em que, as mulheres acabam sendo cada vez mais oprimidas, mesmo com a criação de novas leis e novas barreiras que tentam impedir esses abusos; como no aspecto de saúde pública em que elas tenham um atendimento integrado e de qualidade em que possam ser atendidas com dignidade e de forma efetiva e integral que é o

que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenta promover para nossa população. Por fim, este relato de caso foi escrito para relatar a visão de um grupo de alunos acerca da discussão gerada durante a oficina e para avaliarmos como seria nossa prática após esta experiência, tanto como futuros profissionais da saúde como cidadãos.

MÉTODO

Para a realização da oficina foi disponibilizado aos alunos da quarta etapa um material do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Este material abordava o tema: “Como atender às mulheres vítimas de violência?” (BOULOS *et al.*, 2016), com base em um debate entre três profissionais da área da saúde sobre como esse tema é tratado no Brasil, especialmente no contexto da saúde pública, afinal, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e com uma população com mais de 214 milhões de habitantes, o mínimo que pode ser feito é ter um atendimento que seja digno para todos os seus usuários.

A oficina foi realizada na Universidade de Franca, no município de Franca no estado de São Paulo, e os agentes participantes foram os alunos da quarta etapa da disciplina Programa de Integração do Ensino/Saúde da Família (PIESF) do Curso de Medicina da Universidade de Franca, a professora Dr^a. Gislaine Cristhina Bellusse e os palestrantes convidados. A atividade foi realizada no período da tarde do dia 10 de outubro de 2019 e contou com um debate em grupos baseado em um caso clínico para identificação se havia ou não violência contra a mulher e, caso houvesse, qual seria a sua classificação e como deveria ser a conduta do profissional de saúde diante da experiência vivenciada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento, houve uma palestra expositiva sobre os tipos de violência existentes na sociedade, entre elas foi bem explicado a violência física, psicológica, moral e sexual, o que já nos fez pensar que a situação de atendimento a uma possível vítima de violência não seria tão simples como em um atendimento comum de nosso dia a dia.

Em seguida, apesar da leitura prévia do tema a ser discutido, a forma como ele foi abordado pela segunda palestrante foi, no mínimo, muito impactante, com vídeos sobre formas de abuso e violência relacionados à Lei do Minuto Seguinte (MPF, 2013) que expõe de forma clara e concisa como deve ser feito o atendimento de pessoas em situação de violência sexual e mostra como é obrigatório esse atendimento e como deve ser feito - vai ser exposto ao longo do relato. A oficina foi de intenso aprendizado, pois nós não tínhamos conhecimento amplo sobre a lei e sua aplicabilidade e, também, sua importância para a humanização do atendimento às vítimas de violência sexual.

A lei estabelece que os hospitais devem oferecer às vítimas um atendimento emergencial, integral e multidisciplinar. A partir dessa oficina, foi possível identificar os deveres dos hospitais e de seus profissionais no âmbito do atendimento a ser prestado às pessoas violentadas e a desmistificar a vinculação do profissional à notificação compulsória de violência interpessoais, estabelecendo sua diferença com a denúncia, sendo a notificação um meio de garantia de direitos, uma vez que seus dados são utilizados para a formulação de políticas públicas, dessa forma, tanto a vítima de violência como o profissional de saúde que presta o atendimento estão protegidos de quaisquer sanções ou agravos jurídicos que possam vir a acontecer, afinal, para isso que essa

Lei do Minuto Seguinte foi implementada, para proteger a vítima da violência e para que o médico dê o melhor atendimento possível e sem receios de notificar um possível abuso e/ou infringimento a lei.

Ao final das palestras, houve a oportunidade de tirar algumas dúvidas e questionar a efetividade dos fatos apresentados, como da lei supracitada, a qual não é muito difundida e, por isso, possui pouca aplicabilidade e pouco conhecimento tanto dos profissionais de saúde como das mulheres.

Dessa forma, foram reunidos pequenos grupos para discussão de casos clínicos que apresentavam diferentes tipos de violência, abordando conhecimentos prévios e adquiridos pós-oficina.

O grupo sentiu um grande desconforto diante do tema tratado. Afinal, nunca é simples ver as mazelas de nossa sociedade e se enxergar um pouco impotente diante de uma situação tão pavorosa como a da violência contra a mulher, que vem se perpetuando em nossa sociedade a tanto tempo e, mesmo depois de tanta luta e tanto progresso que as mulheres conseguiram nos últimos 50 anos, vemos que os casos de violência ainda vem paulatinamente crescendo. Porém, mesmo com sentimento de impotência e de asco diante de uma situação tão aterradora que é essa violência contra a mulher, surge uma segurança em relação à execução de um atendimento a uma vítima de violência, isto é, mesmo nos sentido impotentes em relação ao caos que é nossa sociedade podemos, mesmo assim, fazer um atendimento de qualidade em que a vítima possa se sentir confortável e confiar no sistema de saúde para ajudá-la.

É válido ressaltar que o tema tratado traz consigo inúmeras dificuldades. Em nosso caso, negação diante da realidade de violência, hodierna, e pouca resolubilidade que acompanha o assunto. Todavia, chegou-se a percepção que o

enfrentamento da causa e o conhecimento sobre ela torna tudo mais simples de se lidar.

CONCLUSÃO

A articulação dos conhecimentos adquiridos e a aplicação do caso clínico ao final da oficina possibilitou maior assimilação do tema assim como uma reflexão sobre como nossa sociedade vem evoluindo de forma negativa em alguns aspectos sociais - o que nos assusta e nos dá a sensação de impotência - e sobre como deve ser a atuação diante de uma situação de violência, seja ela interpessoal ou autoinfligida.

O grupo conseguiu ampliar seus conhecimentos sobre o tratamento de vítimas de violência sexual e compreender todos os serviços que o SUS deve oferecer a vítima, como: diagnóstico e tratamento; amparo médico, psicológico e social; profilaxia de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST); amparo legal; entre outros.

Logo, considerou-se que a oficina viabilizou um grande crescimento pessoal, pois o que nos foi mostrado é a pintura de nossa sociedade hodierna e ela não é tão exuberante e bonita,

mas, de alguma forma, é pavorosa e horripilante em alguns aspectos; no âmbito profissional, ficamos mais seguros e mais informados de como atender de forma completa a paciente que pode ter sido vítima de violência. Não existe somente a violência física, mas diversos tipos de agressão que podem se enquadrar e moldar a maneira como vamos fazer nosso atendimento.

Além disso, a oficina trouxe informações que muitas vezes não são difundidas e debatidas dentro da prática médica, fazendo com que pacientes não tenham um atendimento integral e que não cumpram os princípios doutrinários do SUS.

Destarte, a experiência diante dessa oficina e a visualização direta das mazelas de nossa sociedade em relação à violência contra a mulher nos faz mais vigilantes na prestação de um atendimento integral e eficiente. Dessa forma, a reflexão que podemos trazer é que aos poucos nossa impotência como alunos vai diminuindo quando discutimos algumas mazelas da sociedade. Assim, quando formos atuar, de fato, em nosso dia a dia, saberemos como diminuir (nem que seja um pouco) o sofrimento de cada paciente que passa por nossos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOULOS, I. *et al.* Saúde da mulher. CREMESP, 18 out. 2016. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4266>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS - CAMPREV. Dia Nacional da Violência Contra a Mulher. CAMPREV, 10 abr. 2019. Disponível em: <https://camprev.campinas.sp.gov.br/dia-nacional-contra-violencia-mulher>. Acesso em: 02 mar. 2022.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL - MPF. Lei do Minuto Seguinte, 2013. Disponível em: <http://www.leidominutoseguinte.mpf.mp.br>. Acesso em: 02 mar. 2022.

Capítulo 24

FATORES QUE INFLUENCIAM NA GESTÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

TATIANE SEROISKA DE SOUZA¹

ZILMARY DO SOCORRO PACHECO SANTANA¹

LYSLIAN JOELMA ALVES MOREIRA²

1. Acadêmica do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar da Faculdade Inspirar.
2. Mestre em Bioética, Enfermeira especialista em Centro Cirúrgico e CME; Cuidados intensivos neonatais e pediátricos. Graduada em Psicologia e Docente na Faculdade Inspirar. Docente no Curso Técnico em Enfermagem no Instituto Federal do Paraná. Membro do Corpo Editorial do Grupo Pasteur.

PALAVRAS-CHAVE
Comunicação; Liderança; Clima organizacional.

INTRODUÇÃO

A comunicação sempre foi fundamental, desde o entendimento familiar até o estabelecimento das relações sociais, especialmente para o desempenho profissional. A insuficiência e a distorção das informações pela inacessibilidade ou dificuldade na interpretação das mensagens podem gerar consequências significativas para todos os envolvidos. Nesse sentido, Stephen (2005) menciona que a comunicação deve acontecer de forma efetiva, sendo importante que o emissor codifique a mensagem para transmiti-la ao receptor, que deverá decodificá-la e reafirmá-la por meio do *feedback*.

No ambiente organizacional, a comunicação estabelecida provoca diferentes impactos na vida dos colaboradores e da própria instituição, de modo que, quando não é clara e suficiente, acaba por gerar ruídos, riscos e falhas decorrentes de entraves nesse processo. No âmbito da saúde, a falha no processo de comunicação pode resultar em danos variados à vida do paciente, do profissional e na forma como a organização é vista no mercado.

Para Marchiori (2008), uma significativa barreira de comunicação diz respeito ao fator pessoal, o qual envolve os aspectos biológicos, psicoemocionais e socioculturais que refletirão em como a pessoa produz, transmite e interpreta a mensagem comunicada. O excesso ou a escassez de informações, a linguagem e a abordagem utilizadas, bem como o contexto em que a comunicação ocorre podem otimizar ou prejudicar o canal de comunicação e o entendimento do conteúdo transmitido.

Assim, ressalta-se a necessidade de se estabelecer uma comunicação integrada e assertiva que garanta a segurança assistencial ao paciente e àqueles que a desempenham. Nesse cenário, a figura do gestor não se limita a alguém que dá ordens e confere se tarefas foram

cumpridas. Enquanto líder, esse profissional deve ter conhecimento técnico e habilidades como: inteligência emocional, escuta ativa, saber dar e receber *feedbacks*, permitir o diálogo e, sempre que possível, permitir a participação da equipe nas decisões. Tais habilidades resultam no fortalecimento da equipe e no estabelecimento de uma cultura organizacional proativa, saudável, segura e capaz de alinhar as necessidades dos colaboradores às expectativas da empresa (MACHADO & MOREIRA, 2021).

De acordo com o exposto, Chiavenato (2014) afirma que os líderes assumem a responsabilidade de difundir a cultura criada pela organização, pois tornam-se figuras de referência para os demais colaboradores. No entendimento de Meneses e Gomes (2010), cabe ao líder desenvolver habilidades e solucionar os conflitos da equipe, bem como impulsionar a produtividade, a relação interpessoal, a motivação e a satisfação dos colaboradores no trabalho.

Partindo da premissa de que a comunicação é a base para o sucesso de qualquer empreendimento, o envolvimento do colaborador começa quando ele entende claramente as suas funções e a importância de sua participação no processo. Muitos profissionais não têm clareza de suas atribuições e de como o seu desempenho reflete nos resultados da empresa. Nesse cenário, muitos executam o seu trabalho de forma mecânica, incorreta, insegura ou desinteressada (MACHADO & MOREIRA, 2021).

Por vezes, esses colaboradores não se sentem confortáveis em conversar com seu líder, tampouco em apontar as falhas que poderiam ser solucionadas com a revisão de processos e o estabelecimento de um canal de comunicação efetivo. Entretanto, quando o colaborador tem o sentimento de pertencimento e percebe o impacto de sua participação nos resultados da

empresa, ele trabalha mais motivado e comprometido (REGO, 1986).

Frente ao exposto, a questão norteadora deste estudo foi investigar o clima organizacional está relacionado com a comunicação, a liderança e a motivação para o trabalho. Afinal, pressupõe-se que o modo como a comunicação e a liderança se estabelecem influencia no clima organizacional e nos resultados da empresa. Para tal, o presente estudo objetivou identificar os fatores que influenciam na gestão do clima organizacional e propor ações estratégicas capazes de promover o clima organizacional nas instituições de saúde.

Clima organizacional

O clima organizacional é o conjunto de sensações (positivas e negativas) existentes na instituição, as quais influenciam na motivação ou desmotivação do colaborador para o desempenho de suas atribuições. Quando o gestor consegue mensurar quais são os fatores (diretos e indiretos) que geram tais sensações e como os colaboradores se sentem em relação à organização é possível nortear as ações de gestão. Essa constatação emerge das relações diárias entre as lideranças e os liderados, isto é, do trabalho produzido em equipe e do canal de comunicação estabelecido (CHIAVENATO, 2014; MENESES & GOMES, 2010).

O clima organizacional pode ser mensurado através de um questionário de comunicação interno (físico ou virtual) que avalia como é a cultura da organização. O questionário possibilita, ainda, identificar o nível de satisfação dos colaboradores, os pontos fortes, as fragilidades e necessidades da organização. O resultado deste mapeamento auxilia o gestor no planejamento de ações de melhoria dos processos e dos ambientes de trabalho, bem como da gestão do capital humano (CHIAVENATO, 2004).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa, de abordagem qualitativa e análise descritiva. Foram seguidas as etapas de: problematização e elaboração da questão norteadora; escolha das palavras-chave, definição de critérios de seleção; coleta dos dados; e apresentação, análise e discussão dos resultados encontrados (SOUZA *et al.*, 2010). Ressalta-se que esse estudo atendeu aos requisitos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

A busca pelo referencial teórico ocorreu entre agosto e novembro de 2021 nas bases de dados do *Google Acadêmico*, por meio das palavras-chave: “comunicação”; “gestão” e “clima organizacional”. Desta busca foram encontrados 20.030 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos em português, publicados entre os anos de 2011 e 2021 e relacionados com a gestão da comunicação e do clima organizacional em serviços de saúde. Os critérios de exclusão foram: textos em outro idioma que não o português, incompletos ou em duplicidade e que não atendiam aos objetivos desse estudo.

Após aplicação dos critérios mencionados, foram pré-selecionados 60 materiais, os quais tiveram seus resumos lidos para seleção daqueles que mais se aproximavam dos objetivos do estudo, totalizando doze materiais. Posteriormente, foi realizada uma leitura minuciosa dos textos e, então, destacadas as evidências, as quais foram dispostas hierarquicamente (da maior para a menor frequência) em duas tabelas, atendendo aos objetivos deste estudo.

Na sequência, os textos foram discutidos em categorias temáticas intituladas: “Fatores que

influenciam na gestão do clima organizacional e comunicação nas organizações de saúde” e “Ações estratégicas para otimizar a comunicação empresarial e o clima organizacional na área da saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados hierarquizados por frequência foram apresentados nas **Tabelas 24.1** e **24.2**.

Tabela 24.1. Fatores que influenciam na gestão do clima organizacional e comunicação nas organizações de saúde

O ambiente de trabalho e a comunicação interferem na cultura organizacional (F4) Marques & Maфра (2013); Marchiori (2008); Kunsch (2006); Chiavenato (2004)
As habilidades técnicas e humanas do gestor interferem na forma de liderança e no clima organizacional (F2) Ferreira (2012); Chiavenato (2004)
O <i>feedback</i> ao liderado faz com que ele se sinta parte da organização e aprimore suas habilidades (F2) Ferreira (2012); Matos (2009)
O nível de satisfação dos colaboradores com o trabalho interfere no clima organizacional (F1) Oliveira <i>et al.</i> (2012)
Colaboradores satisfeitos aumentam a produtividade e geram vantagens competitivas (F1) Oliveira <i>et al.</i> (2012)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Tabela 24.2. Ações estratégicas para otimizar a comunicação empresarial e o clima organizacional na área da saúde

Compreender o processo motivacional dos colaboradores para entender as necessidades da equipe (F2) Nascimento (2012); Chiavenato (2004)
Ter uma comunicação estratégica e assertiva (F2) Nascimento (2012); Marchiori (2008)
Realizar <i>feedback</i> ao liderado (F1) Ferreira (2012)
Gerenciar as formas como a empresa fornece as informações, identificando e corrigindo falhas (F1) Matos (2009)
Aplicar a pesquisa de clima organizacional para auxiliar a gestão na tomada de decisão (F1) Tagliocolo & Araújo (2011)

Legenda: F é a frequência com que o dado foi evidenciado.

Fatores que influenciam na gestão do clima organizacional e comunicação nas organizações de saúde

O estudo evidenciou com maior frequência (F4) que o ambiente de trabalho, a forma de comunicação e a liderança interferem no clima e na cultura organizacional, comprovando a hipótese levantada nesse estudo (MARQUES & MAFRA, 2013; MARCHIORI, 2008; KUNSCH, 2006; CHIAVENATO, 2004).

Neste contexto, é válido destacar três estilos diferentes de liderança: a autocrática, a liberal e a democrática. Na liderança autocrática, a decisão é centralizada no líder e ele é detentor de toda informação, não havendo participação ativa da equipe nas decisões. Já na liderança liberal, o líder transfere sua responsabilidade de comunicar à equipe, deixando que os liderados

conduzam as atividades. Tal fato provoca competitividade entre os colaboradores e corrobora com a ocorrência de ruídos de comunicação e conflitos interpessoais, isto é, a famosa “rádio peão”. Por fim, na liderança democrática a comunicação ocorre de maneira efetiva e cada integrante assume o seu papel, exercendo suas atividades com responsabilidade (CHIAVENATO, 2004).

Dentre os estilos de liderança supracitados, é possível perceber como as reações dos liderados são geradas a partir das posturas dos líderes. Assim, cabe ao líder a responsabilidade de habituar-se ao contexto em que está inserido e desenvolver um olhar holístico para a resolução de conflitos e a tomada de decisão, usando a comunicação como uma ferramenta de gestão.

Assim, as habilidades técnicas e humanas do gestor reforçam que a forma de liderança interfere no clima organizacional (FERREIRA, 2012; CHIAVENATO, 2004). Para Chiavenato (2004), o líder precisa gerir pessoas e adotar uma postura sistêmica para promover a integração da equipe, identificar suas necessidades e estar aberto às inovações que podem melhorar as tarefas do cotidiano de trabalho. Quando o gestor participa das atividades junto ao seu colaborador ele motiva sua equipe e consegue identificar os gargalos da sua gestão, tornando possível planejar, implementar e avaliar ações que auxiliem no alcance dos melhores resultados.

Outro importante achado deste estudo, referido por Ferreira (2012) e Matos (2009), diz respeito a dar e receber *feedbacks*, uma das principais ferramentas de gestão que influencia no comportamento e comprometimento dos colaboradores. A realização do *feedback* possibilita ao colaborador fazer uma autoanálise, aprimorar habilidades, mudar atitudes e desenvolver o sentimento de pertencimento à organização. Desse modo, as suas funções passam a fazer sentido e o seu envolvimento com o trabalho aumenta, principalmente quando percebe que é valorizado pelo líder e pela organização. Colaboradores satisfeitos aumentam a produtividade e geram vantagens competitivas. Logo, medir o nível de satisfação dos colaboradores torna-se relevante, visto que está diretamente ligado ao clima organizacional (OLIVEIRA *et al.*, 2012; STEPHEN, 2005).

Ações estratégicas para otimizar a comunicação empresarial e o clima organizacional na área da saúde

Para melhorar o clima organizacional no trabalho é fundamental compreender o processo

motivacional e o grau de satisfação dos colaboradores para guiar o gestor no planejamento de ações que solucionem as demandas evidenciadas (NASCIMENTO, 2012; CHIAVENATO, 2004).

Ademais, Duarte (2013) e Chiavenato (2004) afirmam que o líder deve desenvolver a capacidade de adaptabilidade frente às necessidades e situações apresentadas, mesmo que seja inerente ao ser humano adotar posturas de resistência frente às mudanças em seu ambiente. Logo, a adaptabilidade envolve a ruptura e a mudança de paradigmas, portanto, caberá ao líder estimular o engajamento dos seus liderados para perceberem a importância desta mudança.

Na presença de uma cultura organizacional democrática e participativa, os colaboradores se sentirão seguros com seu líder, desenvolvendo um ambiente harmonioso e uma equipe coesa. Nesse sentido, todos estarão dispostos a aprimorar suas competências para melhor cumprir suas responsabilidades no trabalho. Para que isso ocorra, a comunicação estratégica assertiva é de suma importância (NASCIMENTO, 2012; MARCHIORI, 2008).

A comunicação não se limita ao repasse de informações, pois deve possibilitar a reflexão, o direcionamento e o *feedback* entre os envolvidos. O *feedback* eficaz é aquele que contribui para a melhoria no desempenho das atividades em cumprimento às metas estabelecidas. Desse modo, o colaborador perceberá a importância do seu trabalho promovendo o sentimento de integração à organização (FERREIRA, 2012).

No entendimento de Nascimento (2012) e Chiavenato (2004), para que a comunicação seja adequada é preciso compreender o processo motivacional de cada indivíduo, a fim de interpretar as necessidades da equipe. A motivação é inerente ao ser humano e parte de suas necessidades individuais. Cabe ao líder observar e conhecer, sempre que possível, os

anseios e as expectativas dos seus liderados. Essa postura permite ao gestor estabelecer um canal de comunicação assertivo para evitar frustrações e atingir os resultados esperados.

Ademais, planejar e gerenciar as formas como a empresa fornece as informações, bem como obter um parecer acerca do que foi comunicado ajuda a identificar e ajustar possíveis falhas no processo de comunicação (MATOS, 2009). Inclusive, destaca-se a comunicação como uma das metas internacionais de segurança do paciente. A comunicação deve ocorrer de forma clara e completa, independentemente do recurso e do contexto. Afinal, ela interfere diretamente na qualidade e segurança da assistência prestada ao paciente, na elaboração e implementação do plano de cuidados, bem como na gestão dos processos e das equipes.

Quando se há uma comunicação assertiva, os riscos e as falhas diminuem, elevando o grau de satisfação e segurança, tanto do paciente como dos profissionais, criando vantagens competitivas e um clima organizacional favorável (NASCIMENTO, 2012; MARCHIORI, 2008).

Por fim, o presente estudo evidenciou que a realização da pesquisa de clima organizacional corrobora a identificação de fatores como: a satisfação, as expectativas e as necessidades da pessoa em seu ambiente de trabalho. A partir destas informações, passa a ser possível nortear

os gestores para o planejamento e tomada de decisão no ambiente de trabalho (TAGLIOCOLO & ARAÚJO, 2011).

CONCLUSÃO

A comunicação interfere diretamente no clima da organização, inclusive, a forma de liderança reflete nas posturas dos liderados. Na área da saúde, as fragilidades no processo comunicacional ameaçam a segurança e a qualidade da assistência prestada, sendo responsáveis por um significativo número de iatrogenias, desengajamento e desmotivação da equipe para o trabalho.

Nesse contexto, dada a importância da comunicação no âmbito da saúde, essa habilidade é considerada uma meta internacional de segurança do paciente, além de ser uma estratégia que padroniza e otimiza os processos de trabalho.

Assim, esta discussão objetivou estimular uma reflexão acerca da importância de o gestor utilizar ferramentas estratégicas capazes de melhorar a sua gestão e proporcionar um clima organizacional favorável. Logo, cabe ao gestor utilizar diferentes habilidades para lidar com as diversas situações do cotidiano de trabalho, bem como assumir a responsabilidade de comunicar-se e tomar decisões de forma assertiva com base nas demandas das equipes e da organização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, n. 98, 24 maio 2016.
- CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.
- DUARTE, T.T. Liderança e clima organizacional [monografia]. Brasília: Centro Universitário de Brasília, 2013.
- FERREIRA, E.L.O.S.B. A influência da relação líder-liderado no clima organizacional. Revista de Administração de Roraima, v. 2, p. 29, 2012.
- KUNSCH, M.M.K. Comunicação organizacional: conceitos e dimensões dos estudos e das práticas. In: MARCHIORI, M. Faces da cultura e da comunicação organizacional. São Caetano do Sul: Difusão, 2006.
- MACHADO, G.L. & MOREIRA, L.J. A. Impacto do relacionamento entre gestor e liderado no engajamento para o trabalho. In: FREITAS, G.B.L., organizador. Saúde do trabalhador: políticas, intervenções e pesquisa. Irati: Pasteur, 2021, p. 73-84.
- MARCHIORI, M. Cultura e comunicação organizacional: um olhar estratégico sobre a organização. 2. ed. São Caetano: Difusão, 2008.
- MARQUES, A.C.S. & MAFRA, R.L.M. Diálogo no contexto organizacional e lugares de estratégia, argumentação e resistência. *Organicom*, v. 10, p. 72, 2013.
- MATOS, G.G. Comunicação empresarial sem complicação. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.
- MENESES, I.G. & GOMES, A.C.P. Clima organizacional: uma revisão histórica do construto. *Psicologia em Revista*, v. 16, p. 158, 2010.
- NASCIMENTO, E. Comportamento organizacional. Curitiba: IESDE, 2012.
- OLIVEIRA, D. *et al.* Clima organizacional: fator de satisfação no trabalho e resultados eficazes na organização. Apresentado no IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2012.
- REGO, F.G.T. Comunicação empresarial comunicação institucional. São Paulo: Summus, 1986.
- SOUZA, M.T. *et al.* Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010.
- STEPHEN, P.R. Comportamento organizacional. 11. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- TAGLIOCOLO, C. & ARAÚJO, G.C. Clima organizacional: um estudo sobre as quatro dimensões de análise. Apresentado no VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2011.

Capítulo 25

ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA E RESISTÊNCIA BACTERIANA

GIACOMO MICELI JUNIOR¹

1. *Discente – Mestrando em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.*

PALAVRAS-CHAVE

Infecção; Bactérias; Antibióticos.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia, somos levados a pensar criticamente a utilização de tecnologias como achados infográficos, *Business Intelligence* (BI), programas de auto e retroalimentação da consolidação de dados em saúde, mostras de indicadores de infecção hospitalar e mapas de precauções por contato. Todas essas fontes tecnológicas instituem a qualidade dos serviços de saúde ofertados, além de auxiliarem a promoção em saúde. A tecnologia em saúde propicia uma vasta possibilidade à equipe multiprofissional em saúde, viabilizando a inserção de conhecimento geral e aprofundando áreas científicas.

Dentro da perspectiva nosocomial, os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) desenvolvem seu papel de integração com a alta gestão uma vez que o poder de tomada de decisões é parte de sua atribuição. Todo o corpo da alta gestão deverá buscar uma integração efetiva por unanimidade, com o objetivo principal de articulação entre os setores ligados à assistência em saúde.

O corpo clínico institucional deverá ser periodicamente treinado pela alta gestão através de abordagens multimodais no controle de infecções causadas por multirresistentes. A equipe de saúde, em sua rotina diária, é desafiada a lidar com bactérias multirresistentes, trazendo seu reflexo de atuação nos quadros de colonização/infecções em pacientes admitidos e internados em nossos serviços de saúde (GASPAR *et al.*, 2021).

MÉTODO

A presente pesquisa é uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e análise descritiva, realizada entre os meses de setembro e outubro no ano de 2021.

Para tal, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e da questão de pesquisa;

busca dos artigos pelas palavras-chave definidas; determinação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização dos artigos de forma crítica; e discussão e interpretação dos resultados – momento em que os principais resultados são comparados e fundamentados com o conhecimento teórico.

O referencial teórico foi pesquisado na base de dados SCIELO e no motor de busca Google Acadêmico, por meio da combinação das palavras-chave: “Infecção”, “Bactérias” e “Antibióticos”. Destas buscas foram recuperados 30 materiais, os quais foram submetidos aos critérios de seleção.

Como critérios de seleção foram definidos: artigos no idioma da língua portuguesa; artigos definido e dentro do recorte temporal estabelecido de até de cinco anos de sua publicação; artigos completos dentro da temática explorada.

Como critério de exclusão foram definidos: artigos incompletos; publicados em outro idioma que não a língua portuguesa; dissertações de mestrado e teses de doutorado; artigos publicados fora do recorte temporal estabelecidos de até cinco anos na data de sua publicação.

Nesta busca foram recuperados 30 artigos, destes 20 no SCIELO e 10 no Google Acadêmico. Utilizou-se a análise metodológica de Minayo e Costa (2018).

Recuperados dez artigos desta busca no ano de 2021, com o objetivo de estimar a prevalência em estudos recentes que corrobora a prática da antibioticoterapia empírica como medida imediata ao combate das infecções por bactérias multirresistentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção farmacológica precoce é eficaz quando utilizada de forma empírica, no entanto traz riscos à saúde dos pacientes quando

não utilizada de modo racional. A intervenção mais assertiva para tomada de decisão/condução, em todos os estudos selecionados, é através de identificação do patógeno por antibiograma (PEREIRA, 2021).

A intervenção da equipe multiprofissional em saúde é diferenciada por suas áreas de atuação, cabendo-lhes um comprometimento de controle/contingência do avanço pernicioso de infecções por bactérias multirresistentes. Uma anamnese bem detalhada seguida de um histórico de saúde são grandes propulsores aliados neste processo.

Uma vez diagnosticada a infecção, caberá ao médico à prescrição de antibioticoterapia empírica antes mesmo de um antibiograma viável, visto que neste momento não há tempo a se perder. Para que haja qualidade no serviço multiprofissional em saúde no que tange a prevenção de pneumonias associadas à ventilação mecânica, a implementação de um programa de ações integradas deve fortalecer o setor de qualidade institucional, com o objetivo do estabelecimento de estratégias e definir diretrizes precisas de monitoramento da auditoria geral em todas as ações, sejam elas estratificadas nos Procedimentos Operacionais Padrão ou nas Rotinas Operacionais Padrão.

O início é a integração de todos os profissionais no entendimento e conhecimento das etapas do programa que comporá as seguintes etapas: 1) Todos e quaisquer procedimentos e rotinas deverão estar descritos em um manual. Este por sua vez sofrerá revisões periódicas com comunicação efetiva a todos os colaboradores; 2) O treinamento ou a reciclagem será periódico e comunicado a todos os membros da equipe multiprofissional em saúde; 3) Os indicadores serão definidos para mensuração da eficiência do trabalho executado. Os mesmos contemplarão a análise das não conformidades com a padronização de todos os

itens dos processos, o que afetivamente trará apontamentos as ações contínuas, preventivas, e para que o serviço seja melhorado; 4) A articulação de protocolos de tratamento uma vez fundamentados nos indicadores de qualidade, minimizará falhas e erros humanos, trará melhores resultados e celeridade aos processos, e, automaticamente, reduzirá custos.

O êxito do programa de qualidade institucional com participação da alta gestão depende do comprometimento de toda equipe multiprofissional em saúde. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, torna-se necessário o estabelecimento de uma equipe fortalecida que tenha uma ação conjunta com a educação continuada para controle e manejo clínico das infecções hospitalares. A humanização da equipe assistencial deverá ser a meta a ser alcançada e será avaliada periodicamente por um responsável por todo o planejamento, manutenção, controle de todos os programas assistenciais. Os programas deverão abranger: 1) Metodologia para o objetivo comum e de interesse coletivo, que é a profilaxia das infecções hospitalares; 2) O ambiente deverá ser redimensionado para os cuidados de prevenção e controle de disseminação de doenças infectocontagiosas; 3) Métodos para o acolhimento e integração de novos profissionais; 4) Publicações de pareceres e discussão de casos clínicos para o fortalecimento do conhecimento de toda equipe multiprofissional em saúde; 5) Destinar local apropriado para ministração de palestras, minicursos e treinamentos periódicos, conforme exigências das autoridades sanitárias locais, dos órgãos fiscalizadores e conselhos de classes profissionais (COSTA *et al.*, 2021).

O papel da Comissão de Controle de Infecção hospitalar no uso racional de antibióticos

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) seguirá as exigências do Ministério da Saúde, este por sua vez representado pelas Divisões de Vigilância Sanitária, locais chamados de Divisão de Vigilância Sanitária (DVS). Cada DVS possui a autonomia ao gerenciamento, diretrizes e supervisão de sua área programática e de distribuição. Ficam as DVS obrigadas, através de relatórios e indicadores de buscas ativas, a avaliar as atividades desenvolvidas por suas unidades de saúde vinculadas.

Seguindo a legislação vigente, cabe a CCIH a busca ativa dos casos de notificação compulsória, o preenchimento adequado de plataformas digitais, sites ou outras tecnologias, facilitadoras do processo de estratificação dos dados obtidos.

Ficam as instituições de saúde, obrigadas a prestarem contas destes dados consolidados, através de planilhas, formulários próprios ou quaisquer outros meios de tratamento, mensuração dos dados, gerando assim a documentação necessária que o Ministério da Saúde almeja através de suas DVS.

A CCIH de cada unidade hospitalar deverá conter seus registros de suas atividades diárias como, por exemplo: Rondas nos setores do hospital; Controle das datas em frascos de almotolias, Frascos de multidoses devidamente datados quando de sua abertura, o ensino contínuo das boas práticas em saúde no uso de equipamentos de proteção individual, quando do preparo e administração de antibióticos pela equipe de enfermagem, dentre outras atividades. Todas essas atividades possui o objetivo coletivo, comum: o controle de infecções hospitalares. Os treinamentos da equipe

multiprofissional em saúde deverão acontecer periodicamente, cabendo seus registros.

Toda a documentação da CCIH deverá respeitar os postulados éticos das profissões envolvidas, uma vez que a equipe multiprofissional é formada por uma variedade de categorias profissionais. Os registros deverão obedecer a uma lisura ilibada, a fim de evitar disparidades de informações, e constituir uma fonte confiável de dados à manutenção do corpo institucional. Os registros poderão fortalecer como álibi em processos éticos-legais ou até mesmo como provas cabíveis nas esferas administrativas, civis e criminais.

A CCIH estará sempre, vinculada a alta gestão hospitalar, e estará sujeita as suas diretrizes. O trabalho da CCIH deverá ser desenvolvido na busca de uma consultoria permanente dentro das instituições, e não em caráter punitivo. Caberá ao corpo da CCIH uma aproximação, a facilitação da educação continuada em saúde, com objetivo de minimizar os possíveis erros, eventos adversos ou iatrogenias oriundas da ação da equipe em saúde.

A equipe multiprofissional deverá cumprir as exigências do órgão com representatividade máxima, a Organização Mundial de Saúde (OMS), seguidas das diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e, por fim, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Todos esses órgãos trabalham com um objetivo comum, na integração para uma assistência qualificada em saúde.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi lançado em 1º de abril de 2013 pelo MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com diretrizes firmadas para a segurança do paciente, através de ações com abordagens multimodais a serem utilizadas pelos serviços de saúde em suas variadas naturezas. A antibioticoterapia empírica é utilizada nos serviços de saúde, visando a

permanência do maior bem do ser humano que é a vida.

O grande desafio do profissional de saúde diante da eleição da antibioticoterapia empírica é o conhecimento prévio da ação da droga ante os diferentes sítios orgânicos e sua ação de espectro em caso de desconfiância de alguma bactéria gram negativa que, na maioria dos casos, é causadora de infecções e estadas sépticas já conhecidas na prática hospitalar (SOUZA *et al.*, 2021).

Atualmente trabalha-se muito na eleição de um esquema empírico de antibioticoterapia, porém em vigências menores (PEREIRA, 2021). Cada vez mais se recomenda a desospitalização precoce, estabelecendo-se a alta hospitalar programada e qualificada. Estudos recentes apontam que a hospitalização prolongada possui

relação direta nos quadros de reinfecção dos pacientes, o desenvolvimento de quadros sépticos de difícil manejo, conseqüentemente aumento nos gastos dos serviços de saúde (BRITO & TREVISAN, 2021).

CONCLUSÃO

Em microbiologia e serviços de infecção médico-hospitalar, quanto mais precoce a retirada de circuitos de invasão, como cateteres venosos centrais, cateteres vesicais residentes e tubos orotraqueais, melhor será o prognóstico microbiológico dos pacientes. Tais medidas corroboram para uma qualidade de saúde mensurada conforme protocolos internacionais de saúde, gerando, assim, a promoção dos cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, G.B. & TREVISAN, M. O uso indevido de antibióticos e o eminente risco de resistência bacteriana. *Revista Artigos.Com*, v. 30, e7902, 2021.
- COSTA, A. *et al.* A enfermagem na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, v. 9, p. 37, 2021.
- GASPAR, F.A. *et al.* Interações medicamentosas relacionadas a associações de antimicrobianos em um hospital de média complexidade. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, v. 12, e7961, 2021.
- MINAYO, M.C.S. & COSTA, A.P. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, v. 40, 2018.
- PEREIRA, T.J. *et al.* O farmacêutico frente ao risco do uso irracional de antibiótico. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, p. 483, 2021.
- SOUZA, G.N. *et al.* Perfil de requisitos de antimicrobianos de uso restrito em unidade de terapia intensiva. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 10, 2021.

Capítulo 26

EFEITOS DA RESTRIÇÃO DE FODMAPs NA REDUÇÃO DE SINTOMAS DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

RABETH BRITO DOS SANTOS¹
VITÓRIA CARDOSO SALES¹
EMÍLIA DE SOUSA RODRIGUES¹
NICOLE DEBIA²
LORENA DA ROCHA BARROS²
MARIA DO CARMO DE CARVALHO E MARTINS^{2,3}

1. *Discente – Nutrição da Faculdade de Ensino Superior de Floriano - PIAUÍ (FAESF-PI).*
2. *Docente – Faculdade de Ensino Superior de Floriano - PIAUÍ (FAESF-PI).*
3. *Docente – Departamento de Biofísica e Fisiologia da Universidade Federal do Piauí (UFPI).*

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome do intestino irritável; FODMAPs; Dietoterapia.

INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino irritável (SII) é um distúrbio funcional crônico do sistema gastrointestinal que afeta cerca de 11% da população global. Os pacientes podem apresentar dor abdominal e hábito intestinal modificado, com predominância de diarreia (SII-D), constipação (SII-C) ou ambos (SII-M). Não há investigação definitiva, pois nenhum biomarcador foi encontrado. Por este motivo, a SII é diagnosticada clinicamente (CANAVAN *et al.*, 2014).

A SII é classificada como um distúrbio funcional que prejudica o funcionamento gastrointestinal que afeta a motilidade do intestino, a sensibilidade dos nervos intestinais e o modo como o cérebro controla algumas dessas funções. Porém, embora o funcionamento esteja afetado, não há anormalidades estruturais que possam ser descobertas por meio de exames como endoscopia, radiografias, biópsias ou exames de sangue. Assim, a SII é identificada pelas características dos sintomas, tais como dor e distensão abdominal, gases, constipação ou diarreia (MANUAL..., 2019). Neste contexto, segundo a Organização Mundial de Gastroenterologia (2015), a anamnese é fundamental, pois envolve a identificação dessas características consideradas típicas da SII.

A relação entre alimentação e desencadeamento ou agravamento dos sintomas não está esclarecida. Dessa forma, justifica-se a necessidade de pesquisas adicionais sobre o papel da intolerância alimentar como fator contribuinte para a SII. Um aspecto a ser considerado é que, embora as dietas de exclusão generalizadas não sejam aconselháveis, os pacientes com SII podem se beneficiar das dietas especificadamente pobres em FODMAPs (conjunto de carboidratos osmóticos fermentáveis de cadeia curta não absorvidos): oligossacarídeos (frutanos/galactanos), dissaca-

rídeos (lactose), monossacarídeos (frutose) e polióis fermentáveis (sorbitol/manitol) (ROSS *et al.*, 2016). Isso porque a ingestão de carboidratos fermentáveis de cadeia curta pode desencadear sintomas gastrointestinais indesejáveis, como dor e distensão abdominal, gases, constipação e/ou diarreia.

Os FODMAPs têm propriedades funcionais comuns: são mal absorvidos no intestino delgado, pois consistem em moléculas pequenas e osmoticamente ativas; e são rapidamente fermentados por bactérias e essa rapidez de fermentação é ditada pelo comprimento da cadeia de carbono em que, quanto menores, mais rapidamente fermentáveis elas são (BASTOS, 2016).

Teles *et al.* (2020), em estudo para avaliar a influência da dieta rica em FODMAPs nos sintomas de pacientes com SII, referiram que alimentos ricos em FODMAPs foram excluídos ou reduzidos da dieta habitual devido a contribuição na exacerbação dos sintomas.

Além da restrição de FODMAPs como uma alternativa terapêutica, alguns medicamentos (antibióticos, antidiarreicos, laxantes, antiespásticos) e nutracêuticos (probióticos, prebióticos, simbióticos), assim como a mudança de estilo de vida ou uma combinação desses métodos, têm sido alvo de estudos relacionados com a redução dos sintomas da SII.

Os probióticos são caracterizados como microrganismos vivos que, quando administrados via oral ou enteral em quantidades adequadas, conferem benefício à saúde do hospedeiro. Nesse contexto, a diminuição da distensão abdominal e da flatulência são resultados constantes nos tratamentos com o uso de probióticos. Portanto, a melhora da dor e o alívio de forma geral podem ser obtidos por meio do uso de algumas cepas como por exemplo: *B. infantis* para dor e distensão, e *B. lactis* para constipação (ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGIA, 2015). Assim, parece possível reduzir sintomas da SII através do tratamento dietoterápico pobre em FODMAPs combinado com intervenção farmacológica e/ou a partir de abordagens terapêuticas alternativas/integrativas (CATINEAN *et al.*, 2019) com hipnoterapia dirigida para o intestino, abrangendo efeitos psicológicos até modificações gastrointestinais fisiológicas, por exemplo (PETERS *et al.*, 2016). Dessa forma, este estudo teve como objetivo descrever os efeitos da restrição de FODMAPs na redução de sintomas da SII.

MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão executada no período de maio a junho de 2021, que inclui pesquisas realizadas nos últimos seis anos (2016-2021).

Esta pesquisa foi elaborada seguindo as etapas do seu processo de construção: definição da pergunta norteadora do estudo, seleção dos artigos científicos a serem revisados e categorização e avaliação desses estudos.

Elaboração da pergunta norteadora

A definição da pergunta norteadora foi realizada por meio da aplicação da estratégia PICO (Paciente, Intervenção, Comparador e Desfecho), sendo: (P) pacientes com síndrome do intestino irritável, (I) uso da dieta com restrição de FODMAPs, (C) comparação com uma dieta adequada para síndrome do intestino irritável sem restrição de FODMAPs e, (O) melhora dos sintomas intestinais. Dessa forma, a pergunta de pesquisa elaborada foi: Há evidências de que dietas com restrição de FODMAPs reduzem os sintomas intestinais em pacientes com síndrome do intestino irritável?

Busca e seleção dos estudos

O levantamento foi executado na base de dados eletrônica PubMed e no Google Acadêmico, utilizando os descritores em português e termos correspondentes em inglês: síndrome do intestino irritável, FODMAPs e dietoterapia. Os descritores foram combinados pelo operador booleano AND, como exemplificado a seguir: “síndrome do intestino irritável AND fodmaps” e “síndrome do intestino irritável AND dietoterapia”.

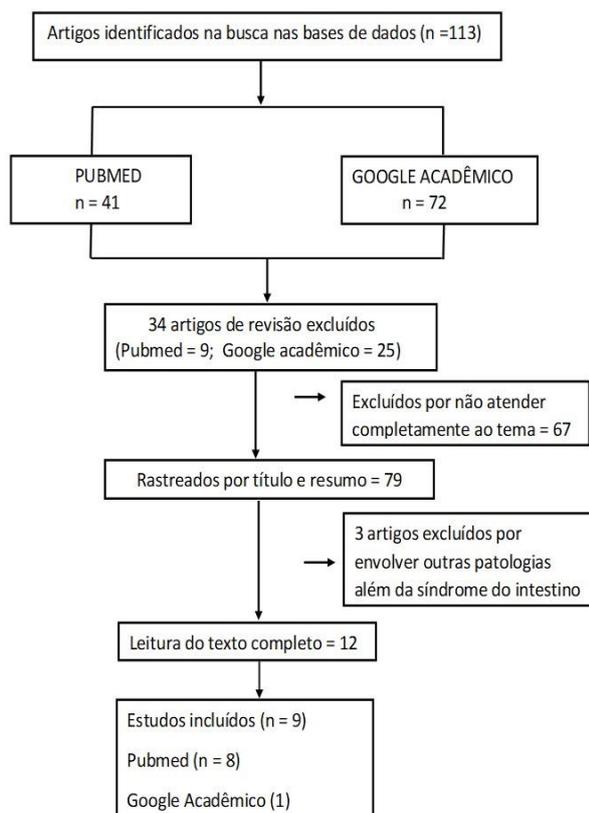
Foram considerados critérios de inclusão: estudos desenvolvidos com jovens, adultos e/ou idosos; estudos em que os participantes receberam aconselhamento para seguir uma dieta pobre em FODMAPs; estudos em que os participantes tinham como intervenção a combinação da restrição de FODMAPs com outras abordagens; estudos em que os participantes foram orientados a seguir uma dieta pobre em FODMAP combinada a um probiótico; e estudos em que os participantes foram submetidos a uma dieta pobre em FODMAPs seguida de reintrodução de FODMAPs selecionados. Foram excluídos artigos de revisão e artigos que não abordaram a dietoterapia em pacientes com síndrome do intestino irritável.

Após a realização do levantamento, a seleção dos estudos foi realizada em duas etapas; a primeira por meio da leitura de títulos e resumos e a segunda pela leitura do texto completo (**Figura 26.1**).

Coleta de dados

As informações extraídas dos estudos foram: tipo de estudo, autores, ano de publicação, grupo etário, características de FODMAPs excluídos e tratamento dietoterápico utilizado na síndrome do intestino irritável.

Figura 26.1. Fluxograma de seleção dos estudos



Síntese dos resultados da revisão

Após a seleção dos estudos, realizou-se a categorização do material por temática e as informações extraídas dessas pesquisas estão disponibilizadas no **Quadro 26.1** com posterior discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o levantamento foram recuperados 113 artigos, e, após o processo de análise, exclusão de artigos de revisão e aplicação dos critérios de inclusão, nove artigos foram incluídos nessa revisão. No **Quadro 26.1** são apresentadas as principais características dos estudos selecionados e os efeitos mais frequentes da utilização de uma dieta com restrição de FODMAPs no tratamento da síndrome do intestino irritável. Em cinco dos nove trabalhos incluídos nesta revisão foram

encontrados resultados que evidenciam melhora dos sintomas intestinais na SII com a restrição de FODMAPs na dieta.

A análise dos artigos incluídos nesta revisão evidenciou em cinco estudos que dietas com restrição de FODMAPs são eficazes na redução de sintomas da SII, sobretudo em pacientes que manifestam sintomas como dor/distensão abdominal, flatulência, gases e diarreia. Em três estudos a combinação da restrição de FODMAPs com outras abordagens como tratamento com probiótico, hipnoterapia, dieta balanceada e sem glúten apresentaram efeitos semelhantes na melhora dos sintomas da SII. Em um estudo cuja intervenção foi realizada com uma dieta pobre em FODMAP combinada à um probiótico houve alívio dos sintomas da doença (STAUDACHER *et al.*, 2017).

O tratamento da SII vai depender da natureza e intensidade dos sintomas, do grau de comprometimento funcional e de fatores psicossociais envolvidos. As medidas não farmacológicas consistem na primeira opção de tratamento, sendo a dieta com abordagem individualizada, ampla e integral considerada a intervenção mais eficaz (SAHA, 2014).

Uma abordagem considerada promissora para melhor controle dos sintomas tem sido a dieta com restrição de FODMAPs, embora não exista consenso quanto a sua recomendação (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, Laatikainen *et al.* (2016) pretenderam verificar se a substituição de pão de centeio regular (rico em FODMAPs) por pão de centeio com baixo teor de FODMAPs afeta os sintomas e a qualidade de vida em pacientes com SII. Os participantes foram fornecidos e instruídos a consumir 3,504 fatias (105-120 g) de cada pão/dia durante a primeira semana do estudo e 7-8 fatias (210-240 g) durante as semanas 2 e 4. Ficou evidente que o pão de centeio com baixo teor de FODMAP causou menos fermentação no

cólon, menos flatulência, menos dor abdominal, menos cólicas e menos ronco no estômago do que o pão de centeio normal, além de apresentar boa aceitação pelos pacientes do estudo. Ademais, o pão de centeio pobre em FODMAPs foi uma forma viável de aumentar a ingestão de fibra alimentar (11-14%). Apesar disso, apenas substituir o pão de centeio regular por pão com baixo teor de FODMAP provavelmente não é suficiente para a maioria dos pacientes alcançar reduções clinicamente consideráveis dos sintomas da SII.

Pirkola *et al.* (2018), em estudo com participantes jovens, adultas e idosas instruídas a comer os pães em três refeições consecutivas durante um dia, compararam os efeitos do pão de centeio regular com o pão de centeio pobre em FODMAP nos sintomas da SII. Assim como no estudo de Laatikainen *et al.* (2016), o pão de centeio pobre em FODMAP reduziu a fermentação do cólon em comparação com o pão de centeio regular. Além disso, a severidade máxima da flatulência foi menor com o pão de centeio pobre em FODMAP.

Teles *et al.* (2020) demonstraram, em estudo com seis pacientes do sexo feminino com diagnóstico de SII, que alimentos ricos em carboidratos fermentadores, como frutanos, lactose, polióis, oligossacarídeos e galactanos, podem ter relação direta com a piora no quadro sintomático de portadores da SII e que a presença de alimentos ricos em FODMAP presentes na dieta habitual contribui na exacerbação dos sintomas.

De modo semelhante, de acordo com Harvie *et al.* (2017), uma redução geral na quantidade de FODMAPs consumidos melhorou não só os

sintomas como também a qualidade de vida dos participantes e foi mantida durante o período de estudo de seis meses.

Além disso, foi constatado que o aconselhamento nutricional individual com menor ingestão de FODMAP foi mais útil do que o conselho breve sobre uma dieta comumente recomendada para pacientes com SII moderada a grave, apresentando melhora dos sintomas da doença. Assim, os pacientes, por sua vez, foram aptos para seguir este conselho dietético por até um mês com uma redução na ingestão de itens contendo FODMAP (PATCHARATRAKUL *et al.*, 2019).

Por outro lado, apesar da utilização de uma dieta com baixa fermentação de oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis promover diminuição dos sintomas da SII, em um estudo específico cujas intervenções realizadas consistiram em comparar os efeitos de restrição de FODMAP com manter uma dieta sem glúten ou com uma dieta balanceada sem restrição de FODMAPs, o alívio dos sintomas da SII foi semelhante. A diferença nesse caso foi apenas a aceitação das dietas, em que a dieta balanceada, mas, sem restrição de FODMAPs e adequadamente distribuída nas diferentes refeições, apresentou melhor índice de aceitação pelos pacientes do que a dieta pobre em FODMAPs ou sem glúten. Essa dieta, ao mesmo tempo que garante um suprimento diário adequado de macronutrientes e fibras, evita que os pacientes sofram pela sobrecarga excessiva de FODMAPs, dividindo a ingestão total em cinco refeições diárias (PADUANO *et al.*, 2019).

Quadro 26.1. Trabalhos que avaliaram os efeitos da restrição de FODMAP na redução de sintomas na SII

AUTOR / ANO	POPULAÇÃO	INTERVENÇÃO	COMPARADOR	DESFECHO
Catinean <i>et al.</i> (2019)	Jovens, adultos e idosos	Grupo 2: Formulação probiótica com esporos - <i>Bacillus</i> spp. (MegaSporeBiotic, Microbiome Labs, St. Augustine, FL, EUA) por 34 dias (1 cápsula/dia durante os primeiros 7 dias; 2 cápsulas/dia por 27 dias) (n = 30) Grupo 3: Rifaximina (1.200 mg/dia) seguido de probiótico <i>Bifidobacterium longum</i> W11 + dieta pobre em FODMAP (n = 30)	Rifaximina 1.200 mg/dia seguido de <i>Bifidobacterium longum</i> W11 + prebióticos (fibra solúvel e vitaminas do complexo B) (n = 30)	Tratamento com esporos de <i>Bacillus</i> spp. atenuou sintomas de dor e distensão abdominal melhor que a rifaximina + agente nutracêutico e de forma semelhante à rifaximina + dieta pobre em FODMAP.
Peters <i>et al.</i> (2016)	Adultos	Dieta pobre em FODMAP (n = 24) Dieta pobre em FODMAP + hipnoterapia dirigida para o intestino (n = 25)	Hipnoterapia (n = 25)	Hipnoterapia na SII teve efeito semelhante ao da dieta pobre em FODMAP no alívio de dor e distensão abdominal, náuseas e gases e na satisfação com a consistência das fezes.
Laatikainen <i>et al.</i> (2016)	Jovens, adultos e idosos	Pão de centeio com baixo teor de FODMAP (n = 73)	Pão de centeio regular (n = 74)	Pão de centeio pobre em FODMAP → menos fermentação no cólon, menos flatulência, menos dor abdominal, menos cólicas e menos ronco no estômago.
Pirkola <i>et al.</i> (2018)	Jovens, adultas e idosas	Pão de centeio com baixo teor de FODMAP (n = 7)	Pão de centeio regular	A ingestão de pão de centeio pobre em FODMAP reduziu fermentação do cólon.
Teles <i>et al.</i> (2020)	Mulheres adultas	Orientação alimentar + recomendação de retirada e/ou diminuição de alimentos FODMAP + dieta adaptativa (n = 6)	Alimentação sem restrição de FODMAPs	Restrição de FODMAPs reduziu flatulência, diarreia, distensão e dor abdominal na SII.
Paduano <i>et al.</i> (2019)	Jovens e adultos	Grupo 1: dieta pobre em FODMAP (n = 34) Grupo 2: dieta isenta de glúten (n = 30) Grupo 3: dieta balanceada com FODMAP adequadamente distribuído nas refeições (n = 28)	Alimentação contendo FODMAP	Dieta pobre em FODMAP, dieta sem glúten e dieta balanceada foram eficazes na redução da dor abdominal e inchaço e na melhoria da qualidade de vida em pacientes com SII. Alimentação com FODMAP nas refeições teve melhor aceitação.

Staudacher <i>et al.</i> (2017)	Jovens, adultos e idosos	Grupo 1: dieta simulada + probiótico multistrain contendo cepas de <i>Streptococcus thermophilus</i> DSM 24731, <i>Bifidobacterium breve</i> DSM 24732, <i>B. longum</i> DSM 24736, <i>B. infantis</i> DSM 24737, <i>Lactobacillus acidophilus</i> DSM 24735, <i>L. plantarum</i> DSM 24730, <i>L. paracasei</i> DSM 24733, <i>L. delbrueckii</i> subsp. <i>Bulgaricus</i> DSM 24734 (n = 26) Grupo 2: dieta pobre em FODMAP + placebo (n = 24) Grupo 3: dieta pobre em FODMAP + probiótico (n = 27)	Placebo - dieta simulada + placebo (n = 27)	Maior alívio dos sintomas intestinais com dieta pobre em FODMAPs + probiótico.
Harvie <i>et al.</i> (2017)	Adultos	Grupo 1: Dieta pobre em FODMAPs no início do estudo/reintrodução de alimentos após três meses (n = 23) Grupo 2: Educação alimentar no segundo período de três meses (período inicial de espera de três meses sem educação dietética) (n = 27)	Alimentação contendo FODMAPs	A redução de FODMAPs melhorou os sintomas na SII.
Patcharatrakul <i>et al.</i> (2019)	Adultos e idosos	Aconselhamento breve sobre dieta comumente recomendada (n = 32) Aconselhamento nutricional individual estrutural pobre em FODMAPs (n = 30)	Alimentos com alto teor de FODMAPs	Melhora de desconforto abdominal e inchaço na SII associada à menor ingestão de FODMAP.

Na SII, não só a alimentação, mas também fatores emocionais (apesar de não serem considerados causa da SII) devem ser investigados e avaliados, pois são condições agravantes do quadro na doença (LIMA *et al.*, 2018). Nesse sentido, Peters *et al.* (2016) investigaram o envolvimento de fatores psicológicos através da comparação entre hipnoterapia, dieta com baixo conteúdo de FODMAPs e da combinação das duas intervenções. Os autores constataram que a hipnoterapia dirigida ao intestino para o tratamento da SII apresentou efeito semelhante à dieta pobre em FODMAPs no alívio de sintomas e pareceu ter um efeito superior de modular positivamente os índices psicológicos a longo prazo. A técnica mostrou atenuação nos fatores emocionais dos participantes, tais como

ansiedade e depressão, isto porque esses sintomas reduziram nos participantes que receberam hipnoterapia direcionada ao intestino desde o início até seis meses após o tratamento. É, portanto, considerada uma modalidade possível como terapia primária para pacientes com SII. O cuidado com o paciente de modo individual é necessário, pois também podem surgir casos que envolvem ansiedade, nervosismo, preocupação ou eventos que levam à complicações psicossociais relacionadas à sintomatologia da doença (TELES *et al.*, 2020).

Outra abordagem direcionada à redução dos sintomas na SII consiste na utilização de prebióticos e probióticos. Nesse sentido, Catinean *et al.* (2019) constataram que uma formulação probiótica baseada em esporos consistindo em cinco *Bacillus* spp. apresentou

efeitos semelhantes na redução dos sintomas em pacientes com SII quando comparados com o tratamento por 10 dias com rifaximina (1200 mg diários) seguido de tratamento com agente nutracêutico ou dieta pobre em FODMAPs. Porém, um resultado significativamente melhor na qualidade de vida dos participantes devido a manipulação da microbiota intestinal - fator essencial no tratamento da SII - poder ser alcançado através do tratamento com *Bacillus* spp. à base de esporos para tratar a SII.

Em Staudacher *et al.* (2017), uma dieta pobre em FODMAPs combinada com probiótico resultou em maior alívio na redução dos sintomas da SII em comparação com dieta simulada em combinação com probiótico *multistrain* e dieta com combinação de diferentes cepas juntamente com o placebo. Entretanto, de acordo com este estudo, não está evidente se as mudanças resultaram da restrição coletiva de FODMAP ou da remoção de um

componente específico, como a lactose. Em relação ao probiótico *multistrain*, a combinação de diferentes cepas aumentou o número de espécies de *Bifidobacterium* em comparação com o placebo, e pode ser aplicada para a restauração dessas bactérias em pacientes com dieta pobre em FODMAPs.

CONCLUSÃO

A maioria dos estudos analisados nesta revisão indicam efeito benéfico da restrição de FODMAPs na diminuição de sintomas da SII. Dessa forma, verifica-se a importância do nutricionista na elaboração de um plano alimentar específico para pacientes portadores da síndrome do intestino irritável. Junto a uma equipe multidisciplinar, poderão alcançar o sucesso, a eficácia e a segurança do plano terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTOS, T. Síndrome do Intestino Irritável e dieta com restrição de FODMAPS [monografia]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2016.
- CANAVAN, C. *et al.* The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology*, v. 6, p. 71, 2014.
- CATINEAN, A. *et al.* Bacillus spp. Spores: a promising treatment option for patients with irritable bowel syndrome. *Nutrients*, v. 11, p. 1968, 2019.
- HARVIE, R. *et al.* Long-term irritable bowel syndrome symptom control with reintroduction of selected FODMAPs. *World Journal of Gastroenterology*. v. 23, p. 4632, 2017.
- LAATIKAINEN, R. *et al.* Randomised clinical trial: low-FODMAP rye bread vs. regular rye bread to relieve the symptoms of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. v. 44, p. 460, 2016.
- LIMA, V. *et al.* Nutrição clínica. Porto Alegre: SAGAH, 2018.
- MANUAL Merck de informação médica: saúde para a família. Síndrome do intestino irritável (SII). Manual MSD, 2019. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/fatos-r%C3%A1pidos-dist%C3%BArbios-digestivos/s%C3%ADndrome-do-intestino-irrit%C3%A1vel-sii/s%C3%ADndrome-do-intestino-irrit%C3%A1vel-sii>. Acesso em: 28 out. 2020.
- OLIVEIRA, P.D.T.M. *et al.* The LOW-FODMAP diet reduces symptoms of irritable bowel syndrome? An evidence-based review. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 36, p. 126, 2020.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE GASTROENTEROLOGISTA - WGO. Síndrome do intestino irritável: uma perspectiva mundial, v. 1. Geneva: OMS, 2015.
- PADUANO, D. *et al.* Effect of three diets (low-FODMAP, gluten-free and balanced) on Irritable Bowel Syndrome symptoms and health-related quality of life. *Nutrients*, v. 11, p. 1566, 2019.
- PATCHARATRAKUL, T. *et al.* Effect of structural individual low-FODMAP dietary advice vs. brief advice on a commonly recommended diet on IBS symptoms and intestinal gas production. *Nutrients*, v. 11, p. 2856, 2019.
- PETERS, S.L. *et al.* Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, v. 44, p. 447, 2016.
- PIRKOLA, L. *et al.* Low-FODMAP vs regular rye bread in irritable bowel syndrome: Randomized SmartPill study. *World Journal of Gastroenterology*. v. 24, p. 1259, 2018.
- ROSS, C. *et al.* Nutrição moderna de Shils na saúde e na doença. 11. ed. São Paulo: Manole, 2016.
- SAHA, L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*. v. 20, p. 6759, 2014.
- STAUDACHER, H. M. *et al.* A diet low in FODMAPs reduces symptoms in patients with irritable bowel syndrome and a probiotic restores bifidobacterium species: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, v. 153, p. 936, 2017.
- TELES, K. *et al.* Ingestão dietética de alimentos ricos em FODMAPs em portadores da síndrome do intestino irritável. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 9, e2608, 2020.

Capítulo 27

PREVALÊNCIA DO PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO EM GESTANTES *VERSUS* FORMA DE ALEITAMENTO: ESTUDO TRANSVERSAL

LUIZ RICARDO MARAFIGO ZANDER¹
IANKA DO AMARAL¹
AMANDA GABRIELI SCHUBER SPÓSITO RANGEL²
RAFAELA IURK³
EDUARDO BASSANI DAL' BOSCO⁴
MARCIANA RODRIGUES CAVALCANTE⁴
GABRIEL DE SOUZA RANGEL⁵
GUILHERME ARCARO⁶
LINCOLN ARYSTOTHELES GEWEHR BABO ALVES⁷
PATRÍCIA DE FÁTIMA FIREK⁸
DAYANE JAQUELINE GROSS⁹
GIOVANA CAROLINA LISBOA CANDIDO¹⁰
CRISTINA BERGER FADEL¹¹
THAÍS REGINA KUMMER FERRAZ¹¹
FABIANA BUCHOLDZ TEIXEIRA ALVES¹¹

1. *Discente – Mestrando em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
2. *Discente – Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
3. *Discente – Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
4. *Docente – Professor da graduação em Enfermagem da UNOPAR Ponta Grossa.*
5. *Servidor – Médico Ortopedista no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.*
6. *Docente – Professor da graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
7. *Servidor – Médico Pediatra no Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
8. *Servidor – Cirurgiã-Bucomaxilofacial no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.*
9. *Discente – Mestranda em Anatomia pela Universidade Estadual de Campinas.*
10. *Discente – Residente em Neonatologia do Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*
11. *Docente – Professora da graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa.*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde bucal; Pré-natal; Gestantes.

INTRODUÇÃO

A assistência odontológica gestacional é imprescindível para a plenitude da qualidade de vida, bem-estar e saúde integral da mulher durante a gravidez (MARK, 2018). Isto porque, segundo evidências científicas, há correlação entre doenças bucais e o período gravídico; seja pela agudização de processos inflamatórios periodontais, maximizados pelas transformações hormonais da gestação, seja em virtude do aumento da ingestão de alimentos associada à má higienização bucal ou pela crença de eventuais riscos associados aos procedimentos odontológicos *versus* estado gestacional. Ademais, não raras vezes, a conjuntura social e financeira contribui para a falta de acesso ao tratamento e cuidado com a saúde bucal durante a gestação (CATÃO *et al.*, 2015; GALVAN, 2019).

Tais situações requerem contínuo cuidado, incentivo e acompanhamento para a promoção da saúde bucal. Neste sentido, destaca-se o papel do Pré-Natal Odontológico (PNO) como estratégia que garante a interdisciplinaridade da assistência em momento oportuno, sendo ofertado na atenção primária com fundamental importância na articulação dos saberes ao evidenciar as necessidades e problemáticas de saúde das gestantes (GALVAN, 2019).

No estado do Paraná, a política Rede Mãe Paranaense torna obrigatória a realização de pelo menos uma consulta odontológica às gestantes assistidas na rede pública de saúde (PARANÁ, 2021). Durante a consulta, além de realizar atendimentos básicos à gestante, o cirurgião-dentista pode (e deve) promover orientações em prol do aleitamento materno (HARB *et al.*, 2020).

Valendo-se desses fatos, o Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HUMAI-UEPG) - hospital de ensino de aporte integralmente do

Sistema Único de Saúde (SUS) - dispõe de uma equipe interdisciplinar que presta assistência multiprofissional às gestantes e puérperas. Entretanto, embora haja uma estrutura de serviço e ensino que oferece a prestação do atendimento interdisciplinar gratuito a este público, verificou-se uma lacuna quanto a realidade regional relacionada à realização do PNO e seu desdobramento no tipo de aleitamento ofertado aos neonatos no período pós-parto.

Diante disto, o objetivo foi investigar a prevalência de realização do PNO em puérperas assistidas no Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HUMAI-UEPG) e a forma de aleitamento ofertado aos neonatos no puerpério (até 49 horas pós-parto).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Os dados foram obtidos por intermédio de um questionário semiestruturado destinado às puérperas assistidas no Hospital Universitário Materno-Infantil da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HUMAI-UEPG), em regime de internação puerperal (49 horas pós-parto), no período de fevereiro a setembro de 2021. A coleta foi realizada por residentes de odontologia hospitalar neonatal do HUMAI-UEPG. Todos os pesquisadores foram previamente calibrados e as mães consentiram em responder o questionário. O instrumento foi organizado de acordo com aspectos relacionados ao PNO e à forma de aleitamento do recém-nascido.

Foram respondidos e computados 917 questionários no período considerado. Os dados foram compilados e organizados em tabela no programa *Microsoft Office Excel 2013*, sendo realizada a mensuração e análise estatística descritiva.

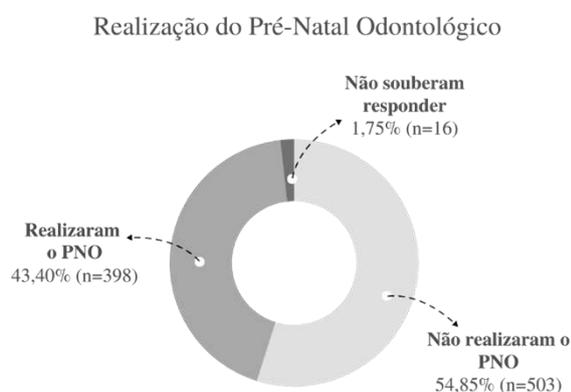
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº. 3.234.262.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o **Gráfico 27.1**, das 917 mães respondentes no período considerado, 54,85% (n = 503) responderam que não realizaram o PNO, 43,40% (n = 398) indicaram a realização e apenas 1,75% (n = 16) não souberam responder a pergunta, pois não se recordavam com clareza da realização de qualquer consulta odontológica durante a gravidez.

De encontro ao estudo de Souza *et al.* (2021), a baixa prevalência de realização do PNO observada no presente estudo pode estar associada à insegurança das equipes de saúde bucal no atendimento odontológico à gestante e até mesmo das gestantes frente ao atendimento odontológico, ainda permeado por questões culturais. Além disso, o desconhecimento do termo “pré-natal odontológico” pode justificar a porcentagem observada, uma vez que não há padronização e normatização clara dessa terminologia na literatura científica e de suas práticas entre profissionais da saúde (NEVES *et al.*, 2021).

Gráfico 27.1. Porcentagens relativas à realização do PNO



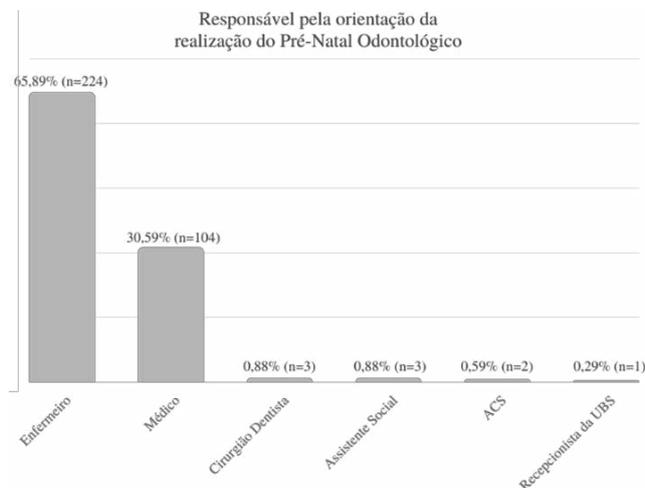
Em relação a orientação para realização do PNO, 59,76% (n = 548) das mães não foram orientadas sobre a necessidade desta assistência durante a gestação, 37,08% (n = 340) foram orientadas a serem assistidas pela equipe de saúde bucal e 3,16% (n = 29) não souberam responder ao questionamento. A baixa prevalência de orientação quanto a necessidade de realização do PNO também se relaciona a questões culturais, de insegurança quanto à assistência, bem como ao desconhecimento da terminologia PNO entre os profissionais de saúde (NEVES *et al.*, 2021) (**Gráfico 27.2**).

Gráfico 27.2. Porcentagens relativas à orientação para a realização do PNO



No que diz respeito ao responsável pela orientação das 340 mães a respeito da necessidade de realização do PNO, 65,89% (n = 224) foram enfermeiros, 30,59% (n = 104) médicos, 0,88% (n = 3) cirurgiões-dentistas, 0,88% (n = 3) assistentes sociais, 0,88% (n = 3) familiares, 0,59% (n = 2) agentes comunitários de saúde e 0,29% (n = 1) recepcionista da unidade básica de saúde (UBS) (**Gráfico 27.3**).

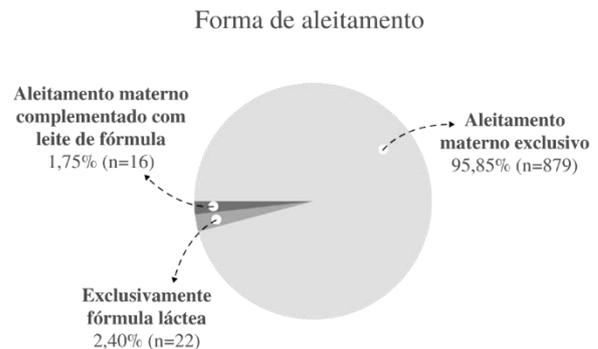
Gráfico 27.3. Responsável pela orientação da necessidade de realização do PNO



A alta prevalência de não cirurgiões-dentistas a prestar a orientação da necessidade de realização do PNO revela o fundamental papel da atuação interdisciplinar na saúde, com o objetivo de ampliar a captação das gestantes para o cuidado e assistência odontológica. De acordo com a revisão sistemática realizada por Reeves *et al.* (2016), a interdisciplinaridade está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada às pacientes, enfatizando o valor da comunicação entre os membros das equipes de saúde como estratégia essencial para contemplar a plenitude de necessidades da população a ser assistida.

Quanto a forma de aleitamento ofertado para os recém-nascidos no período da coleta dos dados, 95,85% (n = 879) estavam exclusivamente em aleitamento materno, 2,40% (n = 22) em aleitamento somente por fórmula láctea e 1,75% (n = 16) em aleitamento materno complementado com leite de fórmula (Gráfico 27.4).

Gráfico 27.4. Forma de aleitamento ofertado aos recém-nascidos



Importante destacar que do universo de 38 neonatos que não estavam em aleitamento materno exclusivo, 52,63% (n = 20) são filhos de puérperas que realizaram o PNO e 47,37% (n = 18) de puérperas que indicaram não ter realizado o PNO. Esta informação reforça o despreparo formativo dos cirurgiões-dentistas na prática do aleitamento materno, refletindo na baixa qualidade das orientações ofertadas durante as consultas de PNO (NEVES *et al.*, 2021).

Não obstante, é válido ressaltar que outros fatores, como presença de anomalia craniofacial no neonato, anquiloglossia, presença de fissura mamilar na puérpera, introdução de chupetas, utilização de substâncias ilícitas ou presença de doenças infecciosas que sejam incompatíveis com o aleitamento materno, bem como a necessidade de atendimento emergencial e prematuridade do neonato, podem estar relacionados à não realização do aleitamento materno (exclusivo ou não) mesmo quando da realização do PNO (BARBOSA *et al.*, 2018; GIANNI *et al.*, 2018; AMORIM *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2019; RAMOSER *et al.*, 2019; LIMA *et al.*, 2020; SAMPAIO *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2021; PINTO *et al.*, 2021; RIBEIRO & FERNANDES, 2021).

O PNO é o momento oportuno para a assistência frente aos maus hábitos de higiene bucal apresentados pelas gestantes, os quais

podem provocar parto prematuro e baixo peso ao nascimento (NEVES *et al.*, 2021). Ademais, possibilita o fornecimento de orientações acerca da importância da amamentação para o desenvolvimento da criança, alimentação saudável, higiene bucal e hábitos de sucção (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Os números observados neste estudo se distanciam do que é preconizado na literatura, destacando a necessidade de investimento em estratégias para preparo das equipes de saúde da atenção primária para que as gestantes sejam referenciadas ao cirurgião-dentista para a realização do PNO.

CONCLUSÃO

Foi verificada baixa prevalência de realização do PNO entre as puérperas respondentes, bem como de orientação sobre a necessidade de sua realização. Ademais, houve multiplicidade quanto ao responsável pelas orientações às gestantes sobre o PNO, evidenciando que ainda há necessidade de capacitar as equipes de saúde pública quanto ao conhecimento do termo PNO e da atuação interdisciplinar, de forma a garantir que as gestantes sejam referenciadas ao cirurgião-dentista para realização do Pré-Natal Odontológico. Além disso, há necessidade de qualificação dos cirurgiões-dentistas para assistência em prol do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, S.M.R. *et al.* A prática do aleitamento materno em crianças com fissuras labiopalatinas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, e296, 2019.
- BARBOSA, D.M. *et al.* Assessment of factors associated to nipple trauma/Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, p. 1063, 2018.
- CATÃO, C.D.S. *et al.* Evaluation of the knowledge of pregnant women about the relationship between oral diseases and pregnancy complications. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 44, 2015.
- GALVAN, J. Pré-natal odontológico de gestantes de alto risco: análise sob o prisma de diferentes fatores [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2019.
- GIANNI, M.L. *et al.* Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants. *BMC Pediatrics*, v. 18, 2018.
- HARB, D.A. *et al.* A importância do pré-natal odontológico. *Revista Cathedral*, v. 2, p. 145, 2020.
- LIMA, A.P.E. *et al.* Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.
- LIMA, D.M. *et al.* As infecções sexualmente transmissíveis e o impacto na transmissão vertical: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 9, e632974433, 2020.
- MARK, A.M. Dental care during pregnancy. *The Journal of American Dental Association*, v. 149, p. 1001, 2018.
- NEVES, G.J. *et al.* Utilização da terminologia pré-natal odontológico: uma revisão integrativa da literatura. In: FADEL, C.B. *et al.* *Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas*, v. 1. Guarujá: Editora Científica Digital, 2021, p. 242-254.
- OLIVEIRA, L.F.A.S. *et al.* A importância do pré-natal odontológico para gestantes: revisão bibliográfica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, v. 1, p. 5, 2017.
- OLIVEIRA, M.P. *et al.* Fatores que dificultam o aleitamento materno na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Research, Society and Development*, v. 10, e39010817190, 2021.
- PARANÁ. Secretaria de Saúde. *Linha de cuidado em saúde bucal*. 3. ed. Curitiba: SESA, 2021.
- PINTO, L.F.D.S.N. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, 2021.
- RAMOSER, G. *et al.* Frenotomy for tongue-tie (frenulum linguae breve) showed improved symptoms in the short and long-term follow-up. *Acta Paediatrica*, v. 108, p. 1861, 2019.
- REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, v. 38, p. 656, 2016.
- RIBEIRO, S.F.T. & FERNANDES, R.A.Q. Nutrizes usuárias de drogas e o desfecho da amamentação: estudo de coorte. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 17, p. 32, 2021.
- SAMPAIO, R.C.T. *et al.* Associação entre o uso de chupetas e interrupção da amamentação: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 7353, 2020.
- SOUZA, H.Y.M.S. *et al.* Atendimento odontológicas às gestantes: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, 2021.

Capítulo 28

CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE DEVIDO À DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO MUNICÍPIO DE VASSOURAS/RJ EM 2018

CAIO EDUARDO TEXEIRA DA SILVA SOUSA¹
MARIANNA TAVARES MORAIS SESSIN²

1. *Discente – Medicina da Universidade Federal Fluminense.*
2. *Discente – Medicina da Universidade de Vassouras.*

PALAVRAS-CHAVE

Epidemiologia; Saúde pública; Doenças crônicas não transmissíveis.

INTRODUÇÃO

O século XX, em todo o mundo, foi marcado por uma melhora nos indicadores econômicos, bem como no aumento da desigualdade social. Boa parte desse salto econômico se deve ao advento das tecnologias que tornaram possível a produção de bens de consumo em massa. Além disso, analisando os indicadores de saúde é perceptível uma mudança drástica no perfil de mortalidade.

A população que antes sofria com grandes epidemias, hoje tem as doenças do aparelho circulatório (DAC) como as mais frequentes causas de mortalidade. As doenças transmissíveis deixaram de ser as principais causas de óbito, e esse lugar foi ocupado pelas doenças não transmissíveis, com destaque para as DAC que são as principais causas mundiais de mortalidade, correspondendo a aproximadamente um terço de todos os óbitos. Contudo, as mortes por DAC apresentam progressiva redução a partir de meados do século XX nos países desenvolvidos. No Brasil essa queda é observada a partir da década de 1970 (WHO, 2020; LOLIO *et al.*, 1995).

As transições demográficas, epidemiológicas, sociais e econômicas acarretaram inúmeras consequências, dentre elas o aumento da longevidade da população, um fenômeno mundial que traz consigo implicações diretas no modo de viver, relacionar e enxergar saúde no Brasil. Além disso, o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade em indivíduos do topo da pirâmide etária, também impactaram de forma positiva o aumento da expectativa de vida (CARVALHO, 2004; VERAS, 2009).

As DAC seguem sendo as principais causas de óbito no Brasil e no mundo. Nesse sentido, tais doenças abrem um leque para discussão salutar sobre o motivo delas serem tão presentes, mesmo com mudanças sociais que foram

inerentes ao desenvolvimento humano e político.

Logo, a forma com que a saúde da população é influenciada é complexa e envolve um intenso debate sobre determinantes sociais e determinação social. A distribuição de renda, riqueza, educação, são variáveis do adoecimento da população e não podem ser vistas a partir de uma ótica singular, uma vez que todas essas variáveis são determinadas por uma política social baseada em interesses (MOONESINGHE *et al.*, 2014).

Desse modo, o trabalho busca, a partir das doenças crônicas não transmissíveis, especificamente as do aparelho circulatório, identificar qual parcela da população é a mais acometida por esse grupo de doenças no município de Vassouras, no estado do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Trata-se de estudo de caráter epidemiológico descritivo sobre a mortalidade de indivíduos residentes na cidade de Vassouras-RJ no ano de 2018.

Vassouras está localizada na região centro-sul do estado do Rio de Janeiro, a uma distância de 119 km da capital do estado. Segundo a projeção populacional, em 2021, o município possuía uma população de 37.262 pessoas, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,714 e PIB *per capita* de 29.585 em 2019, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022).

A coleta de dados se deu a partir de dados públicos disponibilizados na plataforma do DataSUS. Nesta plataforma, na seção que trata sobre “Demográficas e Socioeconômicas”, foi preciso acessar a subseção “População residente” e selecionar a abrangência geográfica, para que fosse possível saber a projeção da população de Vassouras-RJ no ano

de 2018. Nesse sentido, utilizou-se o “Estudo de estimativas populacionais por município, sexo e idade - 2000-2020” para colher essa informação.

Vale salientar que o uso de estimativas e projeções populacionais foram extremamente necessárias para o seguimento deste trabalho, visto que o último censo populacional data do ano de 2010.

As informações sobre mortalidade, por sua vez, foram coletadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). No SIM foram coletados dados a respeito da mortalidade de todos os indivíduos, no ano de 2018, que foram notificados no grupo IX - Doenças do Aparelho Circulatório no CID 10 - Código Internacional de Doenças. Para isso, foi necessário acessar o item “Estatísticas Vitais”, seguir para “Mortalidade desde 1996 pela CID 10”, “Mortalidade Geral” e por fim selecionar o município de Vassouras.

Além disso, houve um refinamento desses dados para que fosse possível caracterizar a população acometida. Logo, dados referentes às variáveis Idade, Sexo, Raça/etnia e Escolaridade também foram coletados.

Foram calculadas as taxas de mortalidade geral, que pode ser descrita pelo seguinte cálculo matemático:

- População afetada por doenças do aparelho circulatório em Vassouras-RJ no ano de 2018, multiplicado por 10^n (variável para número de habitantes) e dividido pela população geral do município de Vassouras-RJ em 2018.

No mais, calculou-se a taxa de mortalidade específica por:

- Idade: População afetada por doenças do aparelho circulatório em Vassouras-RJ no ano de 2018 por faixa etária, multiplicado por 10^n (variável para número de habitantes) e dividido pela população geral do município de Vassouras-RJ em 2018.

- Sexo: População afetada por doenças do aparelho circulatório em Vassouras-RJ no ano de 2018 por sexo, multiplicado por 10^n (variável para número de habitantes) e dividido pela população geral do município de Vassouras-RJ em 2018.

- Raça/etnia: População afetada por doenças do aparelho circulatório em Vassouras-RJ no ano de 2018 por raça/etnia, multiplicado por 10^n (variável para número de habitantes) e dividido pela população geral do município de Vassouras-RJ em 2018.

- Escolaridade: População afetada por doenças do aparelho circulatório em Vassouras-RJ no ano de 2018 por anos de estudo, multiplicado por 10^n (variável para número de habitantes) e dividido pela população geral do município de Vassouras-RJ em 2018.

Na variável Idade, foram consideradas faixas etárias, são elas: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 64 anos, 65 a 74 anos, 75 anos e mais, Idade ignorada. Em Raça/etnia, os indivíduos foram incluídos em brancos, pretos, pardos e ignorados. No que diz respeito à Escolaridade, foram incluídos no estudo indivíduos com os seguintes anos de formação: Nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 anos ou mais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecer os padrões de adoecimento e morte de uma dada população é importante para a consolidação de uma série histórica de morbidade por grupos e agravos, bem como para avaliação, planejamento e gestão em saúde. Os dados apresentam a realidade em números e gráficos, que por sua vez geram políticas públicas e ações para promoção do bem-estar social e salutar (PAULA *et al.*, 2011).

As DAC possuem grande importância e magnitude e constituem um dos problemas

salutares mais importantes na atualidade, seja em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, como em países desenvolvidos. As DAC são responsáveis por 31,8% do total de óbitos e por 10% das internações, bem como pela proporção mais alta de mortes prematuras (CESSE *et al.*, 2009).

Durante o ano de 2018, foram registrados 221 óbitos por DAC no município de

Vassouras/RJ, 113 do sexo masculino e 108 do sexo feminino. O **Gráfico 28.1** apresenta a taxa de mortalidade específica segundo sexo.

O **Gráfico 28.2** representa os dados relativos à mortalidade segundo raça. No ano de 2018, foram observados 116 óbitos em população de cor branca (52,5%), 48 em pretos (21,7%), 53 em pardos (24%) e ignorado 4 (1,8%).

Gráfico 28.1. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo sexo (Vassouras, 2018)

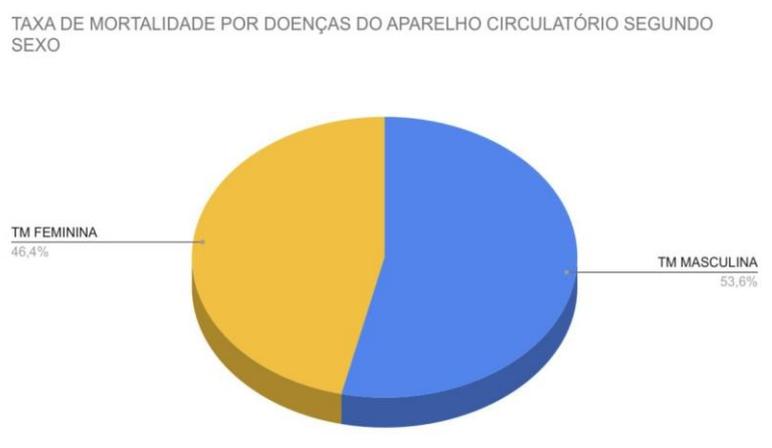


Gráfico 28.2. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo raça (Vassouras, 2018)



Esse cenário traz a reflexão sobre a percepção do que é ser homem em um país como o Brasil, onde o modelo heteronormativo provedor é tão presente no dia a dia das famílias. Historicamente, homens morrem por doenças crônicas em uma proporção maior do que as mulheres. Os dados apresentados no **Gráfico**

28.1 corroboram essa tendência. De acordo com Connell e Messerschmidt (2013), o modelo de masculinidade hegemônica refere-se a um modo específico de ser-homem difundido cotidianamente por meio de diferentes instituições sociais, por exemplo, família, escola, trabalho, entre outras. Isto exige que os

homens, desde tenra idade, persigam e exerçam comportamentos e atitudes que atestem, perante outros homens, a sua virilidade e hombridade, comprometendo, muitas vezes, seu bem-estar e sua qualidade de vida (NASCIMENTO *et al.*, 2011; CONNELL & MESSERSCHMIDT, 2013; MODENA *et al.*, 2014; MOREIRA *et al.*, 2016; MOURA *et al.*, 2017).

A partir desse contexto, surge a percepção de que essa parcela da população necessita de cuidados específicos, bem como de uma política que incentive homens a ir às unidades de atenção primária em saúde, onde a coordenação do cuidado será feita de forma eficiente usando redes de apoio, referências e contrarreferências. Não é aceitável que sigam lotando as unidades de emergência.

Em um recorte de raça/cor, é preciso, antes de tudo, entender que a população negra, segundo o IBGE (2019), é o somatório das populações autodeclaradas pardas e negras.

Contudo, mesmo que seja aplicado o que é preconizado pelo IBGE, o somatório de morte pela população branca (116) ainda segue maior em números absolutos que o da população negra (101).

Vale ressaltar que os dados relativos à raça são frutos de autodeclaração, e que em um país de intensa mistura étnica, onde discussões sobre o colorismo precisam ser mais frequentes e aprofundadas, tais informações podem e devem ser confrontadas. Logo, a raça/cor encontrada neste estudo pode não ser um reflexo fidedigno da realidade.

No **Gráfico 28.3**, a escolaridade é analisada junto a mortalidade por DAC. Nesse caso, os anos de estudo foram subdivididos em intervalos de tempo. Logo, indivíduos com: Nenhuma formação (26), 1 a 3 anos (68), 4 a 7 anos (26), 8 a 11 anos (25) 12 anos ou mais (5) e Ignorado (71).

Gráfico 28.3. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório segundo escolaridade (Vassouras, 2018)



Um estudo do Projeto Saúde Urbana na América Latina (SALURBAL), realizado no ano de 2021 em seis grandes cidades da América Latina, relacionou a expectativa de vida à escolaridade. O resultado é que viver em uma área com maior escolaridade aumenta em até 18 anos a expectativa de vida (BILAL *et al.*, 2021).

Esse é um dado importante, pois comprova a importância dos determinantes de saúde no processo de saúde e doença, que não podem ser vistos de forma singular nem apolítica. Dito isso, as ações de planejamento para redução do imbróglio necessitam transcender o campo das pastas municipais responsáveis pela saúde.

CONCLUSÃO

No presente estudo, foi possível realizar uma aproximação entre a mortalidade por doenças do aparelho circulatório com variáveis que traçam um perfil dos óbitos que ocorreram no ano de

2018 no município de Vassouras-RJ. Logo, conclui-se que indivíduos homens, brancos e de baixa escolaridade possuem maior morbidade e mortalidade por DAC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BILAL, U. *et al.* Expectativa de vida e mortalidade em 363 cidades da América Latina. *Nature Medicine*, v. 27, p. 463, 2021.
- CARVALHO, J.A.M. Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
- CESSE, E.A.P. *et al.* Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 93, p. 490, 2009.
- CONNELL, R. & MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista de Estudos Feministas*, v. 21, p. 241, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Conheça o Brasil: população, cor ou raça. Educa IBGE, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:texto%20IBGE%20pesquisa%20a%20cor,%2C%20parda%2C%20ind%2C%20ADgena%20ou%20amarela>. Acesso em: 09 mar. 2022.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Panorama das cidades brasileiras - Vassouras. IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/vassouras/panorama>. Acesso em: 9 mar. 2022.
- LOLIO, C.A. *et al.* Mortality trends due to myocardial ischemia in capital cities of the metropolitan areas of Brazil, 1979-89. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 64, p. 213, 1995.
- MODENA, C.M. *et al.* Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em Psicologia*, v. 22, p. 67, 2014.
- MOONESINGHE, R. *et al.* Difference in health inequity between two population groups due to a social determinant in health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 11, p. 13074, 2014.
- MOREIRA, M. C.N. *et al.* E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, 2016.
- MOURA, E. *et al.* Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 291, 2017.
- NASCIMENTO, A. *et al.* Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*, v. 16, p. 203, 2011.
- PAULA, A.C.S.F. *et al.* Análise da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 1999 a 2008, no município de São Mateus/ES. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 3, p. 28, 2011.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 548, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Media Centre. The top 10 causes of death. World Health Organization, 09 dez. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 08 mar. 2022.

ÍNDICE REMISSIVO

- Alimentação 83
Alimentação saudável 66
Ambiência 138
Anestésicos 1
Antibióticos 181
Assistência ao paciente 103, 122
Atenção básica 26, 146
Atenção primária à saúde 39, 83, 89
Atendimento de qualidade 129
Atendimento integral à saúde da mulher 89
- Bactérias 181
Bioética 8
- Câncer de próstata 39
Clima organizacional 174
Comunicação 174
Conhecimento 109
Cuidado pré-natal 19
- Desenvolvimento infantil 73
Diabetes mellitus 44
Dietoterapia 187
Doença renal crônica 116
Doenças cardiovasculares 66
Doenças crônicas não transmissíveis 202
- Educação em saúde 53
Enfermagem 8
Epidemiologia 44, 202
Equipe multiprofissional 122
Estratégia saúde da família 53, 73
Ética 8
- Farmacologia 1
Fatores de risco 116
FODMAPs 187
- Geriatria 146
Gestantes 196
Gestão 138
Gestão de processos 152
Gestão em saúde 59, 161
- Hanseníase 33
Hiperdia 26
Hipertensão arterial sistêmica 26
- Hospitalidade 138
Humanização 129
- Infecção 181
- Liderança 174
- Meio ambiente 161
Mulher 169
- Notificação compulsória 33
Nutrição pré-natal 89
- Obesidade 83
Odontologia 1
- Paciente cirúrgico 59
Papilomavírus humano 103
Pré-natal 196
Prevalência 116
Prevenção de doenças transmissíveis 103
Professores 19
- Saúde 169
Saúde bucal 196
Saúde da criança 73
Saúde do adolescente 53
Saúde do idoso 44, 146
Saúde pública 19, 39, 202
- Segurança 59
Segurança assistencial 152
Sífilis 19
Sífilis congênita 122
Síndrome de Down 66
Síndrome do intestino irritável 187
Surdez 129
Sustentabilidade 161
- Tecnologia 152
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade 109
Tratamento 33
- Violência 169