

**Diego da Silva**  
**Fabiana Richard**  
Organizadores

# Saúde Pública: Novos Paradigmas para a Ciência

**UNIEDUSUL**  
EDITORA

2020

DIEGO DA SILVA  
FABIANA RICHARD  
Organizadores

**SAÚDE PÚBLICA: NOVOS PARADIGMAS PARA A CIÊNCIA**

Maringá – Paraná  
2020

2020 Uniedusul Editora

Copyright da Uniedusul Editora  
Editor Chefe: Profº Me. Wellington Junior Jorge  
Diagramação e Edição de Arte: André Oliveira Vaz  
Revisão: O/s autor/es

**Conselho Editorial**

Adriana Mello  
Alexandre António Timbane  
Aline Rodrigues Alves Rocha  
Angelo Ferreira Monteiro  
Carlos Antonio dos Santos  
Cecilio Argolo Junior  
Cleverson Gonçalves dos Santos  
Fábio Oliveira Vaz  
Gilmara Belmiro da Silva  
Izaque Pereira de Souza  
José Antonio  
Kelly Jackelini Jorge  
Lucas Araujo Chagas  
Marcio Antonio Jorge da Silva  
Ricardo Jorge Silveira Gomes  
Sandra Cristiane Rigatto  
Thiago Coelho Silveira  
Wilton Flávio Camoleze Augusto  
Yohans De Oliveira Esteves

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

S255 Saúde pública [recurso eletrônico] : novos paradigmas para a ciência / Organizadores Diego da Silva, Fabiana Richard. – Maringá, PR: Uniedusul, 2020.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-80277-48-3

1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva, Diego. II. Richard, Fabiana.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Permitido fazer download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.uniedusul.com.br](http://www.uniedusul.com.br)

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>10</b>
A INCLUSÃO DO BIOMÉDICO NOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (ESF/NASF) E NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NUMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL	
ETIANE PRESTES BATIROLA ALVES	
JULIANNY ANTUNES GONÇALVES	
SAMARA SILVEIRA DA CRUZ	
ANDREZA LOPES MAIA	
KATARINE ANTÔNIA DOS SANTOS BARILE	
NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE	
DANIELE MELO SARDINHA	
DOI 10.29327/513500-1	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>24</b>
A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM PACIENTES ACOMETIDOS POR NEOPLASIA INTRACRANIANA	
LEANDRO SILVA PIMENTEL	
NATHALIA MENDES AVELINO	
KÉSIA KETLEN SOUZA DO CARMO	
MICHELE DIAS MARQUES	
RUTH RABELO DE SOUZA	
ELLEN PRISCILA NUNES GADELHA	
CYNTHIA COELHO FERREIRA	
KENY MADURO DA SILVA	
DOI 10.29327/513500-2	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>32</b>
EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA UBS PARQUE VERDE: RELATO DA INTERVENÇÃO DO GRUPO DE BIOMEDICINA DO PET-SAÚDE GRADUASUS/FAMAZ	
ETIANE PRESTES BATIROLA ALVES	
ALANA DA SILVA CRUZ	
ARLISON PEREIRA FERREIRA	
CRISTHOFFER BRENDON PASSOS DOS ANJOS	
ANDREZA LOPES MAIA	
KATARINE ANTÔNIA DOS SANTOS BARILE	
NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE	
DANIELE MELO SARDINHA	
DOI 10.29327/513500-3	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>44</b>
FATORES DE RISCOS CARDIOVASCULARES E A PROFISSÃO DOCENTE	
DANIELE MELO SARDINHA	
MILLER DE SOUSA SILVA	
EIMAR NERI DE OLIVEIRA JUNIOR	
MICHELLE INGRID ASSIS DA SILVA	
RENATA CHAVES DE SOUZA	
ENDERSON VASCONCELOS DE LIMA	
AURENICE MONTEIRO PINTO GUALDEZ	
ANA GRACINDA IGNÁCIO DA SILVA	
DOI 10.29327/513500-4	

**CAPÍTULO 5 .....57**

ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO GARIMPEIRA DA REGIÃO DO RIO TAPAJÓS:

RELATO DE EXPERIÊNCIA

THALYTA MARIANY RÊGO LOPES UENO

DANIELE MELO SARDINHA

HERBERTO UENO SEELIG DE SOUZA

ANA MARIA REFORÊDO DA SILVA VENTURA

KARLA VALÉRIA BATISTA LIMA

DOI 10.29327/513500-5

**CAPÍTULO 6 .....66**

CONHECIMENTOS DE RIBEIRINHOS SOBRE A SAÚDE REPRODUTIVA EM UMA COMUNI-  
DADE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

JULIANA CONCEIÇÃO DIAS GARCEZ

IZABELLA SILVA DA SILVA

JENIFFER AIRES AMORIM

NATALY CARVALHO AYRES

SHIRLEY AVIZ DE MIRANDA

DANIELE MELO SARDINHA

DOI 10.29327/513500-6

**CAPÍTULO 7 .....79**

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO CONTEX-  
TO DA ENFERMAGEM

JULIANA CONCEIÇÃO DIAS GARCEZ

ELKA COSTA TEIXEIRA

TAYARA MARIA ANDRADE DA SILVA

ROBERVANIA FERREIRA LIMA

LUANA PASTANA CARDOSO

MILENA FARAH DAMOUS CASTANHO FERREIRA

JAQUELINE CARDOSO MARCENA

DANIELE MELO SARDINHA

DOI 10.29327/513500-7

**CAPÍTULO 8 .....92**

O ENFERMEIRO COMO GESTOR: OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA  
TELEMEDICINA NO ESTADO DO PARÁ

RUHAN DA CONCEIÇÃO SACRAMENTO

STEPHANY SIQUEIRA BRAGA

BEATRIZ DUARTE DE OLIVEIRA

CLEIDE MARA FONSECA PARACAMPOS

CAROLINE OLIVEIRA BARCELOS

ILMA PASTANA FERREIRA

GIOVANA KARINA LIMA ROLIM

DOI 10.29327/513500-8

<b>CAPÍTULO 9 .....</b>	<b>99</b>
ANÁLISE ORGANOFUNCIONAL DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL DE UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA EM BELÉM-PA	
LARISSA RENATA BITTENCOURT PANTOJA	
RUHAN DA CONCEIÇÃO SACRAMENTO	
BEATRIZ DUARTE DE OLIVEIRA	
ALÍCIA LAURA LOBO MODESTO	
BRUNA FONSECA REZENDE	
LIDIANE ASSUNÇÃO DE VASCONCELOS	
ILMA PASTANA FERREIRA	
MARIA LIRACY BATISTA DE SOUZA	
DOI 10.29327/513500-9	
<b>CAPÍTULO 10 .....</b>	<b>106</b>
TESTE HTP: UMA IMPORTANTE FERRAMENTA NO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO	
CAROLYNE FREDERICO DA ROSA	
DIEGO DA SILVA	
DOI 10.29327/513500-10	
<b>CAPÍTULO 11.....</b>	<b>114</b>
PERCEPÇÃO DO SURDO AO ATENDIMENTO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE PORTO NACIONAL-TO	
LUÍS OTÁVIO JONAS	
NELZIR MARTINS COSTA	
DANILO MACHADO DA SILVA	
PATRICK HYORRANYS FEITOSA CARNEIRO	
ANA CAROLINE MARTINS BORGES	
DOI 10.29327/513500-11	
<b>CAPÍTULO 12 .....</b>	<b>125</b>
A ATENÇÃO À CRISE PSIQUIÁTRICA NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO NARRATIVA	
DAIANE MÁRCIA DE LIMA	
DÉBORA CRISTINA JOAQUINA ROSA	
SILVIA NOGUEIRA CORDEIRO	
RODRIGO SANCHES PERES	
DOI 10.29327/513500-12	
<b>CAPÍTULO 13 .....</b>	<b>134</b>
AS RELAÇÕES DE CONSUMO NO BRASIL: ENFOQUE NO IMPACTO CAUSADO NA ÁREA DA SAÚDE PELA PANDEMIA DO COVID -19	
PATRICIA DINO ARAUJO	
NYEDJA LIMA	
DOI 10.29327/513500-13	
<b>CAPÍTULO 14 .....</b>	<b>149</b>
A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO PELOS INTERNOS DE MEDICINA NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS	
NELZIR MARTINS COSTA	
GUSTAVO ROCHA FELIPE	
LUDMILA RIOS ARAUJO	
LUÍS OTÁVIO JONAS	
ANA CAROLINE MARTINS BORGES	
DOI 10.29327/513500-14	

**CAPÍTULO 15 ..... 160**

CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EM PORTO NACIONAL – TO: PERFIL EPI-  
DEMIOLÓGICO DE 2011 A 2018

NELZIR MARTINS COSTA

ÉSIO BORGES DE ANDRADE JUNIOR

RODRIGO ARAÚJO BELÉM

GUSTAVO ROCHA FELIPE

FABRICIA GONÇALVES AMARAL

DOI 10.29327/513500-15

**CAPÍTULO 16 ..... 170**

USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA EM PACIENTES COM ESCLEROSE LA-  
TERAL AMIOTRÓFICA: REVISÃO INTEGRATIVA

JULIANA GUIMARÃES DE FREITAS CRUVELO D'ÁVILA

JÚLIO CÉSAR COELHO DO NASCIMENTO

JESSICA DA SILVA CAMPOS

VANESSA GUIMARÃES DE FREITAS CRUVELO D'ÁVILA

VALÉRIA FRANÇA DA SILVA

EIZECSON BATISTA DA PAZ

DRA. LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA

DR. YVES MAURO FERNANDES TERNES

DOI 10.29327/513500-16

**CAPÍTULO 17 ..... 179**

ADESÃO AO BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A  
CATETER: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

JÚLIO CÉSAR COELHO DO NASCIMENTO

JESSICA DA SILVA CAMPOS

ANA CAROLINY FARIA ALVES

DULCELENE DE SOUSA MELO

SERGIANE BISINOTO ALVES

SILVANA DE LIMA VIEIRA DOS SANTOS

HELINY CARNEIRO CUNHA NEVES

IEDA MARIA SAPATEIRO TORRES

DOI 10.29327/513500-17

**CAPÍTULO 18 ..... 189**

AÇÃO INTERVENCIONISTA ACERCA DAS BOAS PRÁTICAS NO PARTO EM USF: UMA EXPE-  
RIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

BRUNA MOURA SILVA

CAUAN BARBOSA NERY

JESSICA MIRANDA COSTA

PRISCILLA DOS SANTOS NASCIMENTO

ROSANA NEVES DE MOURA

KÁTIA BOMFIM DE CARVALHO GUERREIRO

DOI 10.29327/513500-18

**CAPÍTULO 19 .....201**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO PACIENTE POLI-  
TRAUMATIZADO

BENEDITO DO CARMO GOMES CANTÃO

KELANIA ARAÚJO E SILVA

ANDERSON BENTES DE LIMA

JOSÉ BENEDITO DOS SANTOS BATISTA NETO

HERBERTH RICK DOS SANTOS SILVA

JAYLEN FRANÇA CUNHA

RAFAEL ALVES FREIRES

GENISLAINE FERREIRA PEREIRA

DOI 10.29327/513500-19

**CAPÍTULO 20 .....214**

A VISÃO SUPERFICIAL DE ALGUNS MORADORES DE TEÓFILO OTONI-MG SOBRE QUES-  
TÕES RELACIONADAS AO SANEAMENTO BÁSICO NA CIDADE

TATIANE BURMANN HIRLE

RANDER MARTINS SANTOS

TAMIRES SILVA SANTOS

JOÃO PAULO DE JESUS VIEIRA

LUANA APARECIDA SILVA

IZABEL CRISTINA MARQUES

ELTON SANTOS FRANCO

DOI 10.29327/513500-20

**CAPÍTULO 21 .....225**

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ACOMETIDO POR QUEIMADURA DE TER-  
CEIRO GRAU NA UTI

LEANDRO PIMENTEL

JAQUELINE SILVA GOMES DE FREITAS

RENAN DA SILVA RAMOS<sup>2</sup>

LUCIENE HONORATO<sup>2</sup>

JERLAINY DOS ANJOS<sup>2</sup>

ALBERCY UCHÔA<sup>2</sup>

DOI 10.29327/513500-21

**CAPÍTULO 22 .....231**

MOTIVOS DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS ELETIVAS: UM ESTUDO DE REVISÃO

JOSEFA VILMA MORAIS DA SILVA

JÚLIA LARISSA DE SOUZA SILVA

GABRIELA PORTELA

HELENA VITÓRIA SILVA PINHEIRO

JÚLIA BUONAFINA DA SILVA

MARÍLIA JULIANE PEDROSA GURGEL

BRENNA CAVALCANTI MACIEL MODESTO

JAEL MARIA DE AQUINO

EMANUELA BATISTA FERREIRA E PEREIRA

DOI 10.29327/513500-22

<b>CAPÍTULO 23 .....</b>	<b>242</b>
DESAFIOS NO MANEJO DA PRÉ-ECLÂMPSIA ISABELA MACÊDO DE ARAUJO MATHEUS DE ANDRADE AMARAL THAYNARA MELO DOS ANJOS MARIANA MENDONÇA DE ARAÚJO TAVARES DINÁRIO AUGUSTO LEMOS YANCKA LERNER HORA ROCHA RICARDO BRUNO ARAÚJO NUNES LORENNNA PEIXOTO LOPES DOI 10.29327/513500-23	
<b>CAPÍTULO 24 .....</b>	<b>252</b>
O CHOQUE CARDIOGÊNICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA DO ESTRESSE AGU- DO MARIANA MENDONÇA DE ARAÚJO TAVARES YANCKA LERNER HORA ROCHA ANTÔNIO EVERALDO VITORIANO DE ARAÚJO FILHO THAYNARA MELO DOS ANJOS DINÁRIO AUGUSTO LEMOS NETO ISABELA MACÊDO DE ARAUJO MATHEUS DE ANDRADE AMARAL DOI 10.29327/513500-24	
<b>CAPÍTULO 25 .....</b>	<b>261</b>
USO DE DROGAS POR MULHERES DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL JAIR ALVES MAIA ALESANDRO LIMA RODRIGUES DENISA ROSA DE SOUZA MEDIÃ BARBOSA FIGUEIREDO DOI 10.29327/513500-25	

## A INCLUSÃO DO BIOMÉDICO NOS PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE (ESF/NASF) E NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NUMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL



### **ETIANE PRESTES BATIROLA ALVES**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **JULIANNY ANTUNES GONÇALVES**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **SAMARA SILVEIRA DA CRUZ**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **ANDREZA LOPES MAIA**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **KATARINE ANTÔNIA DOS SANTOS BARILE**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE**

Universidade Federal do Pará, Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina Tropical (UFPA/PPGDT/NMT)

### **DANIELE MELO SARDINHA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Bacteriologia e Micologia (IEC/PPGEVS/SABIM)

**RESUMO:** A biomedicina é um ramo de atividade profissional com diversas habilitações, dentre elas a Saúde Pública. Neste contexto, foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa com 125 usuários e 10 funcionários de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Belém-PA, sobre a importância da inclusão do biomédico na Atenção Básica, bem como o exercício de outras atividades desenvolvidas por ele, tendo como

instrumento de coleta um questionário semiestruturado. A pesquisa revelou que os usuários entrevistados já precisaram fazer testes rápidos (56%), e sentem falta desses testes disponíveis nas ações realizadas na comunidade (90,4%), ainda que menos da metade deles já tenha participado de ações educativas em saúde (45,6%). Dos 63,2% de usuários que já receberam orientações sobre a coleta adequada de fezes e urina, apenas 1,3% as obtiveram por um biomédico. Em relação ao profissional biomédico, 52% dos usuários já ouviram falar nele; 72,8% veem necessidade desse profissional na atenção básica e 99,2% acharam que ele é importante na atenção básica. Dentre os funcionários entrevistados, 50% afirmaram ter pouco conhecimento sobre as habilitações do biomédico ou sabem do papel do biomédico na saúde pública (40%). Todos os funcionários veem necessidade de um biomédico na ESF e todos eles acham que o biomédico é importante na Atenção Básica. Observou-se que existe uma carência de informações sobre as atuações do biomédico, além da importância desse profissional integrado com os demais profissionais dentro da atenção primária em saúde, uma vez que a ação conjunta pode refletir positivamente na melhora de saúde da população.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica; Biomédico; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** Biomedicine is a branch of professional activity with several qualifications, among them Public Health. In this context, a quanti-qualitative survey was conducted with 125 users and 10 employees of a Family Health Strategy (FHS) team in Belém-PA, on the importance of includ-

ing the biomedicine in Basic Care, as well as other activities developed by it, using a semi-structured questionnaire as a collection tool. The survey revealed that the users interviewed already needed to do rapid tests (56%), and they miss these tests available in the actions carried out in the community (90.4%), even though less than half of them have already participated in health educational actions (45.6%). Of the 63.2% of users who have already received guidance on proper collection of feces and urine, only 1.3% have obtained it from a biomedical practitioner. Regarding the biomedical professional, 52% of users have heard about him; 72.8% see the need for this professional in basic attention and 99.2% think he is important in basic attention. Among the employees interviewed, 50% said they had little knowledge about the qualifications of the biomedical practitioner or know the role of the biomedical practitioner in public health (40%). All employees see a need for a biomedical at ESF and they all think the biomedical is important in basic care. It was observed that there is a lack of information about the biomedical practitioner's performance, besides the importance of this professional integrated with other professionals within primary health care, since joint action can reflect positively in the population's health improvement.

**KEYWORDS:** Basic Care; Biomedical; Family Health Strategy; Single Health System.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado a maior conquista social do Brasil, consagrada na constituição de 1988. É constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; BRASIL, 1990).

O SUS reúne ações promocionais, preventivas e assistenciais, de abrangência nacional e cobertura universal. Todavia, é constatado na literatura que o SUS possui problemas relacionados à incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo das condições crônicas e o sistema de atenção adotado, que é fragmentado, episódico, reativo e, prioritariamente, voltado para as condições e os eventos agudos (BRASIL, 2012a; CAMPOS et al., 2012; FREITAS, 2017).

Com vistas a mudar esta realidade assistencial, em 1991, foi oficializado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), preconizando a substituição gradual e voluntária do modelo tradicional por equipes multiprofissionais. Cada equipe seria responsável por uma população definida, em um território previamente também definido (BACURAU et al., 2017; FARIA et al., 2010; FERTONANI et al., 2015; SOARES, 2011).

O PSF passaria a atuar sobre os determinantes sociais, refletindo uma nova tendência de valorização da família na agenda das políticas públicas brasileiras. Em 2006, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde; desse modo, passou a ser denominado de ESF (DALPIAZ; STEDILE, 2011; BRASIL, 2010a; SCHIMITH et al., 2017).

No Brasil, 112,5 milhões de brasileiros estão cadastrados na ESF, o que equivale a 56,2% da população. A ESF, juntamente com as Unidades Básicas de Saúde, é a porta de entrada aos serviços do SUS para a população (BRASIL, 2015a).

A ESF é multiprofissional, composta por, no mínimo, um médico, generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais, além destes, poderão fazer parte da equipe, o que dependerá da necessidade da população cadastrada. A equipe possui um processo de trabalho e deve ser preparada para realizar o mesmo, possuindo atribuições que são comuns a todos os profissionais e a cada profissional de acordo com as competências próprias da profissão (DALPIAZ; STEDILE, 2011; PERINAZZO, 2016).

Neste contexto, Silva et al. (2014) afirmam que há uma necessidade de se agregar novas áreas de conhecimento da saúde à atenção básica e abrir novos caminhos para um trabalho mais complexo; a biomedicina poderia ser uma dessas áreas.

A biomedicina é um ramo de atividade profissional amplamente diversificado. De acordo com a legislação vigente, o biomédico tem competência de atuar nas equipes de saúde, em nível tecnológico e nas atividades complementares de diagnóstico. Cabe destacar que o biomédico também pode atuar na área de análises ambientais, realizando análises físico-químicas e microbiológicas para o saneamento do meio ambiente (CFBM, 1995; CFBM, 2010b; CFBM, 2012b; COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010; SILVA et al., 2014).

Na ESF, esse profissional contribuiria com uma característica importante do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica: a assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial, pois uma de suas habilitações é a atuação na saúde pública (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2014).

Essa contribuição ocorreria no desenvolvimento de atividades para a conscientização das formas de higiene pessoal, demonstrações da importância do cuidado com a manipulação adequada dos alimentos e com a eliminação adequada dos resíduos, de forma a comprometer minimamente o meio ambiente, tanto em âmbito local quanto global; prevenção e promoção da saúde por meio de educação sanitária, coleta e armazenamento de material biológico para análise laboratorial e pesquisas de agentes etiológicos de maior incidência na comunidade em que está inserida a ESF (BRASIL, 2006; COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010).

Dentre os 20 profissionais que podem compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o biomédico pode atuar como profissional de saúde sanitária, ou seja, graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduação diretamente relacionada a uma dessas áreas (BRASIL, 2014).

O biomédico pode atuar também na medicina tradicional chinesa, de acordo com a Resolução nº 2, de março de 1995, a Resolução nº 185, de 26 de agosto de 2010 e a Normativa nº 1, de 10 de abril de 2012, todas do CFBM, através da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PnPiC), que tem como estratégia a realização de um diagnóstico nacional que envolve as racionalidades já contempladas no SUS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015a).

Portanto, o profissional biomédico integrado com os demais profissionais da área e com as várias instâncias do complexo sistema de saúde, poderá atuar como transformador da realidade em

benefício da coletividade (CRBM 1 apud SILVA et al., 2014), contribuindo para a real importância da biomedicina no contexto da saúde do país, que persegue a conquista e adoção de políticas públicas de saúde que alcancem a sociedade brasileira em todos os seus segmentos. Além disso, a profissão conta com um respeitável histórico de luta em favor do bem estar da população, a serviço da saúde e da ciência, contribuindo para uma melhor expectativa de vida da sociedade (BRASIL, 1983; BRASIL, 1979; BRASIL, 1982).

Neste sentido, faz-se necessário pesquisar o papel do biomédico e sua importância no contexto da equipe multiprofissional atuante na atenção primária em saúde e, assim, colaborar para a inserção desse profissional na ESF, contribuindo no processo saúde-doença e na compreensão da interação do homem com o meio ambiente.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido com funcionários e usuários da Atenção Básica do Distrito Administrativo do Benguí (DABEN) de Belém/Pará. As informações foram coletadas na Unidade de Saúde da Família (USF) do Parque Verde, no segundo semestre de 2017, após a leitura e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes, em dia e horário agendados de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Essa pesquisa atende à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana da Amazônia (CEP/FAMAZ) e obtendo aprovação (CAAE 72875617.6.0000.5701).

Na USF Parque Verde, há 21 funcionários e 7.317 famílias cadastradas. Foram selecionados, como público alvo do estudo, 21 profissionais com experiência entre 2 a 12 anos na ESF (enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde, técnicos administrativos e técnicos de enfermagem), e 345 usuários estimados pelo N amostral cadastrado na USF Parque Verde, com idade superior a dezoito anos. Até o momento da entrega deste artigo, participaram da pesquisa, 125 usuários cadastrados e 10 profissionais.

Não foram aceitos, para participar do estudo, profissionais que tenham menos de um ano de experiência na estratégia e profissionais que não estão atuando na USF do Parque Verde. Quanto aos usuários, não foram aceitos participantes menores de 18 anos e não cadastrados na USF do Parque Verde.

O público-alvo foi entrevistado por meio de um questionário semiestruturado, seguindo um roteiro composto de perguntas sobre identificação do participante, formação profissional e conhecimento dos participantes acerca do profissional biomédico e sua atuação em saúde.

O questionário foi dividido em duas fases: na Fase 1, foi aplicado até o item 3, pergunta “j)” (“Você vê necessidade de um biomédico dentro da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica de saúde?”); na Fase 2, os pesquisadores fizeram uma breve apresentação oral do papel do biomédico no contexto da saúde e suas habilitações e, em seguida, fizeram a pergunta “k)” (“A partir

das orientações sobre o papel do biomédico, você acha que ele é importante na atenção básica de saúde?”) e anotaram a justificativa de resposta dos entrevistados.

Para o tratamento dos dados, após a transcrição das entrevistas e a leitura dos depoimentos, foi realizada a construção de categorias e subcategorias, através do desmembramento do texto, de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática (TACT) (BARDIN, 2011).

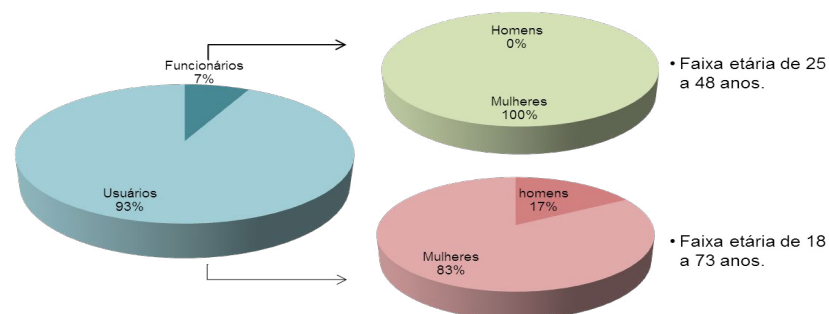
A TACT “configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, considerando-se as seguintes fases: (I) a pré-exploração do material ou leituras flutuantes do corpus das entrevistas, (II) a seleção das unidades de análise (ou unidades de significados) e (III) o processo de categorização e subcategorização das respostas.

A identificação dos participantes, a fim de garantir o anonimato aos entrevistados, foi representada por letras.

## RESULTADOS

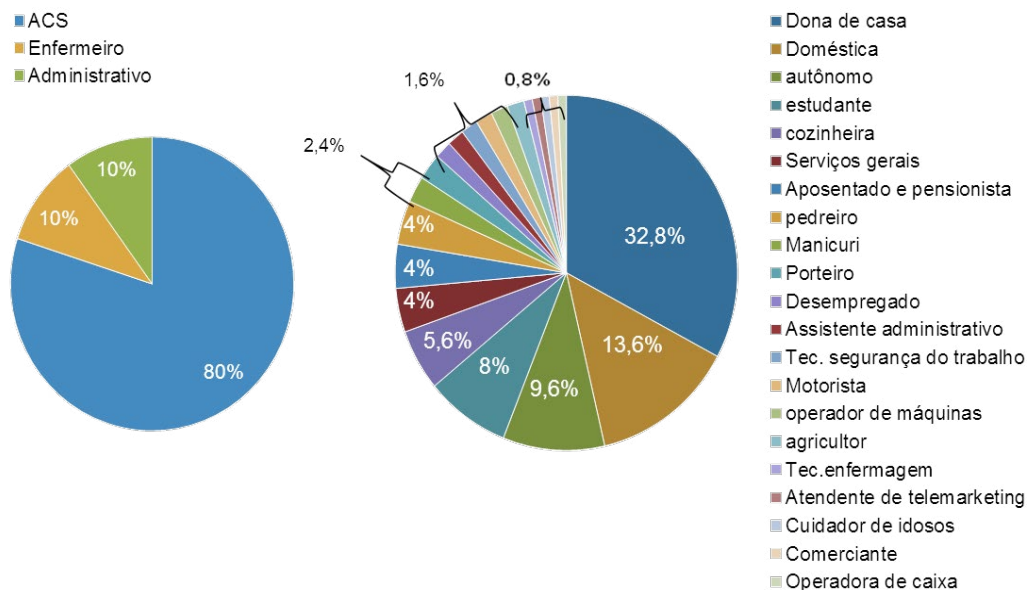
Foram entrevistados 125 usuários e 10 funcionários, de acordo com os critérios de inclusão de estudo. Em relação à Fase 1 do Questionário dos participantes usuários, a faixa etária variou entre 18 a 73 anos, sendo 21 homens e 104 mulheres, o que representa 26,8% e 83,2%, respectivamente; também foram observadas 21 ocupações/profissões (Figuras 1 e 2).

**Figura 1** – Relação de entrevistados de acordo com sexo e idade.



**Fonte:** Dados dos autores (2017).

**Figura 2** – Gráfico das profissões dos funcionários e usuários entrevistados nas ESF.



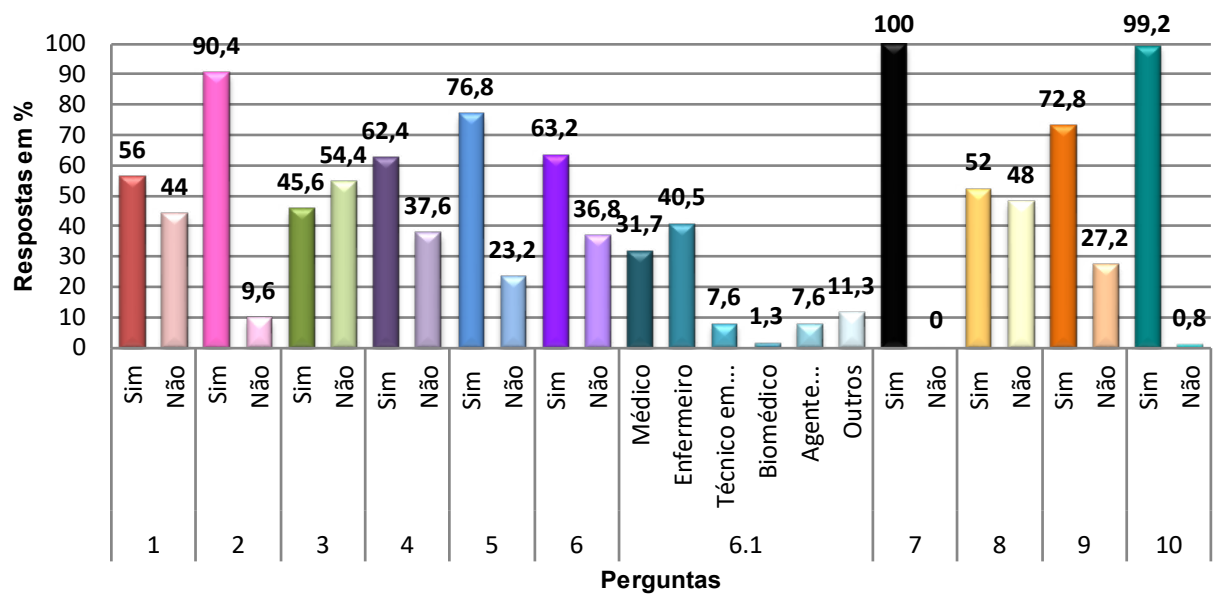
**Fonte:** Dados dos autores (2017).

Na Figura 3, é possível observar que 56% dos usuários já precisaram realizar algum teste rápido; 90,4% dos usuários disseram que sentem falta da realização de testagens rápidas durante as ações de educação em saúde oferecidas na comunidade; 54,4 % de usuários não participam ou nunca participaram dessas ações; 37,6% de usuários nunca receberam orientações sobre preparação para realização de exames laboratoriais; e 23,2% nem sobre higiene e cuidado com alimentos antes de consumi-los.

Os usuários também informaram que nunca foram orientados sobre a coleta adequada de fezes e urina (36,8%). Dentre os indivíduos orientados a respeito da coleta adequada de fezes e urina, 40,5% de usuários informaram ter sido orientados por enfermeiros, 31,7% por médicos, 7,6% por Agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, 11,3% por outro tipo de profissional e apenas 1,3% das pessoas disseram terem sido orientadas por um biomédico.

Quanto à participação dos laboratórios dentro da saúde pública, 100% dos usuários consideraram isso ser importante; 48% dos indivíduos desconhecem profissional biomédico, no entanto, 72,8% consideraram a necessidade de um biomédico dentro da ESF. Em relação à Fase 2 do Questionário dos participantes usuários, realizada após breve explicação oral sobre o papel do biomédico dentro do SUS, 99,2 % consideraram a importância do biomédico dentro da atenção básica como um todo.

**Figura 3** - Respostas dos usuários entrevistados quanto ao papel do biomédico e sua importância no contexto da equipe multiprofissional atuante na atenção primária em saúde, na ESF Parque Verde, Belém, Pará, Brasil, 2017.



**Fonte:** Dados dos autores (2017).

Ainda em relação à Fase 2 do Questionário dos usuários, foram identificadas cinco categorias de respostas sobre a importância deste profissional na atenção básica de saúde: 1) Facilidade de acesso a serviços laboratoriais (U4. “Porque aqui é uma comunidade afastada e muitas vezes a gente precisa fazer os exames e têm que se deslocar pra outros locais, e é muito demorado pra receber os resultados”); 2) Agilidade nos resultados de exames laboratoriais (U23. “Porque aqui a gente precisa se deslocar para outro posto em outro bairro pra fazer os exames, então seria muito bom se tivesse aqui esse serviço”); 3) Melhorias no nível de informação da população (U34. “Para ter uma melhor orientação pois muitas pessoas não sabem. Fora que irá ajudar muito a comunidade”); 4) Necessidade para melhorar a saúde local (U72. “Eu acho que tudo o que está dentro de um posto de saúde é importante porque às vezes a pessoa nem está doente, e precisa de orientações, e não tem quem faça isso. Eu acho que quanto mais profissionais da saúde trabalhando aqui é melhor, porque as vezes uns não sabem orientar e mandam pra outra pessoa, então seria bom”); 5) Desnecessidade do profissional biomédico (U125. “Porque é muito difícil a gente saber sobre essas coisas”).

Em relação aos funcionários, houve uma variação etária de 25 a 48 anos, considerando-se 8 agentes comunitários de saúde, 1 enfermeira, e 1 agente administrativo, sendo a equipe composta 100% por mulheres. O tempo de atuação desses servidores dentro da ESF variou entre 2 anos e meio à 12 anos.

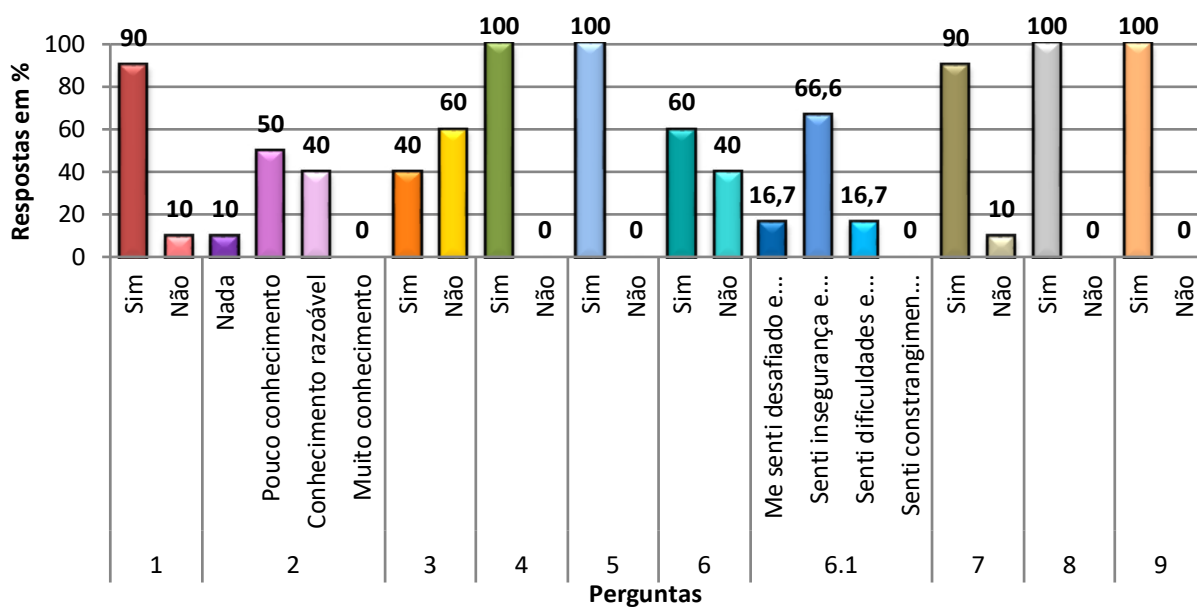
Na Figura 4, estão representadas as respostas dos funcionários da ESF em relação à Fase 1 do Questionário. Foi possível observar que 90% deles sabem do papel dos demais profissionais da ESF,

10% das pessoas não sabem nada sobre as habilitações do biomédico, 50% tem pouco conhecimento e 40% tem conhecimento razoável.

Cerca de 60% dos profissionais não sabem qual o papel do biomédico dentro da saúde pública, mas 100% dos funcionários afirmam ver a necessidade do biomédico dentro da ESF e já precisaram do auxílio de outro profissional de saúde para executar um determinado procedimento. Para 60% dos funcionários, já foi preciso fazer uma orientação sobre um assunto que não era de seu domínio ou competência; neste caso 16,7% sentiram-se desafiados, 66,6% sentiram insegurança e buscaram auxílio com outro profissional e 16,7% sentiram dificuldades em tratar sobre o assunto.

Dos 100% de servidores que afirmaram positivamente a importância dos laboratórios dentro da saúde pública, 90% já precisaram realizar orientações pré e pós-exames laboratoriais.

**Figura 4** – Respostas dos servidores entrevistados quanto a o papel do biomédico e sua importância no contexto da equipe multiprofissional atuante na atenção primária em saúde, na ESF Parque Verde, Belém, Pará, Brasil, 2017.



**Fonte:** Dados dos autores (2017).

Com relação à Fase 2 do questionário dos funcionários, 100% acharam importante o papel do biomédico dentro da atenção básica. Suas justificativas foram identificadas e categorizadas em duas: 1) Atuação do profissional biomédico como agente multiplicador de informações para o cuidado da população (P3: “Pois o profissional possui grande qualificação para colaborar para a prevenção e promoção e levar acesso rápido para a realização de exames aos usuários do SUS”); 2) Garantia de equipe multiprofissional para o atendimento de qualidade aos usuários (P9: “Para complementar as equipes de saúde através de capacitações na comunidade, escolas que fazem parte da ESF, na própria ESF, pros pacientes e em diagnósticos”). Apenas uma funcionária não justificou resposta.

## DISCUSSÃO

No Brasil, 150.515.722 de brasileiros recorrem exclusivamente ao SUS para ter acesso a serviços de assistência em saúde (SCHEFFER et al., 2015). Cerca de 71% da população procura pelas unidades públicas quando apresenta algum problema de saúde, como revelado por Pesquisa do Ministério da Saúde, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrara que os indivíduos que mais tiveram acesso aos serviços públicos de saúde compõem a população sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, portanto, pessoas de menor escolaridade (BRASIL, 2015b) e isto pode ser observado neste estudo.

Em relação à utilização de alguns serviços, foi observado que 56% dos usuários já precisaram realizar algum teste rápido. Isso pode ser associado à melhoria de acesso às gestantes e suas parcerias sexuais no que diz respeito a implantação do diagnóstico em plataforma rápida para o HIV e para a triagem da sífilis durante o pré-natal (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Todavia, 90,4% dos usuários disseram que sentem falta da realização de testagens rápidas durante as ações de educação em saúde oferecidas na comunidade e 54,4% dos usuários não participam ou nunca participaram dessas ações. Isso pode ser relacionado com a segurança dos usuários, conforme estudo de Lopes et al. (2016), que afirmam que os profissionais são os instrumentos-chave nesse processo, devendo transmitir segurança para a realização da atividade. Os autores ainda afirmam que a instrução ou o treinamento correto são garantia de segurança, pois deve estar aliado ao conhecimento teórico suficiente.

O profissional biomédico possui capacitação técnica para metodologias rápidas de testagem, desenvolvendo com segurança os procedimentos, porém 48% dos indivíduos desconhecem esse profissional, que seria uma referência de informações para a população, conforme relatado pelo usuário U60: “Porque eu acho que, tratando na questão da saúde, em relação a informação, seria muito bom ter uma adequação na área da saúde, porque as pessoas precisam saber mais”.

A contaminação de amostras pode estar associada à má orientação do paciente ou a demora no transporte das amostras da recepção até o setor de análises. Os resultados errados de uma análise laboratorial prejudicam a interpretação de uma doença, bem como a prescrição do tratamento mais adequado (TEIXEIRA; CHICOTE; DANEZE, 2016).

Os entrevistados também nunca receberam orientações sobre preparação para realização de exames laboratoriais (37,6% de usuários) e nem sobre higiene e cuidado com alimentos antes de consumi-los (23,2%). U30 relatou que: “[...] seria mais fácil a comunicação, a gente teria mais disponibilidade para procurar uma orientação porque as vezes a gente não sabe a quem perguntar” e U33 afirmou que: “[...] sempre é bom ter um profissional que possa orientar, porque muitas vezes as pessoas precisam de orientação”.

Sobre coleta adequada de fezes e urina, a pesquisa revelou que somente uma pequena parcela dessas pessoas (1,3%), disseram ter recebido essas orientações por um biomédico, os demais

entrevistados receberam orientação de enfermeiros (40,5%), médicos (31,7%), agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem (7,6%) e ou outro tipo de profissional não especificado (11,3%).

Em relação à coleta adequada de fezes e urina para exames laboratoriais, 36,8% informaram que nunca foram orientados e que “[...] muitas pessoas fazem os exames errados e às vezes tem vergonha de perguntar para algum profissional que saiba, então seria importante pra evitar a demora na entrega devido à contaminação e a pessoa ter que fazer um novo exame”, conforme relato de U64.

O entrevistado U39 afirma que: “ele (*biomédico*) pode orientar a população sobre os exames e a coleta dos materiais [...]”. “É bom pra passar orientações pro povo porque tem muitas pessoas leigas que não têm conhecimento e precisam desse tipo de orientação” disse U37 e foi reafirmado por U36: “Porque tem muitas pessoas que não sabem ou não têm o privilégio de informação, então seria importante”.

Aragão e Netto (2016) afirmam que o biomédico também pode atuar como orientador no combate de agentes etiológicos que podem causar doenças em uma comunidade, uma vez que esse profissional não está restrito aos exames dentro do laboratório.

Para 72,8% dos entrevistados, há a necessidade de um biomédico dentro da ESF, e 99,2% consideraram a importância do biomédico dentro da atenção básica como um todo. Isso é justificado pelas falas de U82: “Para melhorar o sistema de atendimento e a prevenção, pois quando você tem higiene e se preocupa com a sua saúde, a vida melhora. A dificuldade de saneamento pode dificultar a melhora da saúde”; U83 afirmou “Porque ia melhorar muito o serviço aqui, ter um profissional desse que possa fazer pesquisa e descobrir doenças” e U85 acredita que a importância está em “[...] ajudar a comunidade a identificar os surtos de doenças que acometem as pessoas”.

Os entrevistados também falaram da importância dos laboratórios no serviço de saúde pública, com 100% considerando necessário. O entrevistado U93 disse: “[...] a comunidade necessita. Tendo uma boa estrutura no posto de saúde com médicos disponíveis e vacinas seria bom, porque a população precisa desse tipo de atendimento”.

Segundo consta no Art. 3º do Decreto nº 88.439/1983 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de biomédico, compete ao biomédico atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico, nas atividades complementares de diagnóstico. É reconhecida a necessidade de preparação do serviço para implantar diagnósticos em pontos de cuidado, de metodologias rápidas, para o atendimento dos usuários desde o acolhimento, aconselhamento, execução da testagem, tratamento, encaminhamento e acompanhamento (BRASIL, 2013b; LOPES et al., 2016).

No estudo, foi observado que 60% dos servidores não sabem qual o papel do biomédico na saúde pública. Cerca de 50% dos servidores entrevistados alegaram ter pouco conhecimento sobre as habilitações do biomédico, 40% disseram ter um conhecimento razoável e 10% disseram não saber nada sobre essas habilitações. Sendo que o biomédico possui 33 áreas de atuação, que necessitam de habilitação para sua devida atuação (profissional precisa se especializar), visando o aperfeiçoamento para melhor desempenho da função; caso não respeite esta obrigatoriedade, o profissional estará sujeito a punições (TROIANI; PADIAL, 2015).

Todos os entrevistados acharam importante o papel do biomédico dentro da atenção básica (100%), conforme P8 afirma: “O profissional biomédico é importante no atendimento da atenção básica de maneira a dar suporte para os profissionais da ESF atuando na orientação dos pacientes através de palestras e capacitações para os diversos profissionais da área”.

A necessidade desse suporte do profissional biomédico é confirmada pelos resultados da pesquisa, 60% dos profissionais já precisaram orientar algo sobre um assunto que não era de seu domínio ou sua competência. Essas dificuldades estão associadas à falta de conhecimento e domínio em determinados assuntos no que se refere às famílias (SIQUEIRA; GAÍVA, 2013). Algo reiterado por P4: “[...] precisamos de profissionais capacitados para dar melhores condições de saúde a população e exercer e executar todos os benefícios que o SUS proporciona”.

Quando o assunto é o papel dos demais profissionais dentro da ESF, 90% dos servidores sabem o papel de cada um, até mesmo pelas suas experiências profissionais de atuação na ESF, que é de 2 anos e meio há 12 anos. Isso é reflexo do trabalho em equipe, que pode ser compreendido como o conjunto das relações entre os trabalhadores no cotidiano de trabalho, envolvendo relações entre pessoas. Relações estas de poderes, saberes, afetos e desejos (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Porém, ainda há a necessidade de qualificação para os profissionais da saúde, para saber receber, escutar e dialogar, atendendo a exigência de acesso, propiciando um vínculo entre equipe e usuário, para assim, ter discernimento nas tomadas de decisões. Da mesma forma, o profissional necessita entender o funcionamento da rede pública de atenção a saúde (PERINAZZO, 2016).

No Brasil, se introduziu na década de 1960, a ideia do trabalho em equipe, como forma de se contrapor às formas hegemônicas de atenção em saúde e formação especializada e curativa dos profissionais de saúde (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015). A partir daí surgiram diversos movimentos em defesa do trabalho multiprofissional na saúde pública, que apesar de consistir em uma tarefa complexa, é necessário para as múltiplas faces do SUS. É preciso a observação dos problemas da comunidade, para a construção de uma visão diagnóstica e reflexiva para desenvolver ações que visem a solucioná-los (BUENO et al., 2017).

De acordo com Nakamura (2016), a construção coletiva de planos terapêuticos e intervenções conjuntas no território, quando necessário, deve ocorrer através dos espaços de educação permanente, nos quais as ações e serviços são realizados por grupos compartilhados de maneira multiprofissional. Nesse sentido, observou-se nos depoimentos dos entrevistados a importância de uma equipe multiprofissional atuante na atenção primária em saúde e a carência de informações sobre as atuações do profissional biomédico, suscitando novos estudos para sobre o assunto e ações para a promoção e valorização da Biomedicina.

## CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que o papel do biomédico e suas contribuições no processo saúde-doença, na compreensão da interação do homem com o meio ambiente e na atenção primária em saúde ainda são pouco conhecidos entre os usuários dos serviços da ESF. A importância do profissional biomédico integrado com os demais profissionais da área, num contexto de equipe multiprofissional como agente transformador da saúde, também é pouco conhecida, mas reconhece-se que sua inserção na atenção básica seria positiva e contribuiria para ações conjuntas com vistas à melhora dos indicadores de saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, Maria Larissa de Lima; NETTO, Américo Valdanha. A inserção do biomédico no programa saúde da família. In: MOSTRA CIENTÍFICA EM BIOMEDICINA. 1., 2016, Quixadá. **Tópico temático**. Ceará: Unicatólica, jun. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Brasil: Edições 70, 2011.
- BACURAU, Francisco Rodrigo Sales et al. Qualidade de vida de trabalhadores de Unidades Saúde da Família. **Rev Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 5, n. 2, p. 127-140, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Decreto nº 88.439, de 28 de junho de 1983. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo. Brasília, 29 jun. 1983. Seção 1.
- BRASIL. Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979. **Diário Oficial [da] União**, Poder Legislativo. Brasília, 04 set. 1979.
- BRASIL. Lei nº 7.087, de 30 de agosto de 1982. **Diário Oficial [da] União**, Poder Legislativo. Brasil, 31 ago. 1982. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília: Ministério da Saúde; Brasília: IBGE, 2015b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/1600-71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 28 mar. 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013**. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 2, de 25 de março de 1995**. Revoga a Resolução nº 2/86 do Conselho Federal de Biomedicina. Brasília, 25 mar. 1995. Disponível em: <<http://www.eev.com.br/acupunturabiomedica/RESOLUCAO%20CFBM%20N%BA%202%20DE%20MARCO%20DE%201995.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 185, de 26 de agosto de 2010**. Dispõe sobre as atribuições do profissional Biomédico no exercício de auditorias e dá outras providências. Brasília, 26 ago. 2010b. Disponível em: <[http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucaoefbm184\\_2010.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucaoefbm184_2010.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BUENO, Jonatan Fernando Beschaira et al. Implantação de um grupo de educação em saúde em uma Estratégia de Saúde da Família. In: XVIII JORNADA EXTENSÃO. 2016, Injuí. **Tópico temático**. Rio Grande do Sul: Unijuí, 2017.

CAMPOS, Gastão W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC Editora, 2012.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. do N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Eleton Novo Enfoque**, Rio de Janeiro, v.11, n.11, p.27-33, 2010.

CRBM 1. Conselho Regional de Biomedicina 1ª Região. **Manual do Biomédico: história, atuação, importância para a saúde, para educação e para a sociedade brasileira**. São Paulo: CRBM 1.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2011, São Luís. **Anais...** Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, 2011, p.10.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da residência multiprofissional em saúde da família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-32, 2015.

FARIA, Horácio Pereira et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERTONANI, Hosanna P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Cien Saude Col.** [s.l.], v. 20, n.6, p. 1869-78, 2015.

FREITAS, Maria de Jesus Rodrigues de. **Avaliação da atenção à pessoa com doença renal crônica na atenção básica à saúde na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde**. 2017. 196 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2017.

LOPES, A.C.M.U. et al. Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 69, n. 1, p. 62-66, jan-fev. 2016.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. **Cien. Saúde Col**, Florianópolis, v. 21, n. 5, p. 1565-72, ago. 2016.

PERINAZZO, J. et al. A atuação do profissional biomédico na atenção primária à saúde: desafios na formação. **Rev. Saúde Int**, [s.l.], v. 8, n. 15-16, 2016.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2015.

SCHIMITH, M. D. et al. Precarização e fragmentação do trabalho na Estratégia Saúde da Família: impactos em Santa Maria (SC). **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 163-182, jan./abr. 2017.

SILVA, A. R. et al. O papel do biomédico na saúde pública. **Rev. Interfaces**, [s.l.], v.2, jun. 2014.

SIQUEIRA, V. de C. A.; GAÍVA, M. A. M. O preparo dos profissionais de saúde da família para o trabalho: a lacuna entre a formação e a prática profissional. **Connect line**. [s.l.], n. 10, p. 33-48, 2013.

SOARES, Fábio Nardelli. **Implantação da Estratégia de Saúde da Família em município de pequeno porte no interior paulista**. 2011. 30 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 26 dez. 2011.

TEIXEIRA, J. C. C.; CHICOTE, S. R. M.; DANEZE, E. R. Não conformidades identificadas durante as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica de um laboratório público de análises clínicas. *Nucl*, Ituverava, v. 13, n.1, abr. 2016.

TROIANI, Thaís Lima; PADIAL, Rafael Bayouth. Profissão biomédica: novos rumos e desafios. In: IX ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICESUMAR. 2015, Maringá. **Anais**. Paraná, UniCesumar, nov. 2015, p. 4-8

# A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO EM PACIENTES ACOMETIDOS POR NEOPLASIA INTRACRANIANA



### LEANDRO SILVA PIMENTEL

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### NATHALIA MENDES AVELINO

Faculdade Metropolitana de Fortaleza-  
FAMETRO, CE, Brasil

### KÉSIA KETLEN SOUZA DO CARMO

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### MICHELE DIAS MARQUES

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### RUTH RABELO DE SOUZA

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### ELLEN PRISCILA NUNES GADELHA

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### CYNTHIA COELHO FERREIRA

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

### KENY MADURO DA SILVA

Faculdade Estácio Amazonas, Amazonas, AM,  
Brasil

**RESUMO:** Objetivo: Descrever o cuidar do enfermeiro em pacientes acometidos por neoplasia intracraniana dentro da unidade de terapia intensiva, contribuindo assim para a sua melhora. Com os seguintes objetivos específicos: Definir os conceitos de neoplasia intracraniana. Verificar o quadro clínico para possíveis alterações, comparar resultados de exames. Orientar e proporcio-

nar apoio emocional ao paciente e a sua família, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório. Metodologia: Trata-se de uma revisão descritiva, exploratória do tipo revisão bibliográfica da literatura, cujo objetivo foi discutir sobre a neoplasia intracraniana e relatar as intervenções de cuidado do enfermeiro, orientando e dando apoio a família do cliente, durante os períodos pré e pós operatório. O estudo é constituído por meio de artigos, revistas, livros e indexadores do Google Acadêmico no período de 2010 a 2018. Resultados: As emergências mais catalogadas nos artigos lidos, são desenvolvidas a partir do desequilíbrio de um tecido ou uma célula, começando a desenvolver proliferação e morte celular, devido ao crescimento anormal de células, nessa localidade do sistema nervoso central SNC. O diagnóstico varia de acordo com o grau que vai do 1 ao 4, que relativamente induz na intervenção de cada paciente, sendo mais adequado e específico para contribuir com a sua melhora.

**Descritores:** Enfermeiro, neoplasia intracraniana, intervenções.

**ABSTRACT:** Objective: To describe the care of nurses in patients affected by intracranial neoplasia inside of the intensive care unit, contributing to their improvement. With the following specific objectives: Define the concepts of intracranial neoplasia. Verify the clinical condition for possible changes, compare test results. Orient and provide emotional support to the patient and his family, both preoperatively and postoperatively. Methodology: This is a descriptive review, exploratory type of bibliographic review of literature, whose objective was to discuss intracranial neoplasia and to report nursing care interventions, guiding and supporting the client's family,

during the pre and post periods operative. The study is made up of articles, magazines, books and indexers of Google Scholar between 2010 and 2018. Results: The emergencials most cataloged in the articles read, are developed from the imbalance of a tissue or a cell, beginning to develop proliferation, and cell death, due to abnormal cell growth, at that location of the CNS central nervous system. The diagnosis varies according to the degree from 1 to 4, which relatively induces the intervention of each patient, being more adequate and specific to contribute to your recovery.

**Keywords:** Nurse, intracranial neoplasia, interventions.

## INTRODUÇÃO

Segundo o site Manual MSD, os tumores cerebrais são a segunda principal causa de morte devido ao câncer. A causa dos tumores cerebrais é, em geral, desconhecida.

Para o Brasil, estimam-se 5.810 casos novos de câncer do Sistema Nervoso Central (SNC) em homens e 5.510 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,62 casos novos a cada 100 mil homens e 5,17 para cada 100 mil mulheres, correspondendo à décima e à nona posições, respectivamente. (INCA,2018).

É importante saber a diferença entre os tumores que se iniciam no cérebro (tumores cerebrais primários) e os tumores que se iniciam em outros órgãos, como pulmão ou mama, e se disseminaram para o cérebro (tumores cerebrais metastáticos). Em adultos, os tumores cerebrais metastáticos são realmente mais comuns que os tumores cerebrais primários e não são tratados da mesma forma. Por exemplo, os cânceres de mama ou pulmão que se disseminaram para o cérebro são tratados como cânceres de mama ou pulmão e não como os que se iniciam no próprio cérebro. Os tumores cerebrais primários podem começar em quase qualquer tipo de tecido ou célula no cérebro ou da medula espinhal. Alguns tumores têm tipos celulares mistos. Os tumores localizados em diferentes áreas do sistema nervoso central (SNC) podem ser tratados de formas diferentes e ter diferentes prognósticos. (ONCOGUIA,2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a classificação de tumores cerebrais é feita através de grau I até o grau IV, a partir de análises histológicas e padrão arquitetural, logo, essa classificação possibilita uma percepção maior dos prognósticos e da mortalidade de cada caso, em geral, sendo o grau I de maior sobrevida e o grau IV tendo uma maior probabilidade de morte. (CONTRERAS,2017).

São tumores difíceis de curar, principalmente quando são infiltrados ou se encontram em locais de difícil acesso, pois a cirurgia não é possível sem algum risco para o doente. Mesmo as neoplasias cerebrais benignas, uma vez que sensibilizam o tecido cerebral, podem intervir em funcionalidades cognitivas imprescindíveis para a vida diária, levando ao medo, pela não adaptação cotidiana do paciente e dos familiares a doença e suas dificuldades. (Tumor Cerebral: incidência, diagnóstico e tratamento).

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente dependem da localização da lesão, que deve ser constatado através de um exame neurológico minucioso. A cefaléia pode aparecer como um sintoma comum, de intensidade variável, assim como as crises epiléticas, alterações motoras e sensitivas.

Alterações visuais dependem da relação anatômica do CA com as vias ópticas. Lesões frontais podem ocasionar alterações comportamentais e na personalidade. Lesões cerebelares podem manifestar-se por tontura, deambulação prejudicada e coordenação motora, entre outros. É importante para o enfermeiro relacionar o quadro neurológico exibido pelo paciente a sua patologia, pois a progressão rápida dos sinais e sintomas pode indicar crescimento do tumor e deterioração neurológica, com risco de vida ao indivíduo. (Intervenções de Enfermagem nos tumores encefálicos e raquimedulares).

Uma das modalidades de tratamento é a quimioterapia, que tem como função principal eliminar as células malignas que formam o tumor. Ela atua de forma sistêmica, na qual os medicamentos agem indiscriminadamente nas células do paciente, estejam elas normais ou cancerosas, produzindo efeitos adversos bastante desagradáveis e comprometedores. O conhecimento dessas reações se faz necessário a fim de que seja possível ter subsídios para prestar assistência adequada a esses pacientes, muitas vezes, prevenindo possíveis complicações decorrentes do tratamento.

Os pacientes oncológicos podem apresentar efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, causando limitações inerentes ao seu estado físico. Em um cenário hospitalar, tratar essas intercorrências é rotina; porém, no âmbito da atenção básica, pode ser esporádico. Como muitos pacientes em tratamento quimioterápico frequentam unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), necessitam de uma mesma linha de ação, tanto em nível hospitalar quanto na atenção básica. Para tal homogeneidade ocorrer, os enfermeiros precisam estar capacitados para identificarem situações de risco e tomarem as medidas necessárias.

Os enfermeiros, por serem os profissionais que tendem a ter mais contato com os pacientes na atenção básica, precisam estar aptos para prestar tal assistência. E, para acompanharem as exigências que as inovações científicas e tecnológicas lhes apresentam, precisam reformular os modos de pensar, de ser e de agir diante dos requisitos da prática assistencial e de ensino. (Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família).

## **OBJETIVOS GERAIS**

Descrever cuidados do enfermeiro dentro da unidade de tratamento intensivo para contribuir com a sua melhora.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir os conceitos de neoplasia intracraniana;
- Verificar quadro clínico para ficarmos atentos a possíveis alterações;
- Comparar resultados de exames para acompanharmos melhorar ou piora do paciente;
- Orientar e proporcionar apoio emocional ao paciente e a família, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório.

## METODOLOGIA

Utilizamos o método de pesquisa descritiva, exploratória, do tipo revisão bibliográfica para a coleta de dados, por meios eletrônicos e escritos, cujo objetivo foi discorrer sobre a patologia de neoplasias intracranianas.

Na elaboração do artigo procuraremos coletar dados que abordam de forma clara a neoplasia intracraniana. Foi realizada análise de diversos conteúdos. Sendo constituído por artigos que abordavam a patologia, publicados na literatura nacional no período de 2010 a 2018, indexados em livros, revistas e dispostos no Google Acadêmico, o estudo foi realizado no período entre fevereiro a abril de 2019.

“A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas”. (BOCCATO 2006, p. 266).

“Esse tipo de pesquisa tem como finalidade colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto”. (MARCONI e LAKATOS, 2007).

O método de pesquisa bibliográfica induz o contato pessoal com teorias, por meio da leitura, levando a própria interpretação sobre determinado assunto. Ela serve para obter dados descritivos que expressam os sentidos dos fenômenos. De tal forma poderemos evidenciar a validade e confiabilidade do estudo através dos dados obtidos.

## RESULTADOS

As principais situações emergenciais acometidas em pacientes com neoplasias intracranianas começam a desencadear a partir do desequilíbrio de um tecido ou célula que começa estabelecer proliferação e morte celular.

Os tumores do SNC devem-se ao crescimento de células anormais nos tecidos dessa localizações. O câncer do SNC representam cerca de 1,4 a 1,8% de todos os tumores malignos no mundo, conforme, Instituto Nacional de Câncer (INCA)

Os tumores, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), são classificado a partir de 4 graus, de acordo com as células são vistas no microscópio:

GRAU	DEFINIÇÃO
Grau I	Esses tumores geralmente crescem lentamente e não se infiltram nos tecidos adjacentes. Eles podem muitas vezes ser curados com cirurgias.
Grau II	Esses tumores também tendem a crescer lentamente, mas podem ser infiltrados nos tecidos cerebrais adjacentes. Eles são mais propensos a recidivar após a cirurgia do que os tumores de grau 1. Também são mais propensos a se tornarem tumores de crescimento rápido ao longo do tempo.
Grau III	Esses tumores parecem mais anormais quando vistos sob o microscópio. Eles podem crescer no tecido cerebral adjacentes e são mais propensos a precisar de outros tratamentos além da cirurgia.
Grau IV	Estes são os tumores de crescimento rápido e que precisam de um tratamento mais agressivo.

Fonte: American Cancer Society (2016).

Observamos que há diferenças do grau I ao grau IV, no qual a assistência dada pelo profissional de enfermagem será de acordo com cada paciente.

Abaixo citaremos as intervenções que o enfermeiro pode fazer para contribuir com a melhora do paciente acometido pela neoplasia intracraniana, segundo o Diagnóstico de Enfermagem (DE).

Para o diagnóstico Dor Crônica obtiveram-se as seguintes intervenções:

- Avaliar o comportamento gerados pela dor;
- Determinar o limiar de dor do cliente;
- Ficar atento as alterações da dor;
- Rever o uso seguro dos fármacos, o controle dos efeitos colaterais brandos e os efeitos adversos que necessitam de intervenção médica;

Para o diagnóstico Capacidade adaptativa intracraniana diminuída teve-se como propostas de intervenções:

- Monitorar e registrar as alterações da PIC;
- Observar as respostas motoras voluntárias e involuntárias (posturas etc.) e comparar os lados direito e esquerdo;
- Rever os resultados dos exames diagnósticos de imagem;
- Administrar os fármacos prescritos;
- Preparar o cliente para a intervenção cirúrgica, se for necessária.

Para o diagnóstico Confusão aguda e Confusão crônica as principais intervenções foram:

- Reavaliar os resultados dos exames diagnósticos;
- Avaliar o estado mental enfatizando a gravidade do distúrbio;
- Explicar a (s) causa (s) da confusão mental;
- Rever as formas de melhorar o padrão de sono;
- Conversar sobre a situação do cliente com a família e envolver os familiares no planejamento;
- Oferecer apoio quando o cliente está tentando comunicar -se e manter-se sensível à acentuação da frustração dos medos e aos riscos irreais percebidos.

Quanto ao diagnóstico de Náuseas foram listadas as seguintes intervenções:

- Determinar se as náuseas são autolimitadas e/ou brandas, graves e prolongadas;
- Administrar monitorar a resposta aos fármacos usados para tratar a causa primária das náuseas;
- Descrever os sinais (p. ex., vômitos sanguinolentos, escuros ou semelhantes a borra de café);
- Rever os sinais de desidratação e ressaltar a importância de repor líquidos e/ou eletrólitos;
- Rever os fatores específicos que desencadeiam náuseas e as formas de evitar o problema.

Para o diagnóstico Risco de infecção foram citadas as intervenções abaixo:

- Detectar os fatores de risco para infecção;
- Verificar se há sinais localizados de infecção nos locais de inserção dos cateteres invasivos, nas suturas, nas incisões cirúrgicas ou nas feridas;
- Manter técnica estéril em todos os procedimentos invasivos;
- Ressaltar as técnicas apropriadas de higiene das mãos por todos os cuidadores.

Para o diagnóstico Recuperação pós-operatória retardada foram encontradas as seguintes informações:

- Identificar outros fatores que possam impedir a recuperação;
- Avaliar o estado nutricional e a ingestão atual, para determinar se a nutrição é adequada para promover a cicatrização;
- Avaliar a intensidade da dor para determinar se o tratamento analgésico é suficiente para atender às necessidades do cliente durante sua recuperação;
- Avaliar o estado emocional e a função cognitiva do cliente, atentando para a ocorrência de alterações pós-operatórias;
- Administrar os fármacos conforme a prescrição;
- Ensinar ao cliente ou à família os cuidados necessários com as incisões e o tratamento sintomático específico.

Para o diagnóstico Risco de sangramento as intervenções foram:

- Avaliar o risco do cliente e atentar para possíveis diagnósticos clínicos que possam causar sangramento;
- Avaliar os sinais vitais, inclusive pressão arterial, pulso e a respiração;
- Atentar para a queixa do cliente de dor em áreas específicas, se a dor está intensificando ou é difusa ou localizada;
- Estar preparado para intervir com administração de fármacos PAC. 641

## CONCLUSÃO

As atribuições do enfermeiro são desde a avaliação diagnóstica, todo o tratamento em si, até a reabilitação e atendimento aos familiares. Expandindo ações educativas e integradas com outros profissionais.

É imprescindível que a enfermagem tenha domínio da compreensão das consequências e influências do câncer nos pacientes, pois isso lhe possibilitará estabelecer estratégias de cuidado. É função do enfermeiro buscar uma boa comunicação com o paciente, exercitando o diálogo, ouvir as aflições e as queixas contribuindo na depreciação das sensações de medo e angústia. Essa atitude poderá facilitar o processo de aceitação do câncer pelo paciente e sua reabilitação, bem como o tratamento da doença, devido ao sentimento de segurança e firme convicção em relação a equipe que lhe presta cuidados.

O enfermeiro é um profissional de suma importância no dia a dia da trajetória terapêutica de um paciente acometido pelo CA. Além de receber os pacientes, os avalia, realiza procedimentos, promove saúde psicológica e apoio emocional, e acolhe os familiares. Profissional acessível e colaborativo. Por isso, a prática de enfermagem deve ser exigida a nível de conhecimento amplo, tecnológico e humano.

## REFERÊNCIAS

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances; MURR, Alice C. Diagnóstico de Enfermagem: Intervenções, Prioridades, Fundamentos. 12º ed.

CANCRO DO CÉREBRO: GRAU DO TUMOR. Disponível em: <<https://www.roche.pt/sites-tematicos/info-cancro/index.cfm/tipos/cancro-do-cerebro/cc-estadiamento/>> Acesso em: 13 de março de 2019.

TIPOS DE TUMORES CEREBRAIS/SNC. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-tumores-cerebrais-snc/894/293/> Acesso em: 13 de março de 2019.

DeMonte F., Gilbert M.R., Mahajan A., McCutcheon I.E., “TUMORS OF THE BRAIN AND SPINE”, M.D. Anderson Cancer Care Series, Springer, 2007.

Schein CF, Marques AR, Vargas CL, Kirsten VR. “EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS”. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, 2006;7(1):101-7.

Moreira MC, Carvalho V, Silva MM, Sanhudo NF, Figueira MB. “Produção de conhecimento na enfermagem em oncologia”: contribuição da Escola de Enfermagem Anna Nery. Esc. Anna Nery. 2010;14(3):575-84.

CONTRERAS, Luis Enrique. Epidemiologia de tumores cerebrales. Revista Médica Clínica Las Condes, v. 28, n. 3, p. 332-338, 2017.

Intervenções de enfermagem nos tumores encefálicos e raquimedulares. Disponível em < <https://www.ebah.com.br/content/ABAAABSGAAK/tumores-encefalicos-cuidados>>. Acesso em 13 de março de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-sistema-nervoso-central>>. Acesso em: 13 de março de 2019

# EDUCAÇÃO AMBIENTAL NA UBS PARQUE VERDE: RELATO DA INTERVENÇÃO DO GRUPO DE BIOMEDICINA DO PET-SAÚDE GRADUASUS/FAMAZ



### **ETIANE PRESTES BATIROLA ALVES**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **ALANA DA SILVA CRUZ**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **ARLISON PEREIRA FERREIRA**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **CRISTHOFER BRENDO PASSOS DOS ANJOS**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **ANDREZA LOPES MAIA**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **KATARINE ANTÔNIA DOS SANTOS BARILE**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia (UNIFAMAZ)

### **NAHIMA CASTELO DE ALBUQUERQUE**

Universidade Federal do Pará, Pós-Graduação  
em Doenças Tropicais, Núcleo de Medicina  
Tropical (UFPA/PPGDT/NMT)

### **DANIELE MELO SARDINHA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em  
Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de  
Bacteriologia e Micologia (IEC/PPGEVS/SABIM)

**RESUMO:** Os resíduos sólidos urbanos (RSU) são qualquer material inútil, resultante das atividades humanas, descartado no meio ambiente, que frequentemente são

aconicionados de forma equivocada nas cidades a céu aberto, aterros sanitários ou lixões, sem tratamento. Essa acumulação de RSU em lugares inadequados, aliado a carência de boas práticas de higienização, culmina em um adoecimento em cascata de indivíduos e do meio ambiente, o qual tem o seu cenário modificado devido a ocupação irregular pelos dejetos. É o caso de várias localidades da região metropolitana de Belém, em especial o bairro do Parque Verde, marcado pelos RSU em vias públicas, terrenos abandonados e falta de coleta seletiva regular. Objetivou-se identificar os efeitos na saúde do acúmulo inadequado de resíduos no território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Verde, com. A partir do aplicativo My Maps da Google® realizou-se o mapeamento do território adscrito identificando as áreas com acúmulo de RSU, após isso, efetuou-se a socialização com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os usuários através de ações de promoção de saúde utilizando capacitações, rodas de conversa e folders, sobre a influência negativa relacionados ao acúmulo de lixo no território visando a prevenção dos principais agravos relacionados ao acúmulo de RSU, sobre conscientização socioambiental e cuidados com os diferentes espaços do território. Foram identificadas 7 áreas afetadas pelo acúmulo indevido de RSU, que foram mapeadas pela pesquisa e o produto foi socializado com os ACS da UBS por meio de uma capacitação. Foram realizadas 02 rodas de conversa na recepção da unidade da UBS Parque Verde e uma ação numa escola, com a participação de aproximadamente 130 alunos. Conclui-se que na UBS Parque Verde foi iniciada uma conscientização por meio da promoção da educação ambiental, mas outras intervenções deverão ser realizadas a longo prazo para solução do problema.

**PALAVRA-CHAVE:** Resíduos Sólidos; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** Urban solid waste (MSW) is any useless material, resulting from human activities, discarded in the environment, which is often misconditioned in open-air cities, landfills or dumps, without treatment. This accumulation of MSW in inadequate places, combined with the lack of good hygienic practices, culminates in a cascade illness of individuals and the environment, which has its scenario modified due to irregular occupation by waste. This is the case of several localities in the metropolitan region of Belém, especially the neighborhood of Parque Verde, marked by MSW on public roads, abandoned land and lack of regular selective collection. The objective was to identify the health effects of inadequate accumulation of waste in the territory of the Basic Health Unit (BHU) Parque Verde, com. From the application My Maps from Google®, it was carried out the mapping of the territory assigned identifying the areas with accumulation of MSW, after that, it was carried out the socialization with the Community Health Agents (CHA) and the users through actions of health promotion using training, conversation wheels and folders, on the negative influence related to the accumulation of waste in the territory aiming at the prevention of the main diseases related to the accumulation of MSW, on social-environmental awareness and care with the different spaces of the territory. Seven areas affected by improper accumulation of MSW were identified, which were mapped by the research and the product was socialized with the CHA of BHU through training. Two conversation wheels were held at the reception of the BHU Parque Verde unit and an action in a school, with the participation of approximately 130 students. It is concluded that at BHU Parque Verde an awareness raising was initiated through the promotion of environmental education, but other interventions should be carried out in the long term to solve the problem.

**KEYWORDS:** Solid Waste; Primary Health Care; Family Health Strategy; Single Health System.

## INTRODUÇÃO

Anualmente, no Brasil são gerados 78,3 milhões de toneladas de resíduos sólidos urbanos (RSU), que consistem qualquer material inútil, descartado no meio ambiente, resultante do produto das atividades humanas (ABRELPE, 2016; ASSAD, 2016; BRASIL, 2005).

Esses produtos frequentemente são acondicionados a céu aberto nas cidades brasileiras, em aterros sanitários ou lixões, sem qualquer tratamento, que quando entram em decomposição geram a contaminação da água subterrânea e do solo, devido o chorume, produto este oriundo da decomposição da matéria orgânica. Também pode gerar produtos gasosos tóxicos, asfixiantes e explosivos que são lançados no ar ou acumulam-se no subsolo (IBGE, 2000; GOUVEIA; PRADO, 2010).

Além dos lixões, também pode ocorrer o processo de incineração do RSU, que emite substâncias tóxicas na atmosfera, como gases, partículas, metais pesados e compostos orgânicos, que contaminam o ar inalado pelas populações vizinhas a área do lixão (GOUVEIA, 2012).

Essa incessante produção dos RSU e os efeitos nocivos do descarte inadequado são comuns, mesmo com todo aparato tecnológico e legislativo dos tempos atuais, na tentativa de minimizar a ocorrência de problemas sociais, econômicos, sanitários, de poluição e de contaminação do meio, que aliado a falta de apoio governamental e a ausência de conscientização da população, geram novos focos inapropriados de acúmulo de RSU (PERSICH; SILVEIRA, 2011; HEMPE; NOGUEIRA, 2012).

Algo comum nos bairros de periferias das grandes cidades, que são os mais atingidos, sofrem de forma acentuada com a falta de engenharia sanitária adequada e os problemas ambientais vinculados a carência de saneamento básico (AYACH et al, 2012; VALENTIM, 2010).

Com vistas a melhorar a gestão dos RSU, o Brasil estabeleceu políticas públicas para o equacionamento, armazenamento, coleta e acomodação final, para reger de forma integrada, cooperando para transformações dos modelos de produção e consumo no país, almejando desta forma, qualidade ambiental e melhores condições de vida para a população (BRASIL, 2010; FERREIRA, 2014).

Uma dessas políticas é a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), que visa uma gestão integrada e o gerenciamento de RSU, os quais são de encargo dos geradores e do poder público, posicionando o Brasil em um patamar análogo aos países desenvolvidos (BRASIL, 2010). Segundo Ribeiro et al (2014) um plano de gestão deve considerar “i) a redução da geração de lixo na fonte, ii) a reutilização do material produzido, iii) a reciclagem, iv) a recuperação de energia, e v) o aterro sanitário”.

Outrora, em conformidade com a PNRS, a implantação da coleta seletiva é dever dos municípios (BRASIL, 2001). Tais medidas são realizadas na perspectiva de minimizar o problema do acúmulo do RSU e seus impactos ambientais, mas nem todas as cidades tem coleta seletiva e periódica.

A atenção básica, composta por uma equipe multiprofissional, pode ser um grande aliado nesse contexto, auxiliando as populações que vivenciam as consequências oriundas das diferentes formas de disposição dos RSU e se encontram em estado de vulnerabilidade social, por meio dos seus múltiplos saberes e práticas (BRASIL, 2000; CAZOLA et al, 2014).

Sendo assim, para uma assistência com vistas à coletividade, a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são necessárias, haja vista que (ROSSONI; LAMPERT, 2004):

Quando consideramos que a unidade promotora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas, sim, a equipe, que o foco da atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas, sim, a família e seu entorno e que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado em saúde devem sustentar-se no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde-doença (...).

Neste sentido, dentre as inúmeras atribuições dos profissionais da atenção básica, deve-se avaliar e articular as demandas de serviços viventes na região, promovendo a intersectorialidade, e assim apreciar o dia a dia das famílias da área adstrita, permeando entre suas peculiaridades sociais, econômicas, culturais, epidemiológicas e demográficas (UFSC, 2013).

Daí justifica-se a necessidade de se agregar novas áreas da saúde à atenção básica e abrir novos caminhos para um trabalho mais complexo (SILVA et al, 2014). A Biomedicina seria uma dessas áreas, considerando que a inserção deste profissional conta com conhecimentos de análise ambiental, microbiologia, parasitologia, saúde pública, sanitário, toxicologia, epidemiologia, entre outras, que contribuiriam muito para a prevenção da saúde coletiva e individual (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010).

O profissional biomédico, integrado com os demais profissionais da área e com as várias instâncias do complexo sistema de saúde, pode atuar como transformador da realidade em benefício da coletividade (CAMPOS, 2014 apud SILVA et al, 2014). Nesse sentido, o presente estudo objetiva relatar ações de promoção de educação em saúde ambiental e os efeitos do acúmulo inadequado de resíduos no território de um bairro de Belém.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente artigo é um relato de experiência fruto de um trabalho de campo, de abordagem quanti-qualitativa, na Unidade Básica de Saúde Estratégia Saúde Família Parque Verde (UBS Parque Verde), localizada no bairro do Parque Verde, em Belém/PA, um dos locais do contexto das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017), no qual a Faculdade Metropolitana da Amazônia (FAMAZ) teve projeto aprovado e realizou ações de integração ensino-serviço-comunidade.

Durante as ações do projeto PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017 foram identificados no território da UBS Parque Verde, áreas e população descoberta pelos serviços do SUS, alta incidência de doenças infectocontagiosas e o acúmulo exagerado de RSU nas ruas, que conduziu para diversas ações do grupo de discentes do Curso de Bacharelado em Biomedicina.

Entre elas, foram identificados a partir do mapeamento das áreas do território adscrito, utilizando o aplicativo *My Maps* da Google®, as áreas utilizadas pela comunidade para descarte de RSU de forma inadequadas. O produto foi a criação de um mapa inteligente, que consiste em um instrumento para o planejamento e que tem como objetivo melhorar a qualidade no serviço de saúde.

Após esse mapeamento, realizou-se a sua socialização com os profissionais da UBS Parque Verde, por meio de apresentações multimídia, e foram realizadas capacitações para a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobre a influência negativa e riscos de agravos relacionados ao acúmulo de RSU no território. Um folder instrucional foi elaborado e distribuído aos profissionais e para a população.

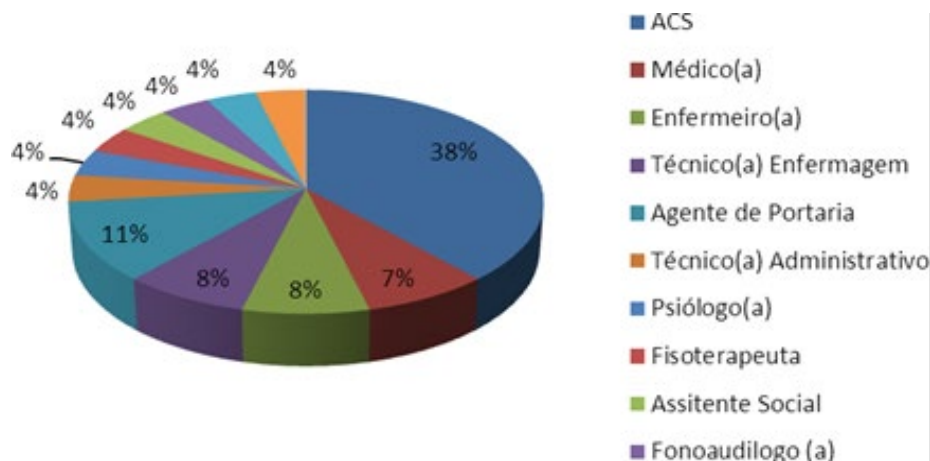
Também foram realizadas ações com a comunidade, de promoção de saúde, utilizando métodos educativos, para a prevenção dos principais agravos relacionados ao acúmulo de RSU, conscientização socioambiental e cuidados com os diferentes espaços do território.

## **RESULTADOS**

A UBS Parque Verde atende 10.989 pessoas cadastradas, possui duas equipes de saúde da família, 20 funcionários no total e um Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) composto por 6 profissionais (Figura 1).

O território adscrito é subdividido em 08 micro áreas para cada equipe, sendo um ACS para cada micro área 2. Ainda há um terceiro território, com aproximadamente 3.500 pessoas descobertas pelos serviços, que demanda a implantação de mais uma equipe de saúde da família no território.

Figura 1 – Composição de profissionais da atenção básica que atendem a UBS Parque Verde.



Em relação aos problemas socioambientais decorrentes do mal gerenciamento dos RSU do território, foram identificados 7 áreas afetadas (Rua 22 de agosto, Rua 23 de agosto, Rua Diniz da Paz, Rua Sargento Getúlio, Rua Yamada, Rua Japão e Rua Murimitsu), que foram mapeadas pela pesquisa (Figura3) e o produto foi socializado com os ACS da UBS por meio de uma capacitação.

Figura 2 – Mapa inteligente da UBS Parque Verde, socializado com a equipe, contendo os pontos de acúmulo de RSU do território.

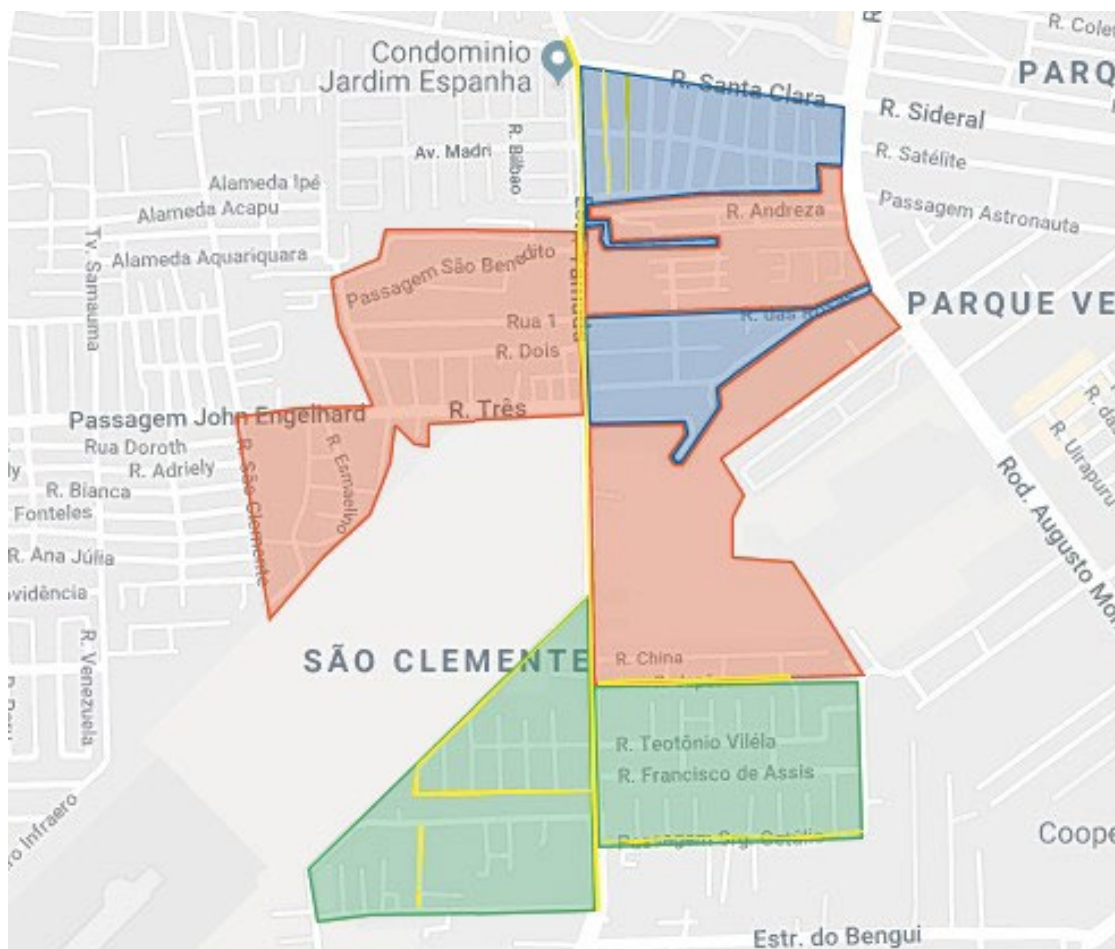


Figura 3 – Registros os pontos de acúmulo de RSU do território da UBS Parque Verde.



Foram qualificados 10 ACS (Figura 4), em 2 momentos diferentes (2 capacitações foram ofertadas). Além disso, foram distribuídos folders intitulados “Por um Parque Verde mais consciente e limpo”, foram realizadas rodas de conversa para discussão das informações e trocas de saberes, como base no folder: O que é o lixo?; Cuidados com o Lixo; Doenças relacionadas ao acúmulo de lixo e Você sabe o que é coleta seletiva? (Figura 5).

Figura 4 – Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde que compõem a UBS Parque Verde para qualificação em relação aos efeitos nocivos dos resíduos sólidos urbanos no seu território de atuação.



Figura 5 – Folder distribuído na capacitação de qualificação da equipe UBS Parque Verde, sobre os efeitos nocivos dos resíduos sólidos urbanos no seu território de atuação.



Em relação às ações de promoção de saúde voltadas a prevenção dos principais agravos relacionados ao acúmulo de RSU com a comunidade, foi realizada: 02 rodas de conversa na recepção da unidade da UBS Parque Verde utilizando o folder produzido (Figura 6) e uma ação numa escola, com a participação de aproximadamente 130 alunos do ensino fundamental menor, utilizando como recursos uma palestra sobre “O que é o lixo e quais os seus impacto na sociedade?” e uma gincana com perguntas e respostas sobre RSU (Figura 7).

Figura 6 – Registros das rodas de conversa realizadas com a população da sala de espera da UBS Parque Verde para conscientização dos efeitos nocivos sobre os RSU.



Figura 7 – Registros das atividades realizadas com os escolares sobre os efeitos nocivos dos RSU na comunidade.



## DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2012, 23% do total de óbitos no mundo foram atribuídos às causas ambientais relacionadas à ausência de acesso aos serviços de saneamento básico e alimentação adequada, o que representa aproximadamente, 12,6 milhões dos óbitos (WHO, 2016).

Tais dados ratificam o impacto ambiental causado pelos RSU, decorrentes das diferentes formas de disposição desses resíduos sólidos, que oferecem riscos importantes à saúde humana (GOUVEIA, 2012). Os resultados encontrados, mostraram 7 áreas afetadas pelo mal gerenciamento dos RSU do território, gerando problemas socioambientais, na área pertencente as equipes da UBS Parque Verde. Segundo Souza (2011) a abordagem do correto gerenciamento de resíduos na ESF é de grande necessidade para a equipe de saúde, paciente e meio ambiente.

Conhecer e definir as áreas afetadas pelo acúmulo de RSU ratificando a necessidade da ampliação de conhecimento sobre o território adscrito das equipes de saúde da família (ESF), bem como da situação de vulnerabilidade social decorrente da exposição aos fatores de risco à saúde dos indivíduos residentes da localidade, pois “as equipes estabelecem prioridades em relação às famílias que serão visitadas, em função da vulnerabilidade” (MALTA et al., 2016).

Apesar de existir o mapeamento e a definição das prioridades do território adscrito da UBS Parque Verde, foi observada na presente pesquisa que há uma boa parcela da população descoberta, pela ausência de uma equipe de ESF. Segundo Santos (2013) essas áreas descobertas de ESF buscam atendimento nas Unidades de Saúde mais próximas, sobrecarregando as equipes já implantadas, quebrando o conceito da adscrição.

Além disso, o processo de comunicação, escuta, observação e interação, que são fundamentais para o processo de trabalho na ESF, com orientação para a compreensão dos problemas locais fica comprometido (PINTO et al., 2017). Pois essa sobrecarga, que é uma constante na realidade das Unidades Básicas, gera situações de atendimento de queixas eventuais, sem a criação de vínculo, sem um plano de cuidados continuados ao longo do tempo conforme a proposta da Atenção Primária a Saúde (SANTOS, 2013).

Uma das formas encontradas para a criação desse vínculo e responsabilização são os ACS, indivíduos que conhecem a realidade da população, contribuindo no cuidado da saúde ambiental servindo de “ponte” entre os serviços de saúde e a população, transmitindo à educação em todos os sentidos para comunidade, especialmente no que se refere a educação ambiental. Nesse sentido, estes profissionais efetuam um papel importante frente a preservação ambiental (FERREIRA; SILVA; SILVA, 2010).

Nesse sentido, foram realizadas 2 capacitações a respeito dos efeitos do acúmulo de RSU na comunidade. Segundo Carbone e Costa (2004) os ACS conhecem a realidade e as necessidades do povo, pois atuam dentro da comunidade, vivenciando diariamente a realidade da sociedade, portanto, possuem grande influência nos seus modos de vida. Sendo transmissores de conhecimento, tornando-se um aliado na conservação do ambiente, todavia, compete ao mesmo conhecer os problemas ambientais do território no qual atuam, uma vez que contribuem de modo efetivo com ambiente comunitário os quais vivenciam.

Aliado a isso, Nascimento e Correa (2008) afirmam a importância de que os ACS estejam qualificados e atualizados sobre diversos assuntos, pois conhecimentos adquiridos nas capacitações geram o processo de educação em saúde, presentes no cotidiano das famílias, formando uma rede de conhecimento que se complementam tornando-se necessários para o aprendizado comunitário.

Além dos ACS, foi realizada uma ação educativa entre escolares da área da UBS Parque Verde, considerando que a promoção da saúde na comunidade escolar é um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”, atualmente ela pode ser compreendida como um conjunto de estratégias para garantir saúde, no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2002; SARDINHA et al., 2019).

A adoção dessa concepção de que a saúde não é apenas a falta de doença, progride na compreensão da saúde como uma condição positiva, referindo-se a uma rede complexa de interdependências e inter-relações na qual não é possível estabelecer uma causalidade linear. Podendo assim, ter vários condicionantes como, por exemplo, a falta de educação ambiental pode levar ao acúmulo de resíduos urbanos e com eles vários vetores os quais são reservatórios de doenças (FRAGA et al., 2013).

Segundo Buss (2001) ações de promoção de saúde na infância e adolescência tem grande potencial, pois são períodos do crescimento humano nos quais se estabelecem o comportamento, caráter, personalidade e estilo de vida, e que o ambiente em que o jovem está inserido é um dos principais fatores influenciadores. Sendo assim, é de fundamental importância que temas como a educação ambiental sejam propagados no espaço escolar, com vistas a construção de seres humanos mais conscientes e multiplicadores de valores.

Com a comunidade foram realizadas 02 rodas de conversa, dentro do contexto da Educação Popular em Saúde (EPS), que representa a orientação compartilhada de alternativas para a compreensão e enfrentamento do processo saúde-doença-cuidado e para a conquista de melhores condições da qualidade de vida. Buscando uma mediação entre o saber técnico dos profissionais de saúde, os de educação e o saber baseado nas experiências de vida dos sujeitos, com o alvo de superar a mera divulgação de informações científicas sem que sejam investigadas e debatidas as condições para sua real implementação como hábito de vida, tornando-as uma opção para os sujeitos (PEDROSA, 2006; STOTZ, 2004).

As rodas de conversas são estratégias político-libertadoras, que favorecem a autonomia humana, política e social de grupos historicamente excluídos. Sendo assim, as rodas de conversas promovem a construção e a reconstrução de saberes coletivos entre os indivíduos através da troca de saberes e experiências (BEDIN; DEL PINO, 2018).

A abordagem de educação ambiental na comunidade com rodas de conversa deriva da concepção dinâmica de promoção da aprendizagem e a comunicação democrática em busca do conhecimento, pois se antepõem a fala e a escuta de todos os participantes da roda (FREIRE. 1987 apud Silveira; Brito, 2017).

Dessa forma, as ações realizadas na UBS Parque Verde significaram momentos de promoção do diálogo, para que os indivíduos expressassem seus pontos de vista, um ato indispensável para a educação e a liberdade, ratificando que a dialogicidade é importante para a socialização humana, investigação e para transformação do mundo.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que na UBS Parque Verde foram realizadas atividades de intervenção socioambiental e cuidados relacionados com o território, visando a conscientização por meio da promoção da educação ambiental, fomentado no âmbito interno da unidade reflexões, que deverão ser perpassadas por meio dos seus profissionais para a comunidade, promovendo uma comunidade mais consciente na eliminação dos RSU. Os problemas socioambientais enfrentados pela comunidade

da UBS Parque Verde requerem outras intervenções, na mudança de hábitos da população, que é parte do meio ambiente do território, e ações mais complexas associadas a outros setores da esfera pública para solução dos problemas ambientais.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ter iluminado nossos caminhos, no rumo do conhecimento, nos dando condições de sermos agentes construtores em prol de um mundo melhor. Aos nossos familiares que ao nosso lado não mediram esforços no apoio, na força, na coragem e motivação a fim de galgarmos nossos sonhos. A nossa estimada orientadora, que apesar de tantos percalços vividos conseguiu nos elucidar, frente a fase de conclusão com tão competência, profissionalismo e brilhantismo. E por fim aos nossos amigos que de forma direta ou indireta que incentivaram e contribuíram pra essa realização.

## REFERÊNCIAS

ABRELPE. **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil**. São Paulo: ABRELPE, 2016.

ASSAD, L. Apresentação - RSU: uma ressignificação necessária. **Cienc. Cult.**, v.68, n.4, 2016.

AYACH, L. R. Saúde, saneamento e percepção de riscos ambientais urbanos. **Caderno de Geografia**, v.22, n.37, 2012.

BEDIN, E.; DEL PINO, J. C. Interações em rodas de conversa: espaços de formação inicial docente. **Rev. bras. Estud. pedagog.** Brasília, v. 99, n. 251, p. 222-238, jan/abr. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências**. Brasília, 02 ago. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12305.htm)>. Acesso em: 24 maio 2018.

BRASIL. **Manual de Gerenciamento Integrado de resíduos sólidos**. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério do Meio Ambiente. **CONSUMO SUSTENTÁVEL: Manual de educação**. Brasília: Consumers International/ MMA/ MEC/ IDEC, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde na infância e adolescência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 1, n. 3, p. 279-282, set./dez. 2001.

CARBONE, M. H.; COSTA, E. M. Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar. **Rio de Janeiro: Rubio**, 2004.

CAZOLA, L.H.O. et al. Incorporação das atividades de controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.1, 2014.

- COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. do N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Eleton Novo Enfoque**, Rio de Janeiro, v.11, n.11, p.27-33, 2010.
- FERREIRA, I.F. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: orientações para os serviços em odontologia**. 2014. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Engenharia Sanitária e Ambiental) - Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.
- FERREIRA, L.; SILVA, D. C.; SILVA, S. L. C. Meio ambiente e saúde: a visão dos agentes comunitários de saúde da cidade de itapetinga-BA. **Rev. Saúde. Com**, v. 6, n. 2, 2010.
- FRAGA, A. B. et al. **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2013.
- GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 6, abr. 2012.
- GOUVEIA, N.; PRADO, R. R. Riscos à saúde em áreas próximas a aterros de resíduos sólidos urbanos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, abr, 2010.
- HEMPE, C.; NOGUERA, J.O.C. A educação ambiental e os resíduos sólidos urbanos. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, v. 5, n. 5, p. 682-695, 2012.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saneamento básico – 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen>>. Acesso em: 20 abr. 2018.
- MALTA, D.C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.
- NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C. R. S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p.1304-1313, 2008.
- PEDROSA, J. I. S. **Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. p. 41-48.
- PERSICH, J.C.; SILVEIRA, D.D. Gerenciamento de resíduos sólidos - a importância da educação ambiental no processo de implantação da coleta seletiva de lixo – o caso de Ijuí/RS. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental**, v. 4, n. 4, p. 416-426, 2011.
- PINTO, A.G.A. et al. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 970-7, 2017.
- PREDROSA, J. I. S. **Educação popular: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde**. Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.
- RIBEIRO, L. C. S. et al. Aspectos econômicos e ambientais da reciclagem: um estudo exploratório nas cooperativas de catadores de material reciclável do Estado do Rio de Janeiro. **Nova Economia**, v. 24, n. 1, 2014.
- ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema
- SILVA, A. R. et al. O papel do biomédico na saúde pública. **Rev. Interfaces**, v.2, jun. 2014.
- SARDINHA, D. M. et al. PROMOÇÃO DA SAÚDE LGBT PARA DISCENTES DE ENFERMAGEM. In: **CORPO HUMANO: A INFLUÊNCIA DA CIÊNCIA NA SAÚDE**. 1. ed. Maringá-PR: Uniedusul, 2019. p. 95–103.
- SILVEIRA, T. A.; BRITO, R. G. A dinâmica das rodas de conversa em aulas de ciências no ensino fundamental I. **Enseñanza de las ciencias**, n. extraordinário, 2017.

SOUZA, D.D. **Importância do gerenciamento de resíduos de Serviço de saúde (GRSS) na estratégia saúde da família (ESF)**. 2011. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. **Gestão e avaliação na atenção básica [Recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

VALENTIM, L.S.O. **Sobre a produção de bens e males nas cidades: estrutura urbana e cenários de risco à saúde em áreas contaminadas da Região Metropolitana de São Paulo**. 2010. 266 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, 2010.

WHO. World Health Organization. **Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks**. Genebra, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/8mB3xC>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

# FATORES DE RISCOS CARDIOVASCULARES E A PROFISSÃO DOCENTE



### **DANIELE MELO SARDINHA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Bacteriologia e Micologia (IEC/PPGEVS/SABIM)

### **MILLER DE SOUSA SILVA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Arbovirologia e Febres Hemorrágicas (IEC/PPGEVS/SAARB)

### **EIMAR NERI DE OLIVEIRA JUNIOR**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **MICHELLE INGRID ASSIS DA SILVA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Patologia (IEC/PPGEVS/SAPAT)

### **RENATA CHAVES DE SOUZA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Parasitologia (IEC/PPGEVS/SAPAR)

### **ENDERSON VASCONCELOS DE LIMA**

Universidade da Amazônia (UNAMA)

### **AURENICE MONTEIRO PINTO GUALDEZ**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **ANA GRACINDA IGNÁCIO DA SILVA**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

**RESUMO:** As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbitos no Brasil, superando todas as outras causas. Existem fatores

de riscos relacionados ao seu desenvolvimento, os modificáveis e não modificáveis. Associa-se os fatores modificáveis diretamente com o meio de vida desse século, caracterizado por ocupações de exigem raciocínio, ocasionam estresse, extensa carga horária de trabalho, dieta inadequada e sedentarismo, que é o caso da profissão docente no Brasil. Dessa forma, objetivou-se de forma narrativa, destacar os fatores de riscos cardiovasculares e mostrar se os mesmos são influenciados por atividades relacionada a profissão docente. Mostrou-se os principais fatores de riscos como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Mellitus, Dislipidemias, obesidade, aumento da circunferência abdominal, tabagismo, etilismo, sedentarismo e estresse. Destacou-se ainda os Determinantes Sociais e sua associação ao desenvolvimento doenças cardiovasculares. Evidenciou que a profissão docente apresenta diversos fatores que influenciam em fatores de riscos cardiovascular como: extensa carga horária de trabalho, cobrança e estresse, sendo assim repercutem na dieta inadequada, falta de tempo para lazer e inatividade física. Estudos mostraram a presença de Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e sedentarismo, como também 59% das causas de licenças médicas de docentes foi por doenças cardiovasculares, e que a hipertensão é a mais prevalente. Concluiu-se que as atividades cotidianas do docente, repercute em comportamento inadequados, ocasionado a presença de fatores de risco. Medidas de promoção e educação em saúde devem ser planejadas para prevenção de doenças cardiovasculares, inclusive, para a comunidade em geral, pois mostrou-se que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbitos, e que ocupações como a de docente, pode potencializar esses fatores de riscos.

**PALAVRA-CHAVE:** Doenças Cardiovasculares; Fatores de Risco; Docentes; Determinantes Sociais da Saúde.

**ABSTRACT:** Cardiovascular diseases represent the main cause of death in Brazil, surpassing all other causes. There are risk factors related to their development, the modifiable and non-modifiable. The modifiable factors are directly associated with the middle of life of this century, characterized by occupations that require reasoning, cause stress, extensive workload, inadequate diet and sedentari-ness, which is the case of the teaching profession in Brazil. In this way, the objective was to highlight the factors of cardiovascular risks and show whether they are influenced by activities related to the teaching profession. We showed the main risk factors as: Systemic Arterial Hypertension, Diabetes Mellitus, Dyslipidemias, obesity, increase in abdominal circumference, smoking, alcoholism, seden-tarism and stress. The Social Determinants and their association to the development of cardiovascular diseases were also highlighted. It was evident that the teaching profession presents several factors that influence cardiovascular risk factors such as: extensive workload, billing and stress, thus having repercussions on inadequate diet, lack of time for leisure and physical inactivity. Studies have shown the presence of systemic arterial hypertension, Diabetes Mellitus and sedentary lifestyle, as well as 59% of the causes of medical leave of teachers was for cardiovascular diseases, and that hypertension is the most prevalent. It was concluded that the daily activities of the teacher, reflects in inadequate behavior, causing the presence of risk factors. Health promotion and education measures should be planned for the prevention of cardiovascular diseases, including for the community in general, be-cause it was shown that cardiovascular diseases represent the main cause of death, and that occupa-tions such as that of a teacher can potentialize these risk factors.

**KEYWORDS:** Cardiovascular Diseases; Risk Factors; Teachers; Social Determinants of Health.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DC) estão propensas a se desenvolverem em qualquer indivíduo, mais existem fatores de riscos que influenciam na sua evolução ou potencialização. Dentre eles, os principais: dislipidemias, Hipertensão Arterial Sistêmica, tabagismo, sedentarismo, obesidade, gordura abdominal e Diabetes Mellitus (SARDINHA et al., 2019b).

Esses fatores de riscos foram até então considerados importantes apenas em idosos, mais ultimamente os estudos evidenciam que já são considerados em adultos jovens e crianças. Dessa forma as DC representam 31.1% das causas de óbito no Brasil, sendo considerada a principal causa de mortes, superando as causas externas, infecciosas e neoplásicas (CARVALHO et al., 2015; SARDINHA et al., 2020a).

Os fatores de riscos são classificados de duas formas: modificáveis e não modificáveis. Sendo os modificáveis relacionados ao comportamento e ambiente, como por exemplo, sedentarismo, tabagismo, colesterol elevado, obesidade, Diabetes, estresse entre outros. Já para os fatores não modificáveis incluem, idade, sexo, história familiar e genética. Desta maneira, mostra-se que os fatores modificáveis estão relacionados a costumes alimentares, como, alto consumo de gordura, baixo consumo de fibras, e também falta de atividade física, aumentando o risco de dislipidemia, Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, que são os principais fatores de riscos para DC (CARVALHO; COSTA; OLIVEIRA, 2013).

Sendo estes, diretamente relacionados para a alta taxa de mortalidade e morbidade cardiovascular, relacionando os mesmos a vida moderna, caracterizada por uma população que trabalha cada vez mais, influenciando na má alimentação, sedentarismo e estresse. Sendo fatores que ocasionam o aumento de doenças, gerando alto custo, alta incidência de internações e causando incapacidades (CARVALHO; COSTA; OLIVEIRA, 2013).

Um fator modificável que se destaca e afeta 90% da população, sendo também responsável por eventos cardiovasculares importantes, é o estresse. Sendo composto por três elementos: estressores, reações emocionais e percepções, ocasionando alterações no equilíbrio fisiológico do indivíduo, o nível hormonal, imunológico e psicológico. O estresse está relacionado fatores sociais, de trabalho, econômicos e entre outros (DALAGASPERINA; KIELING MONTEIRO, 2016; FINAMORE; SANTANA, 2011).

Nos tempos atuais as tecnologias estão dominando cada vez mais o nosso cotidiano, proporcionando facilidades nas tarefas diárias, porém influenciando diretamente na diminuição da atividade física, isso reflete na distribuição das ocupações setoriais, aumentando o número de trabalhos, mais com a redução de esforços físicos ocupacionais. Destacam-se ainda as práticas atuais de lazer, em que se caracterizam em assistir televisão, jogar vídeo game, e a interação com o computador e internet, acompanhada de alta ingestão calórica e baixa queima de energia, resultando no sedentarismo da população (SOUZA, 2010).

No contexto de vida atual, os fatores de riscos cardiovasculares estão cada vez mais presentes na população, influenciado principalmente por fatores que podem ser modificáveis ou evitáveis. Relacionados principalmente a ocupação, que exigem do indivíduo carga horária extensa, desempenho, raciocínio, plano de metas e dedicação máxima, como é o caso do professor de graduação no Brasil, que se caracteriza por uma profissão exaustiva, com extensa carga horária, estresse, cobranças de alunos e coordenadores(SILVA et al., 2016).

É preciso considerar ainda, que o processo de trabalho do docente não se limita apenas nas instituições, necessitando de algumas atividades até mesmo em sua residência como: elaborar plano de ensino, ementas, correções de provas e trabalhos que inclusive chega até trezentas correções, além de orientação de pesquisa em que nos dias de hoje as redes sociais facilitam a comunicação (SARDINHA et al., 2019a; SILVA et al., 2016)

Dessa forma objetiva-se, de forma narrativa, destacar os fatores de riscos cardiovasculares e mostrar se os mesmos são influenciados por atividades relacionada a profissão docente.

## **DETERMINANTES CONDICIONANTES DE SAÚDE**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito saúde abrange uma ampla definição, sendo assim abrange não só o a homeostasia fisiológica, como também fatores sociais, psicológicos, moradia, familiar. Desta maneira esses fatores influenciam de alguma maneira da saúde do indivíduo, sendo além de uma patologia biológica. As causas sociais que interferem diretamente

na saúde são: saneamento básico, falta de escolarização, a fome, condições de moradia, condições de trabalho (VIANA et al., 2017).

O conceito de saúde demonstra a conjuntura social, econômica, política e cultural, dessa maneira a saúde não representa o mesmo significado para todas as pessoas, vai depender do lugar, da classe social e da época, de concepções científicas, filosóficas, religiosas e valores individuais (MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Todos esses fatores que interferem na saúde são denominados de Determinantes Sociais. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um dos aspectos que faz jus a ser destacado nas pesquisas sobre os DSS, consiste em analisar alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos que não se aplicam aos diferentes grupos/comunidades de uma sociedade, uma vez que as “contestações de mortalidade verificadas em meio a classes sociais ou grupos ocupacionais, não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas”(BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; VIANA et al., 2017).

Sendo assim, as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas por fatores biológicos, pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos arquitetados socialmente e, sobretudo, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. A averiguação dos fatores individuais é importante para a identificação dos sujeitos mais vulneráveis dentro de um grupo, mas evidencia-se, que são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, especialmente na produção das iniquidades de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

A relação dos DSS com as doenças cardiovasculares é muito fundamental, para a elaboração de estratégias preventivas. Dentre os inúmeros DSS relacionados às doenças cardiovasculares, a educação merece destaque, pois pesquisa mostram que os indivíduos com menores níveis escolares apresentam maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares, maior incidência de eventos cardiovasculares e maior taxa de mortalidade cardiovascular independentemente de outros fatores demográficos (MESQUITA, 2018; QUIEL et al., 2019).

Pesquisas demonstram também, que a associação do estresse emocional com baixo realização econômico-social em pessoas que passaram por um episódio de síndrome coronariana aguda, são preditores para maior vulnerabilidade para ansiedade e depressão posteriormente. Também se evidenciou que certos fatores sociais colaboram para a mortalidade por doença isquêmica do coração no Brasil, como o índice de idosos, a taxa de analfabetismo e o índice de desenvolvimento humano (MESQUITA, 2018).

## SISTEMA CARDIOVASCULAR E OS FATORES DE RISCOS PARA ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS

O Sistema Cardiovascular é composto pelo coração e pelos vasos sanguíneos. O coração é um órgão localizado na parede do tórax, atrás do osso esterno, essa área é chamada mediastino, esse órgão funciona como uma bomba para impulsionar o sangue a circular nos vasos. Já os vasos sanguíneos são formados por artérias e veias, as artérias são de maior calibre e tem a função de transportar o sangue rico em oxigênio O<sub>2</sub>, que se denomina sangue arterial. As veias são de menor calibre e possuem válvulas para impulsionar o retorno venoso, por serem responsáveis por transportar o sangue venoso de volta para o coração e posteriormente para os pulmões para o processo de hematose (troca de gases), sendo assim é transportado sangue rico em gás carbônico CO<sub>2</sub> (GUYTON; HALL, 2013).

O coração é formado por músculos, sendo uma bomba muscular oca e pulsátil, em que se divide em quatro câmaras inferiores e superiores, ventrículos que são as inferiores e átrios as superiores, os ventrículos são divididos em direito e esquerdo, desta maneira possuem funções diferentes. Os átrios também se dividem em direito e esquerdo, o átrio direito recebe sangue venoso da veia cava e ejeta para o ventrículo direito, ao ser preenchido o ventrículo direito contrai e ejeta o sangue venoso para artéria pulmonar, que tem função de enviar o sangue venoso para os pulmões, no qual fará o processo de hematose. Após esse processo o sangue se torna rico em oxigênio, então é transportado pela veia pulmonar até o átrio esquerdo, que logo ejeta para o ventrículo esquerdo, que em seguida contrai fortemente para a aorta, mandando sangue oxigenado para todos os sistemas, essa força de ejeção sobre a artéria se denomina pressão arterial (GUYTON; HALL, 2013).

Sendo composto por um músculo resistente, denominado miocárdio, formado por células auto excitáveis, com funções de contrair e relaxar. O miocárdio necessita de oxigenação e nutrição para um bom desempenho, o processo de irrigação arterial ocorre por meio das artérias coronarianas que são ramificações da aorta, e que se estendem por todo o miocárdio, se dividindo em direita, esquerda e circunflexa, envolvendo todo o miocárdio na parte anterior, posterior e inferior. Sendo assim, qualquer obstrução nessas artérias, seja parcial ou total irá influenciar diretamente no funcionamento do coração (GUYTON; HALL, 2013).

As doenças Cardiovasculares acometem o coração, veias e artérias, sendo por coágulos, acometimento da estrutura do vaso e placas de ateroma. As DC mais comuns são Infarto agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Trombose Venosa Profunda (TVP), Embolia Pulmonar (EP). Existem fatores que propiciam os eventos cardiovasculares, que são denominados Fatores de Riscos Cardiovasculares (BOURBON et al., 2016).

Os principais fatores e condições que proporcionam o desenvolvimento das doenças cardiovasculares são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete Mellitus, Dislipidemias, obesidade, aumento da circunferência abdominal, tabagismo, etilismo, sedentarismo e estresse (ROCHA; MARTINS, 2017).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a pressão sanguínea exercida na parede das artérias. Os níveis pressóricos acima de 140 x 90 mmHg persistentes caracterizam como HAS, geralmente

está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais ou estruturais de órgãos alvos, se não controlada ao longo do tempo causa danos renais e cardíacos, porém associada a outros fatores de riscos se liga fortemente a eventos fatais e não fatais como: morte súbita, AVC, IAM, Insuficiência Cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e Insuficiência Renal Crônica (IRC). Desta maneira a HAS é considerada um dos fatores de riscos mais importantes, sendo uma doença de alta prevalência 32,5% da população adulta, se estimando 36 milhões de Brasileiros, sendo 60% idosos, ainda sim apresenta baixa taxa de controle (ROCHA; MARTINS, 2017; SBC, 2010).

Outro fator de risco muito importante é a Diabetes Mellitus (DM), classificada em três tipos, a diabetes tipo 1 é conhecida como infante juvenil, por se manifestar na infância e adolescência. É uma doença autoimune em que as células betas do pâncreas são destruídas pelo sistema imunológico, desta maneira não acontece a produção de insulina, se caracterizando pela ausência de insulina total, seu tratamento é a insulinoterapia. Na diabetes tipo 2 sua prevalência maior se concentra em adultos jovens e idosos, é caracterizada pela resistência a ação da insulina nas células, relacionada a sedentarismo, dieta inadequada e história familiar, nesse tipo o tratamento se baseia em antidiabéticos orais, dieta adequada e atividade física (BRASIL, 2006; MILECH et al., 2016; SIMÃO et al., 2013).

O tipo diabetes gestacional é uma resistência a ação da insulina no período de gestação, relacionada aos hormônios da gravidez, porém as chances de uma mulher de adquirir diabetes tipos 2 no futuro são grandes. No Brasil a DM atinge cerca de 13,5 % da população adulta, chegando a 128 milhões de acordo com o censo de 2010 (SIMÃO et al., 2013).

Segundo o Ministério da Saúde até 80% dos indivíduos do DM irão desenvolver ou morrer de doenças cardiovasculares. Pelo fato da Hiperglicemia persistente está relacionado a eventos trombóticos, em que altos níveis de glicemia aumentam a viscosidade do sangue, proporcionando maiores chances de agregação plaquetária formando trombos principalmente nos vasos periféricos, a Trombose Venosa Profunda (TVP), que possui o risco de deslocamento do trombo, seguindo até vasos de menor calibre e causando sua obstrução, gerando isquemia do tecido oxigenado por aquele vaso. As isquemias mais comuns são nas coronárias causando IAM, e no cérebro causando AVC ou nos pulmões resultando em Embolia Pulmonar, que são eventos fatais na maioria das vezes (FURTADO et al., 2010).

O ministério da Saúde possui um programa Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) para atender, acompanhar e fazer controle dos pacientes portadores de DM e HAS, bem como, identificando os fatores de riscos com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, como também, oferecendo os medicamentos para as duas patologias de forma gratuitamente pela Farmácia Popular. O programa é incluso nas Unidade de Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF), após o diagnóstico o paciente é cadastrado no programa e assim acompanhado por consultas com médicos e enfermeiros, realização de exames de controle, recomendações alimentares e de atividade física (SANTOS; SILVA; MARCON, 2018).

Sobre as dislipidemias, são fatores importantes para o desenvolvimento de DCV, contribuem para a formação de placas de ateroma na parede dos vasos. As dislipidemias são alterações nos níveis séricos de lipídeos, em que incluem colesterol total alto, triglicérides (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa

densidade (LDL-c), dessa maneira, o colesterol LDL por ser de densidade baixa, em excesso, ele se deposita na parede das artérias junto a outros elementos do sangue e se adere, formando a placa de ateroma, denominado de aterosclerose, conseqüentemente, diminuindo a luz do vaso (GONDIM et al., 2017).

A doença aterosclerótica tem fisiopatologia inflamatória, multifatorial, de curso crônico e acomete, principalmente a íntima das artérias de médio e grande calibre. A presença de placa de ateromas associado a HAS proporciona grandes chances de eventos trombolíticos e embolíticos, uma vez que a HAS agride o endotélio dos vasos causando inflamação da placa de ateroma, estimulando agregação plaquetária no local formando um trombo, causando obstrução do vaso naquele local ou o trombo se desprende e segue até um vaso de menor calibre, que geralmente são as coronárias e artérias cerebrais, causando IAM e AVC (COSTA et al., 2019; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; SIERVULI et al., 2014).

Outro fator modificável importante, o sedentarismo, a falta atividade física, que significa qualquer movimento músculos esqueléticos que resultem em gasto de energia. No século atual relacionada aos meios de vida moderna, em que a tecnologia proporciona muitas tarefas, a rotina das ocupações de hoje estão cada vez mais demandando raciocínio do que força física. O sedentarismo contribui para a obesidade e aumento da gordura abdominal, ocasionado conseqüências como dislipidemias, HAS e DM, um em cada quatro Brasileiros é sedentário, o que significa um alarme para os fatores de riscos Cardiovasculares (CARLUCCI et al., 2013; PITANGA; LESSA, 2005).

Destaca-se ainda para um fator de risco que é um grave considerado problema de saúde pública, o tabagismo, pois, a fumaça do cigarro e composta por mais de mais de 4.700 substâncias químicas além da nicotina, que é a substância que causa o vício, sendo umas das drogas psicoativas mais potentes, causando efeitos a partir de 9-14 segundos após a primeira tragada. Os tabagistas 80% deles, iniciaram antes dos 20 anos de idade, influenciados por marketing das indústrias tabaqueiras, chamando atenção infanto-juvenil. No mundo cerca de 25% da população fuma, metade desse morrerá por conseqüências do fumo (BAZOTTI et al., 2016; JACONDINO et al., 2019; ROCHA; MARTINS, 2017).

As conseqüências do tabagismo no organismo são diversas, promovem mudanças no perfil lipídico, aumentam a viscosidade do sangue, influenciam na agregação plaquetária aumentando o risco de trombos e êmbolos, induz a vasoconstrição coronariana, resultando em menor fluxo sanguíneo para o miocárdio. As substâncias da fumaça ainda, aumenta os níveis de epinefrina e noroepinefrina plasmáticos, gerando resposta adrenérgica que possivelmente explique alterações da pressão arterial e frequência cardíaca (SILVA, 2005).

O etilismo também influência nos eventos cardiovasculares, estudos demonstram que ingerir bebidas alcoólicas em grandes quantidades em uma única ocasião repercute diretamente na pressão arterial e agregação plaquetária, ocorrendo alterações nas lipoproteínas LDL de baixas densidades, aumentando o risco de trombose após a parada da ingestão da bebida alcoólica. Também foi encontrado mudanças histológicas no miocárdio e sistema de condução elétrica do coração. Esses

achados demonstram que ingerir bebidas alcoólicas em altas quantidades proporciona risco de algum evento cardiovascular (LIMA; KERR-CÔRREA; REHM, 2013).

Sobre o estresse, os meios de vida moderna desse século causam muito Estresse Mental nos indivíduos, relacionado a cobranças pessoais, metas, decepções, problemas familiares e etc. O estresse mental pode ser agudo, quando ocorre após um evento traumático, ou crônico que é o do dia a dia. Nessa condição o organismo libera dois hormônios, o cortisol e a adrenalina que causam mecanismos no organismo como: agregação plaquetária, ativação das células de defesa, demanda de glicose do sangue para os músculos, aumento da frequência respiratória, cardíaca e também aumento dos níveis pressóricos. Enquanto ocorrer o estresse esse mecanismo acontece, sendo preocupantes em estresses persistentes (FINAMORE; SANTANA, 2011; GOLBIDI; FRISBEE; LAHER, 2015; THAU; SHARMA, 2019).

A adrenalina em níveis altos estimula receptores adrenérgicos, ocasionando o aumento da resistência periférica e vasoconstrição renal. Sendo assim, essas consequências influenciam no sistema cardiovascular, tornado o estresse mental um fator de risco, devido às disfunções plaquetária e endoteliais, às síndromes metabólicas e à indução de arritmias ventriculares (AYADA; TORU; KORKUT, 2015; FINAMORE; SANTANA, 2011; TOBLLI et al., 2012).

Os fatores mostrados acima se caracterizam por fatores de riscos modificáveis. Mais ainda existem fatores de riscos não modificáveis como: Hereditários, idade e sexo. Os hereditários são pré-disposições genéticas, em que alguns dos fatores já citados estão relacionados a genética, por exemplo a HAS, tem casos causados por sistema regulador da pressão arterial ou sensibilidade ao sol. Também são fatores de risco a etnia negra que é a mais acometida pela HAS, a faixa etária entre 35 a 44 anos, o processo de envelhecimento, que proporciona o endurecimento da parede das artérias denominado de arteriosclerose. A arteriosclerose, também é um fator de risco que impede a vasodilatação aumentando os níveis pressóricos, ocasionando no indivíduo HAS com maior prevalência no sexo masculino (SARDINHA et al., 2020a).

## **FATORES DE RISCOS CARDIOVASCULARES E A DOCÊNCIA**

As doenças Cardiovasculares são a principal causa de óbitos no Brasil e no Mundo, sendo assim a identificação dos fatores de riscos é fundamental para o tratamento adequando antes de ocorrer algum evento cardiovascular (SARDINHA et al., 2020b).

Os estudos epidemiológicos de fatores de riscos proporcionam a criação de ações de prevenção e promoção da saúde. Dessa maneira, é necessária a formulação de políticas públicas que tragam apoio da população, fortalecendo a ação da comunidade e reorientando os serviços de saúde. Sendo necessário o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que agreguem as ações individuais e de assistência às ações populacionais de abrangência coletiva, intervindo positivamente sobre os Fatores de Riscos das Doenças Cardiovasculares, tanto por vias de ações de regulação e legislações, como ações de educação, informação e integração da comunidade (SIMÃO et al., 2013).

Os docentes estão se preocupando cada vez mais para a formação continuada com o objetivo de estarem cada vez mais atualizados. De acordo, com as informações da Revista, Valor Econômico (2016), a porcentagem de professores com no mínimo mestrado no ensino superior, passou de 57,5% para 76% do total em 10 anos, de 2005 para 2015. O estudo ainda mostra que, no mesmo período, houve um aumento de 96 mil professores com mestrado, doutorado ou outro grau de formação em exercício no Brasil (SIMIONI; DALLEDONE; FINK, 2015).

A influência da rotina na qualidade de vida dos docentes da área da saúde está inteiramente relacionada com diversos fatores. Entre eles, destaca-se que, quanto maior o tempo de dedicação dos docentes ao trabalho, menor é sua disponibilidade para as atividades pessoais do dia-a-dia, como as tarefas domésticas, cuidados com a família, a saúde e o lazer. Sucede-se uma sobrecarga de exigências individuais e familiares que, assim, afeta todo o contexto social (SOUTO et al., 2016).

A profissão docente é caracterizada por extensa carga horaria, estresse e muita cobrança, ocasionando problemas de coluna, doenças cardiovasculares, gastrite nervosa, depressão, síndrome do pânico, falta de tempo para atividades de lazer, baixo auto estima, violência nas instituições de ensino, esses foram os principais fatores relatados por docentes como causadores de enfermidades e sequelas (SARDINHA et al., 2019a).

Um estudo avaliou as licenças médicas de docentes de universidades Brasileiras em 2010, foram identificados que em 59% dos casos eram por doenças cardiovasculares, em que 96% desses foram AVC hemorrágico e isquêmico, e doenças das coronárias como IAM e estreitamento das artérias, e os outros 4% foram aneurisma da aorta, doença cardíaca congênita, cardiomiopatia, trombose venal profunda e doença arterial periférica. Ficando, portanto, evidente que os fatores de riscos são altos nesses profissionais (SANTANA, 2011).

Já na pesquisa de Oliveira, Pereira e Lima (2017), entre os adoecimentos em docentes do ensino superior por causas físicas e fisiológicas, as mais relatadas são doenças cardiovasculares, entre elas a arteriosclerose, que é uma patologia que causa endurecimento da parede das artérias, ocasionando em eventos cardíacos. Outra causa relatada foi a Hipertensão Arterial Sistêmica acompanhada de taquicardia, que se caracteriza pelo aumento dos batimentos cardíacos. Esses fatores são intimamente causadores de consequências cardiovasculares importantes como: Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Trombose Venosa Profunda. Portanto, este é um tema que merece atenção e estudo sobre as condições de saúde docente.

Corroborando com esses dados, um estudo realizado em uma Instituição de Ensino Superior Privada (IES), com docentes de Enfermagem em Belém-PA, mostrou que 45,45% já tiveram alteração nos níveis HDL e LDL, com história familiar de Hipertensão Arterial Sistêmica 72,73% e Diabete Mellitus 81,82%. 45,45% utilizam contraceptivos orais. Possuem dieta pobre em fibras, rica em lipídios e sódio, e praticam atividade física. 72,73% consomem bebidas alcóolicas, e nenhum é tabagista (SARDINHA et al., 2020a).

Em um estudo, destacou que a extensa carga horária de trabalho, influencia a comportamentos que ocasionam alguns fatores como: sedentarismo, obesidade, estresse e dieta inadequada. Sendo assim,

percebe-se que existem fatores característicos da profissão que repercutem no risco cardiovascular (SILVA et al., 2016).

Essa situação é preocupante pois, nas últimas décadas o Brasil apresentou uma mudança na prevalência das principais doenças, em que nas décadas anteriores as doenças infectocontagiosas predominavam. Com o avanço da tecnologia em medicamentos e higiene, esse quadro mudou. Atualmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é que prevalecem na população, estando intimamente relacionadas a qualidade e meio de vida. Nesse contexto, destacam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), que representam no Brasil e mundo a principal causa de morbimortalidade, significando um grave problema de saúde pública, refletindo a baixa qualidade de vida das pessoas e alto custo de tratamento e controle (CARVALHO et al., 2015).

Essa mudança de perfil epidemiológico se deve principalmente à baixa qualidade da alimentação em tempos modernos, alterações em estilo de vida e condições sociais e demográficas, resultando em sobrepeso e obesidade, ocasionando as principais doenças crônicas, como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, câncer entre outras (SOUZA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência das doenças cardiovasculares, vai continuar aumentando em países em desenvolvimento, constituindo uma resposta de como a população vive, consequências dos hábitos de vida não saudáveis e se expondo aos fatores de riscos cardiovascular. A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as principais causas de eventos cardiovasculares, isquemias, Acidente Vascular Encefálico (SILVA et al., 2016).

Nesse contexto, a identificação dos fatores de riscos nos docentes, mostra a real situação de como a profissão docente contribui nos eventos cardiovasculares, com o objetivo de estimular medidas de prevenção para reduzir a prevalência dos mesmos nesses profissionais, como também medidas de prevenção pessoais. É uma forma de sensibilizar para mudança no estilo de vida, reduzindo riscos de eventos cardiovasculares que na maioria das vezes causa o óbito, e melhorar a qualidade de vida dos docentes (SILVA et al., 2016).

Dessa forma, mostra-se que os fatores de riscos relacionados aos eventos cardiovasculares são inúmeros, e a soma desses fatores em um indivíduo torna ainda maior a chance do mesmo ser vítima de uma doença cardiovascular, que na maioria das vezes é fatal, entretanto, medidas como hábitos de vida saudáveis, por exemplo, a prática de atividade física, boa alimentação, é possível reduzir os fatores de riscos modificáveis (OSAWA; URBANO; SUZUKI, 2016).

## CONCLUSÃO

Os fatores de riscos cardiovasculares estão diretamente relacionados ao aumento da morbimortalidade por eventos cardiovasculares. Relacionou-se a profissão docente com a influência desses fatores, e mostrou-se que as atividades cotidianas do docente, repercute em comportamento que o levam ao sedentarismo, dieta inadequada, falta de lazer e estresse, somado a fatores não modificáveis, como história familiar, idade, só potencializa as chances dos profissional docente desenvolver uma doença cardiovascular.

Dessa forma, ressalta-se, que medidas de promoção e educação em saúde devem ser planejadas para prevenção de doenças cardiovasculares, inclusive, para a comunidade em geral, pois mostrou-se que as doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbitos, e que ocupações como a de docente, pode potencializar esses fatores de riscos.

## REFERÊNCIAS

- AYADA, C.; TORU, Ü.; KORKUT, Y. The relationship of stress and blood pressure effectors. **Hippokratia**, v. 19, n. 2, p. 99–108, 2015.
- BAZOTTI, A. et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 45–52, jan. 2016.
- BOURBON, M. et al. **Doenças Cardiovasculares**. [s.l: s.n.] 2016.
- BRASIL, M. DA S. Cadernos de Atenção Básica - Diabetes Mellitus. **Secretaria de Atenção à Saúde**, v. 2, n. 3, p. 187, 2006.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007.
- CARLUCCI, E. M. DE S. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n. 4, p. 375–384, 2013.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676–689, set. 2017.
- CARVALHO; COSTA, M.; OLIVEIRA, E. Fatores de risco para doenças cardiovasculares de trabalhadores de uma instituição de ensino superior no Noroeste do Paraná - Brasil. **Revista UNINGÁ Review**, v. 16, n. 3, p. 22–26, 2013.
- CARVALHO, C. A. DE et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479–490, fev. 2015.
- COSTA, C. DE P. A. DA et al. Estilo de Vida como Fator de Prevenção da Aterosclerose. **Cadernos da Medicina - UNIFESO**, v. 2, n. 2, p. 143–154, 2019.
- DALAGASPERINA, P.; KIELING MONTEIRO, J. Estresse e Docência: Um Estudo no Ensino Superior Privado. **Revista Subjetividades**, v. 16, n. 1, p. 37–51, 29 abr. 2016.
- FINAMORE, F. DA S.; SANTANA, K. DA S. Fatores de risco cardiovascular e análise do nível de estresse em docentes do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior filantrópica de vitória/es. p. 1–59, 2011.

- FURTADO, M. V. et al. Prevenção Cardiovascular no Diabetes. **Rev Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, n. 3, p. 1–9, 2010.
- GOLBIDI, S.; FRISBEE, J. C.; LAHER, I. Chronic stress impacts the cardiovascular system: animal models and clinical outcomes. **American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology**, v. 308, n. 12, p. H1476–H1498, 15 jun. 2015.
- GONDIM, T. DE M. et al. Pathophysiological aspects of atherogenic dyslipidemia and impact on homeostasis. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 49, n. 2, 2017.
- GUYTON, A.; HALL, J. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. [s.l.] ELSEVIER, 2013. v. 53
- JACONDINO, C. B. et al. Associação do tabagismo com biomarcadores REDOX e fatores de risco cardiometabólicos em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 45–52, mar. 2019.
- LIMA, M. C. P.; KERR-CÔRREA, F.; REHM, J. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 49–57, 2013.
- MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 190–203, mar. 2016.
- MESQUITA, C. T. Relação entre Fatores Sociais e Doenças Cardiovasculares. **International Journal Of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 2, p. 87–89, 2018.
- MILECH, A. et al. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. [s.l: s.n.]. v. 5. 2016.
- OSAWA, M. S.; URBANO, M. R.; SUZUKI, A. B. P. Prevalência de fatores de risco de doença cardiovascular em trabalhadores de condomínios. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 108–114, 2016.
- PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 62, n. 3b, p. 844–851, set. 2004.
- PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 870–877, 2005.
- QUIEL, L. et al. Social determinants and cardiovascular disease mortality in Panama, 2012–2016. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 199, 15 dez. 2019.
- ROCHA, R. M.; MARTINS, W. DE A. **Manual de Prevenção Cardiovascular**. [s.l: s.n.]. 2017.
- SANTANA, O. A. Docentes de pós-graduação: grupo de risco de doenças cardiovasculares. **Acta Scientiarum. Education**, v. 33, n. 2, 2011.
- SANTOS, A. DE L.; SILVA, E. M.; MARCON, S. S. Care for People With Diabetes in the Hiperdia Program: Potentials and Limits From the Perspective of Nurses. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 1–10, 2018.
- SARDINHA, D. M. et al. A síndrome de burnout em profissionais docentes: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 4964–4978, 2019a.
- SARDINHA, D. M. et al. Nursing Diagnostics in the Chagas Cardiomyopathy Carrier: Integrative Literature Review. **Cardiology and Angiology: An International Journal**, v. 8, n. 4, p. 1–7, 20 nov. 2019b.
- SARDINHA, D. M. et al. Cardiovascular Risk Factors in Nurses Teachers. **Cardiology and Angiology: An International Journal**, v. 9, n. 1, p. 9–17, 7 jan. 2020a.

- SARDINHA, D. M. et al. Nursing Diagnoses in Heart Failure: Integrative Review. **Cardiology and Angiology: An International Journal**, p. 1–9, 8 jan. 2020b.
- SBC, S. B. DE C. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010.
- SIERVULI, M. T. F. et al. Infarto do Miocárdio: Alterações Morfológicas e Breve Abordagem da Influência do Exercício Físico. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 5, p. 349–355, 2014.
- SILVA, M. A. M. R. T. Efeitos do tabagismo sobre o sistema cardiovascular : hemodinâmica e propriedades elásticas arteriais. **Medicina USP**, p. 2–72, 2005.
- SILVA, T. A. N. et al. Fatores de riscos para doenças cardiovasculares em docentes de ensino superior: revisão integrativa. **RESU – Revista Educação em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 108–113, 2016.
- SIMÃO, A. F. et al. **I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular**. [s.l.: s.n.]. v. 100. 2013.
- SIMIONI, G.; DALLEDONE, M. R. A.; FINK, N. T. L. Qualidade de vida no trabalho e adoecimento no cotidiano de docentes do Ensino Superior. **Educação & Sociedade**, v. 36, n. 131, p. 493–513, 2015.
- SOUTO, L. E. S. et al. Fatores Associados a Qualidade de Vida de Docente da Area de Saude. **Revista Brasileira de educação Médica**, v. 40, n. 3, p. 452–460, 2016.
- SOUZA, D. DE O.; SILVA, DA S. E. V.; SILVA, N. DE O. Determinantes Sociais da Saúde: Reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saude e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 44–56, 2013.
- SOUZA, E. B. DE. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, v. 5, n. 13, p. 49–53, 2010.
- THAU, L.; SHARMA, S. **Physiology, Cortisol**. [s.l.: s.n.]. 2019.
- TOBLLI, J. et al. Nebivolol: impact on cardiac and endothelial function and clinical utility. **Vascular Health and Risk Management**, v. 8, p. 151, mar. 2012.
- VIANA, M. R. P. et al. Os direitos sociais e os determinantes e condicionantes da saúde. **Rev Interdisciplinar**, v. 10, n. 1, p. 173–178, 2017.

# ATENDIMENTO DE SAÚDE À POPULAÇÃO GARIMPEIRA DA REGIÃO DO RIO TAPAJÓS: RELATO DE EXPERIÊNCIA



### THALYTA MARIANY RÊGO LOPES UENO

Universidade do Estado do Pará, Programa de Pós – Graduação em Biologia Parasitária da Amazônia. Belém – Pará

### DANIELE MELO SARDINHA

Instituto Evandro Chagas, Programa de Pós-Graduação Epidemiologia e Vigilância em Saúde. Ananindeua – Pará

### HERBERTO UENO SEELIG DE SOUZA

Universidade Federal Rural da Amazônia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Florestais. Belém – Pará

### ANA MARIA REVORÊDO DA SILVA VENTURA

Instituto Evandro Chagas, médica e pesquisadora. Ananindeua – Pará

### KARLA VALÉRIA BATISTA LIMA

Instituto Evandro Chagas, Pesquisador em Saúde Pública. Ananindeua – Pará

**RESUMO:** a região do Tapajós tem como uma das principais atividades econômicas a extração mineral, sobretudo do ouro. A população que sobrevive do garimpo, vive em condições degradantes, o que influencia diretamente na qualidade de vida e de saúde. **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada pela enfermeira e discente do programa de doutorado de Biologia Parasitária da Amazônia durante o atendimento da população garimpeira no período de coleta de dados na região. **Percorso Metodológico:** trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado entre os meses de fevereiro a dezem-

bro de 2019 com pessoas advindas da região dos garimpos do Tapajós. Foram atendidos um total de 908 indivíduos que procuram o setor de endemias na cidade de Itaituba - Pará. Atividades de educação em saúde foram efetuadas de forma individualizada após a realização do teste da gota espessa e do teste rápido para sífilis. **Resultado:** a maioria das pessoas atendidas apresentava quadro sugestivo para malária, eram do sexo masculino e desenvolviam atividades de garimpagem na região. Informaram que durante o exercício da atividade laboral estão sujeitos a várias injúrias, a condições de vida e de saúde precárias. Relata-ram escassos serviços de saúde disponíveis nessas regiões. Quase 100% já apresentaram malária em algum momento da vida, poucos procuram o serviço de saúde para realização de exames complementares ou testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis. Os casos recebidos foram majoritariamente das regiões dos garimpos do Amano, do Rio Bom Jardim e do Tocantins. **Considerações:** a possibilidade da realização do teste rápido de sífilis no setor de endemias foi vista como uma ação importante para a saúde daquela população. Foi observado que as orientações realizadas sobre prevenção e promoção a saúde foram aceitas pelos indivíduos, haja vista que a minoria procura outros setores da saúde para realização de consultas ou de exames.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mineração. Garimpo. Vulnerabilidade-em-saúde. Condições-de-vida. Enfermagem.

**ABSTRACT:** the Tapajós region has mineral extraction as its main economic activity, especially gold. The population that survives from mining, lives in degrading conditions, which directly influences the quality of life and health. **Objective:**

to report the experience of the nurse and student of the doctoral program in Parasitic Biology in the Amazon during the care of the gold mining population during the period of data collection in the region. **Methodological Path:** it is a descriptive study, of the type of experience report, carried out between the months of February to December 2019 with people from the region of the Garajim do Tapajós region. A total of 908 individuals who attended the endemic sector in the city of Itaituba - Pará were attended to. Health education activities were carried out individually after the thick drop test and the rapid syphilis test. **Result:** most of the people assisted had a suggestive picture for malaria, were male and developed mining activities in the region. They informed that during the exercise of the work activity they are subject to various injuries, to precarious living and health conditions. They reported scarce health services available in these regions. Almost 100% have had malaria at some point in their lives, few seek the health service to carry out additional tests or rapid tests for sexually transmitted infections. The cases received were mostly from the Amano, Rio Bom Jardim and Tocantins mining regions. **Considerations:** the possibility of performing the rapid syphilis test in the endemic sector was seen as an important action for the health of that population. It was observed that the guidelines given on prevention and health promotion were accepted by individuals, given that the minority seeks other sectors of health to carry out consultations or tests.

**KEYWORDS:** Mining. Panning. Vulnerability-in-health. Life conditions. Nursing.

## 1. INTRODUÇÃO

O Estado do Pará é um dos principais produtores de mineiro do Brasil. O setor de mineração é considerado motor de crescimento econômico, haja vista que 88% das exportações do Estado corresponde às Indústrias de Mineração e Transformação Mineral. Em 2019, cerca 2,7 toneladas de ouro foram exportadas, o que perfaz um total de 104 milhões de dólares (SIMINERAL, 2019). Segundo o Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBIO, 2012), no Estado do Pará, desde a década de 50 a atividade garimpeira na região de Itaituba, é a principal fonte de renda da maioria da população, em 2012, representava aproximadamente 60% do produto interno bruto (PIB) do município, e no mesmo ano existiam na região cerca de três mil garimpos entre clandestinos e licenciados.

Áreas de garimpos são consideradas propensas para diversos agravos. Na região Amazônica, áreas de alta incidência de malária são também locais de atividade de garimpagem de ouro, isso ocorre em virtude das condições hidrográficas, clima e temperatura que favorecem a presença e a sobrevivência do vetor – mosquito do gênero *Anopheles* – infectado pelo *Plasmodium*, agente etiológico da malária, o qual vai interagir com o homem (BRASIL, 2010; TAIUL, 2015). Além da malária, Joanoni Neto e Santos (2018) asseguram que áreas de garimpos atraem outros serviços, como pequenos estabelecimentos comerciais, bares e casa de prostituição. Nesse ambiente, o uso exagerado de bebidas alcoólicas, drogas e a prostituição são frequentes, essas são condições que constituem comprovados fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST) (ABDISSA et al, 2014; TEDESCO, 2015; CHAPONDA et al, 2016).

Em 2019, foram registrados no Brasil 153.988 casos de malária, dos quais 32.612 casos foram no Pará. Nesse Estado, Itaituba foi quarto município com maior incidência pelo agravo, sendo

responsável por cerca de 11,2% (3.650) do total de ocorrência de malária (BRASIL, 2020). A malária é uma doença infecciosa, que acomete milhões de pessoas nas zonas tropicais e subtropicais do globo. É um dos mais sérios problemas de saúde pública, presente em 91 países/territórios e com aproximadamente 216 milhões de casos registrados em todo mundo (WHO, 2017). Para o controle da malária, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017) recomenda ações voltadas para o indivíduo doente, visando à oferta de diagnóstico precoce e tratamento correto e imediato.

Itaituba, por sua intensa atividade de mineração de ouro no vale do rio Tapajós, apresenta como prática comum alta mobilidade populacional entre os vários garimpos aí localizados. Nos baixões e nas currutelas estabelece-se um fluxo constante de pessoas que apresentam os mais diversos relacionamentos favoráveis para transmissão de IST (TEDESCO, 2015). Por ano, a OMS (2016) estima 357 milhões de novos casos de IST curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, dos quais 64 milhões na Região das Américas, com aproximadamente 20 milhões de indivíduos com sífilis.

A sífilis adquirida, uma das formas de classificação desse agravo, apresentou um aumento de 81,2% no norte do Brasil (BRASIL, 2016a). Dos 9.890 casos de sífilis adquirida da região Norte, 26,5% (2.625) foram notificados no Estado do Pará, situando-o como o 2º em casuística dessa região (BRASIL, 2019). A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, que acomete a espécie humana há muitos anos. A transmissão ocorre por via sexual e vertical, ocasionando, respectivamente, a sífilis adquirida e a congênita. A forma adquirida da sífilis subdivide-se em precoce e tardia, dependendo do tempo de infecção e do grau de infectividade (BRASIL, 2016b). O controle da sífilis constitui um dos focos de estratégia global do setor de saúde para as IST (2016-2021), com recomendações específicas para populações socioeconomicamente mais vulneráveis (OMS, 2016).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo consiste em: relatar a experiência vivenciada pela enfermeira e discente do programa de doutorado de Biologia Parasitária da Amazônia no atendimento da população garimpeira durante o período de coleta de dados na região.

## **2. PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um relato de experiência que emergem do atendimento à população garimpeira durante a coleta de dados desenvolvida na pesquisa de doutorado “Aspectos epidemiológicos, moleculares e dinâmica espaço temporal da coinfeção malária e sífilis em uma região de garimpo da Amazônia brasileira”, do curso de pós-graduação em Biologia Parasitária da Amazônia da Universidade do Estado do Pará em parceria com o Instituto Evandro Chagas. A atividade proposta pela pesquisa constituiu-se no atendimento aos pacientes com quadro sugestivo de malária oriundos da região garimpeira com o intuito de coletar de dados epidemiológicos e socio-comportamentais desses indivíduos. Além da realização do exame da gota espessa e do teste rápido para sífilis. Outrossim, a pesquisadora atuava nas orientações que abordavam prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Para execução da atividade, o projeto de doutorado foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará (UEPA), sendo aprovado no mês de agosto de 2018, com parecer número 2.852.618. Concomitantemente, foi solicitado a anuência da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Itaituba no Estado do Pará e do setor de endemias, referência no diagnóstico e no tratamento da malária. Esse agravo é o principal retratado entre a população que vive nas regiões de garimpo dessa área. Ainda foi solicitado da Secretária de Saúde do Estado Pará (SESPA) a disponibilização de kits de teste rápido para sífilis. Ao mesmo tempo, para a realização da atividade, a pesquisadora esteve em algumas áreas de garimpo da cidade de Itaituba/PA, realizando um diagnóstico situacional, tal fato possibilitou o reconhecimento da comunidade e das vulnerabilidades da população adstrita.

Utilizou-se para subsidiar a atividade os dados do relatório gerado a partir da visita técnica do diagnóstico situacional, os relatos da população que vive na área de garimpo e revisão bibliográfica sobre o tema. Após essa etapa, identificou-se os problemas que deveriam ser abordados durante orientações em saúde, a saber: malária, infecções sexualmente transmissíveis, prática sexuais seguras e prevenção de problemas por uso de drogas e álcool.

Assim, a pesquisadora dirigiu-se até o setor de endemias em Itaituba/PA, local de estudo, e em reuniões com chefe do setor definiram o espaço que seria utilizado pela pesquisadora e a equipe que iria acompanhar. Diante disso, todo o processo foi planejado no ano de 2018 e executado em 2019. Participaram 908 indivíduos, todos realizaram o exame da gota espessa, o teste rápido de sífilis e foram atendidos de forma individual. Os casos positivos para malária eram tratados no próprio local e a esses indivíduos eram disponibilizados os medicamentos de acordo com a espécie de plasmodium identificado por meio do exame da gota espessa. Os casos positivos no teste rápido para sífilis, receberam orientações sobre a infecção, foram esclarecidas dúvidas e posteriormente foram encaminhados para a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima do domicílio para continuidade de exames e de tratamento.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo Assentimento Informado Livre e Esclarecido (TALE). No mais, os indivíduos foram informados do objetivo, dos riscos e dos benefícios da pesquisa. Foi respeitado o que é preconizado pela Resolução 466/1212 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do atendimento 908 indivíduos, a maioria dos participantes era proveniente da cidade de Itaituba – Pará, com idade entre 19 – 59 anos, do sexo masculino, autodeclarados pardos, em união estável, com ensino fundamental incompleto, garimpeiros e com renda familiar variando entre 1 a 5 mil reais. A maior parte deles já apresentou malária ao longo da vida.

No Estado do Pará, a cidade de Itaituba está inserida na chamada Província Auríferas do Tapajós, com quase meio de século de atividade na garimpagem de ouro. Foi a maior área de mineração de ouro da América Latina entre as décadas de 1980 a 1990. Atualmente, ainda tem o garimpo como uma das principais atividades econômicas (BAIA-JÚNIOR, 2014; LOPES et al, 2019). De acordo com dados de Informação de Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP-malária) em 2019 foram registrados 3.650 casos de malária no município e o município apresenta Índice Parasitário Anual (IPA) de 36,1 classificado com médio (10,0 a 49,9/1.000 hab.) (RISPA, 2008).

A região Amazônia é considerada endêmica para transmissão da malária. A ocorrência de casos desse agravo está relacionada a vários fatores, entre eles as atividades de extrativismo dos recursos naturais, como a garimpagem (MACIEL; OLIVEIRA, 2014). Ademais, de acordo com o estudo de Lopes et al (2019) realizado no município de Itaituba- Pará, a prevalência dos casos de malária registrados são em homens (71,9%), com faixa etária predominante entre 20 a 39 anos (55,8%), 76,6% auto se declaram pardos, 45,5% estudaram o ensino fundamental de forma incompleta e 53,3% trabalham com garimpo. Yang et al (2017) e Dawaki et al (2016) descrevem em seus estudos a prevalência de homens, com faixa etária produtiva e que desenvolviam atividades de extrativismo de recursos naturais, capazes de potencializar a transmissão da doença.

Os garimpeiros da região do Tapajós residem em baixões (lugares próximos da extração de ouro e de outros minerais) que ficam nas proximidades de currutelas ou vilarejos de garimpo (local onde há pequenos comércios, bares, casas de prostituição e alguns serviços de saúde). Nas currutelas a prostituição é uma prática expressiva. Nos baixões, os garimpeiros ocupam moradias feitas de lona e madeira, conhecidos como barracões. A região apresenta um alto fluxo migratório, pois os garimpeiros se deslocam de um garimpo para outro quando há maior disponibilidade de extração de minerais.

De acordo com a pesquisa de Joaroni Neto e Santos (2018) a existência da currutela é diretamente proporcional a “força” do garimpo na região. A prostituição e o uso de álcool e de drogas é frequente nesses locais. Ademais, para os garimpeiros, os baixões e as currutelas são ponto de passagem e sua permanência está condicionada ao sucesso imediato na busca do minério.

Em sua maioria, utilizam a água do rio e/ou de poços amazônicos para cozinhar, beber e banhar. Alimentam-se, em geral, de comidas enlatadas, frutas e algumas vezes de carne de caça, as refeições ocorrem cerca de 3 vezes por dia. Muitos não utilizam repelentes ou mosquiteiros. Trabalham em média de 8 a 12 horas por dia. A maioria é fumante, etilista e já utilizou pelo menos por uma vez algum tipo de droga ilícitas, dentre elas, maconha, cocaína aspirada e crack.

No estudo de Nascimento et al (2019) foi evidenciado que os garimpeiros trabalham cerca de 10 a 12 horas por dia, alimentam-se cerca de 3 a 4 vezes por dia e costumam comer frutas e legumes, ingerem com frequência algum tipo de bebida alcoólica, no entanto, não referem uso de tabaco e nem drogas ilícitas. Além disso, o estudo retratou que todos possuem vida sexual ativa.

De acordo com Brasil (2000), garimpeiros, profissionais do sexo e usuários de drogas lícitas e ilícitas são considerados grupos vulneráveis para infecção e transmissão de ISTs. Nessa pesquisa, todos os indivíduos possuíam vida sexual ativa, seja com parceiro fixo, parceiro eventual ou ambos.

Muitos referiram está em união estável, porém mantinham vida sexual paralela com profissionais do sexo. Em geral, não usam preservativo com os parceiros fixos e mencionam utilizá-lo apenas com as prostitutas. Do total de participantes, 474 (52,8%) informaram já terem realizado teste rápido para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e 104 (11,2%) apresentaram resultado reagente no teste rápido de sífilis. Ademais, 96 (10,6%) indivíduos relataram terem tido algum tipo de infecção sexualmente transmissíveis nos últimos 12 meses, no entanto, não sabem informar qual a infecção. Desses, 66 (69%) não trataram e/ou apenas se automedicaram.

Corroborando Joanoni Neto e Santos (2018) descrevem em sua pesquisa a abundância de prostitutas, bebidas e jogatinas em áreas de garimpo. Ademais, apontam o garimpo como um ambiente predominantemente masculino, e a forma de suprir a escassez da figura feminina é a existência das casas de prostituição. Além disso, Brasil (2011) descreve a presença e o tráfico de drogas em regiões de garimpo devido a constante expansão associada à mobilidade populacional. Ainda descreve a cidade de Itaituba (PA) com um dos municípios na região Norte com casos notificados de HIV na categoria de exposição referente ao uso de drogas injetáveis. De mesmo modo, a pesquisa de Barros et al (2018) realizada com uma população de rua na região Centro Oeste do Brasil, apontou que 10,2% dos testes rápidos para sífilis foram reativos, 97,7% utilizaram algum tipo de substância psicoativa ao longo da vida, 33,9% relataram histórico de ISTs.

A maioria dos casos positivos de malária e testes reagentes para sífilis foram das regiões de garimpo do Amana (Porquinho, Cara Preta, Pistas AB, CVA, Nova, Formoso, Garimpinho, Cachoeira do São Pedro), do Rio Jardim (Batalha, Comunidade Mandioca, Mineração Bom Jardim e Porto do Edson) e o garimpo do Tocantins. De acordo com os relatos dos garimpeiros nessas regiões não há serviço de saúde, a automedicação e a compra de medicamentos de forma ilegal são uma prática comum. O setor de endemias do município verificando o expressivo número de casos de malária advindos dessas regiões encaminhou expedições para realizarem o diagnóstico e o tratamento de forma precoce, além da distribuição de mosquiteiros impregnados. De acordo com os dados do SIVEP – malária (2019) os casos registrados de malária nesses garimpos foram: região da Amana (1.152), região do rio Bom Jardim (138) e o Tocantins (202), tais dados corroboram com achados encontrados.

Todos os pacientes receberam orientações de forma individualizada sobre malária, infecções sexualmente transmissíveis, práticas sexuais seguras, prevenção e tratamento sobre a dependência de álcool e de outras drogas. A maioria do público atendido foi receptivo com as informações fornecidas, muitos aproveitaram o momento para sanar dúvidas e ainda agradeceram a oferta do teste rápido para sífilis no setor de endemias, haja vista que muitos deles não realiza nem um tipo de consulta ou exames complementar. Brasil (2018) assegura que a probabilidade de infecções por ISTs não está relacionada apenas ao comportamento ou as escolhas pessoais, acredita-se que uma pessoa que não consegue acessar informações, seja pelo seu baixo grau de instrução ou seja porque se encontra em uma situação de exclusão social também está mais vulnerável. Da mesma forma, uma pessoa que não consegue acessar os serviços de saúde, seja porque eles inexistem ou são muito distantes, seja porque não acolhem ou não respondem às suas necessidades, ou porque criam barreiras para o atendimento, poderá estar mais vulnerável a ser infectada e mais propensa a transmitir a infecção.

Ademais, Brasil (2014) ressalta a prática educativa em saúde como um objetivo de cuidar de forma individual ou coletiva visando à melhoria da qualidade de vida e de saúde da comunidade assistida. Além do mais, conforme as diretrizes estabelecidas pela carta de Otawa, a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que devem se manter articuladas, haja vista que são consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Roecker et al (2012) consideram o momento do atendimento ao usuário como um espaço de educação em saúde. Asseguram que o desenvolvimento de um cuidado baseado em ações de educação em saúde, alicerçado nos princípios da promoção à saúde, podem melhorar os indicadores de saúde, o acesso aos serviços e a qualidade de vida da população.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As regiões de garimpo ainda são áreas vulneráveis a presença de diversos agravos de saúde. O homem adentra a floresta com intuito de retirar dela recursos naturais a fim de garantir sua sobrevivência e isso permite com que ele fique exposto às várias doenças, entre elas a malária. O ouro atrai, entre outras coisas, a prostituição, o consumo de álcool e de drogas e o aumento de violência nessa área. O ambiente das curretelas é favorável à infecção e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, haja vista que o maior entretenimento do garimpeiro é frequentar casas noturnas, manter relações sexuais com profissionais do sexo, ingerir bebidas alcoólicas e outras drogas.

A vida e a saúde do garimpeiro ainda são precárias nessa região. Por ser um município com grande extensão territorial, muitos garimpos estão localizados a vários quilômetros dos serviços de saúde. Tal fato, permite com essa população adquirir medicamentos de forma ilegal, praticar a auto medicação e até mesmo não tratar a enfermidade. Orientações sobre prevenção, promoção e recuperação à saúde desses indivíduos constituem uma estratégia para aumentar a qualidade de vida e de saúde dessa população. O momento do atendimento em saúde configura-se com um espaço importante a fim de orientar essa população para realização de outras consultas e outros exames complementares.

#### **REFERÊNCIAS**

ABDISSA, H. G.; LEMU, Y. K.; NIGUSSIE, D. T. HIV preventive behavior and associated factors among mining workers in Sali traditional gold mining site bench maji zone, Southwest Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health*, v. 14, n. 1003, 2014.

BAIA JÚNIOR, P.C. Entre o ouro e a Biodiversidade: Garimpos e Unidades de Conservação na região de Itaituba, Pará, Brasil. Tese (Doutorado do Programa de Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA)) – Belém. Universidade Federal do Pará, 2014, 212p.

- BARROS, et al. C. V. de L. Bio-behavioral survey of syphilis in homeless men in Central Brazil: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*, v. 34, n. 6, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis: módulo 1, 2 e 3. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica: caderno 10 malária. 7ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis. v. 47, n. 3, 2016a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasil: Ministério da Saúde, 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis. v. 01, n. esp., 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Malária, SIVEP. Relatório: Boletim Epidemiológico 2019. Disponível em: < [>http://200.214.130.44/sivep\\_malaria/relatorio/rel\\_resumo\\_estado\\_infeccao.asp?cd\\_uf\\_relatorio=14&tx\\_uf\\_relatorio=PA&tx\\_opcao\\_agravo=MALARIA&opcao\\_agravo=B54%20&dt\\_inicial=01/01/2019&dt\\_final=31/12/2019&niv\\_relatorio=ESTADO&frm\\_relatorio=2&frm\\_aglomerado=&frm\\_aglomerado\\_tx=N%E3o%20categorizar%20\(dados%20gerais\)< >. Acesso: 12.02.2019.](http://200.214.130.44/sivep_malaria/relatorio/rel_resumo_estado_infeccao.asp?cd_uf_relatorio=14&tx_uf_relatorio=PA&tx_opcao_agravo=MALARIA&opcao_agravo=B54%20&dt_inicial=01/01/2019&dt_final=31/12/2019&niv_relatorio=ESTADO&frm_relatorio=2&frm_aglomerado=&frm_aglomerado_tx=N%E3o%20categorizar%20(dados%20gerais))
- CHAPONDA, E. B. et al. Malarial Infection and Curable Sexually Transmitted and Reproductive Tract Infections among Pregnant Women in a Rural District of Zambia. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, v.95, n. 5, p. 1069–1076. 2016.
- DAWAKI, S. et al. Is Nigeria winning the battle against malaria? Prevalence, risk factors and KAP assessment among Hausa communities in Kano State. *Malar J.*, v.15, n.351. 2016.
- ICMBIO – INSTITUTO CHICO MENDES DE CONSERVAÇÃO DA BIODIVERSIDADE. Coordenação Regional - CR 3. Floresta Nacional Itaituba II. Itaituba, 2012. Disponível em: <<http://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/servicos/Relat%C3%B3rio%20Garimpos%20e%20Hidrel%C3%A9tricas.pdf>>. Acessado em: 01.02.2019
- JOANONI NETO, V.; SANTOS, J.C. dos. Práticas de violências na fronteira: estudo sobre os garimpos de diamante em Juína, MT (1987-1994). *História: Debates e Tendências*, v.18, n.2, p. 214 -228, maio/ago.2018.
- LOPES, T. M.R. et al. Situação epidemiológica da malária em uma região de Garimpo, na região da Amazônia brasileira, no período de 2011 a 2015. *REAS/EJCH*, v.supl., n.25, jul.2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/759>>. Acesso em: 01.02.2019.
- MACIEL, G.B.M.L.; OLIVEIRA, E. C. Perfil entomológico e epidemiológico da malária em região garimpeira no norte do Mato Grosso, 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 23, n.2, p. 355-360, abr/jun.2014.

NASCIMENTO, V.F. et al. Vulnerabilidades en salud de garimpeiros de una región amazónica. *Revista Enfermería Actual*, Edición Semestral, n.37, jul/dez.2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249553/9789241565301-eng.pdf;jsessionid=67A533D99E30DB61674718FE7D0C6EA4?sequence=1>>. Acesso em:20.12.2018.

RISPA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROECKER, S., BUDÓ, M.L.D., MARCON, S.S. The educational work of nurses in the family health strategy: difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm*, v.46, n.3, p. 638- 643. 2012.

SIMINERAL. Sindicato das Indústrias Mineraias do Estado do Pará. 8ª Anuário do Pará. 2019. Disponível em:< [http://simineral.org.br/pdf/anuarios/8-desktop\\_pt-br.pdf](http://simineral.org.br/pdf/anuarios/8-desktop_pt-br.pdf)>. Acesso em: 11.02.2019.

TAUIL, P. L. Epidemiologia. In: Tratado de Infectologia. FOCACCIA, R. São Paulo: Editora Atheneu, p.1894 – 99, 2015.

TEDESCO, L. da L. No trecho dos garimpos: Mobilidade, gênero e modos de viver na garimpagem de ouro amazônica. Amsterdam, 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World Malaria Report 2017. 2017. Disponível em: < <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/WMR-2017-slide-deck-briefings.pdf>>. Acesso em: 02/03/2018.

YANG, D.; XU, C.; WANG, J.; ZHAO, Y. Spatiotemporal endemic characteristics and risk factor analysis of malaria in Yunnan Province, China. *BMC Public Health*. 17: 66, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5225622/>> Acesso em: 15/04/2019.

# CONHECIMENTOS DE RIBEIRINHOS SOBRE A SAÚDE REPRODUTIVA EM UMA COMUNIDADE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM



### **JULIANA CONCEIÇÃO DIAS GARCEZ**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **IZABELLA SILVA DA SILVA**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **JENIFFER AIRES AMORIM**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **NATALY CARVALHO AYRES**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **SHIRLEY AVIZ DE MIRANDA**

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ)

### **DANIELE MELO SARDINHA**

Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde, Seção de Bacteriologia e Micologia (IEC/PPGEVS/SABMI)

tiva, desenvolvida em uma Estratégia Saúde da Família ribeirinha no município de Barcarena, na região metropolitana de Belém-Pará. A população do estudo foi constituída de 115 moradores na faixa etária de 18 a 49 anos. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário sobre o perfil sócio demográfico, características reprodutivas e conhecimento dos ribeirinhos sobre a saúde reprodutiva. Os resultados revelaram que apesar do conhecimento da população sobre os métodos contraceptivos, o número de pessoas que já engravidaram ainda é predominante de 81,7%, média de 2,34 de gestações, baixa escolaridade, gravidez não planejadas de 64,3%, somente 29,6% relataram estarem esclarecidos sobre a saúde reprodutiva. Constatou-se que mesmo com o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, ainda há uma fragilidade nas informações, na maioria das vezes repassadas por profissionais de saúde. Esta pesquisa permitiu inferir o trabalho diferenciado do enfermeiro no cuidado a saúde reprodutiva para a comunidade ribeirinha, destacando que é maior responsável por orientações sobre o programa, porém a educação em saúde precisa ser mais trabalhada com a comunidade local, favorecendo assim melhores resultados no programa e consequentemente na qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Reprodutiva; Ribeirinhos; Gravidez.

**ABSTRACT:** Sexual and reproductive health has a broad concept and interacts in a set of actions and services for treatment, disease prevention and health promotion. The objective of this study was to investigate the profile of reproductive health and knowledge of riverine residents of a community registered in a family health unit in the metropolitan region of Belém. Descriptive

**RESUMO:** A saúde sexual e reprodutiva possui um conceito amplo e interage em um conjunto de ações e serviços, para fins de tratamento, prevenção de doenças e promoção da saúde. O objetivo deste estudo foi investigar o perfil da saúde reprodutiva e conhecimento de ribeirinhos de uma comunidade cadastrada em uma unidade de saúde da família da região metropolitana de Belém. Estudo descritivo e exploratório, do tipo estudo de campo com abordagem quantita-

and exploratory study, of the type field study with quantitative approach, developed in a Strategy of Riverine Family Health in the municipality of Barcarena, in the metropolitan region of Belém-Pará. The study population was comprised of 115 residents between the ages of 18 and 49. The data collection was carried out through the application of a questionnaire on the sociodemographic profile, reproductive characteristics and knowledge of the riverine population on reproductive health. The results revealed that despite the population's knowledge about contraceptive methods, the number of people who have already become pregnant is still predominant at 81.7%, an average of 2.34 pregnancies, low schooling, and an unplanned pregnancy of 64.3%, only 29.6% reported being enlightened about reproductive health. It was found that even with the knowledge about contraceptive methods, there is still a fragility in the information, most of the times passed on by health professionals. This research allowed us to infer the differentiated work of the nurse in reproductive health care for the riverine community, highlighting that he is more responsible for orientations about the program, but health education needs to be more worked with the local community, thus favoring better results in the program and consequently in the quality of life.

**KEYWORDS:** Reproductive Health; Riverine; Pregnancy.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) possui um conceito amplo e não restringe somente a ausência de doenças, ela interage um conjunto de ações e serviços, para fins de tratamento, prevenção e promoção da saúde, de modo a assegurar o estado de bem estar sexual e Reprodutivo, abrangendo o exercício da vivencia da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida (TELO; WITT, 2018).

Apesar do aumento elevado do uso de métodos contraceptivos no Brasil, e mesmo as mulheres podendo escolher quando, com que frequência ou se deseja ter filhos, a gravidez não desejada permanece, caracterizando um indicador de falha na saúde reprodutiva (ARAUJO; NERY, 2018). Entretanto, embora haja uma evidência no acesso das mulheres à contracepção e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, ocorre uma persistência de significativas disparidades entre grupos populacionais, indicando a permanência de desigualdades sociais em saúde. (NOGUEIRA *et al.*, 2017).

Nesse contexto, os moradores das comunidades ribeirinhas encontram dificuldade para acesso a assistência à saúde, pois residem às margens dos rios, igarapés e furos, com difícil acesso aos centros urbanos, identificando dessa maneira desafios peculiares para as equipes de saúde, tais como dificuldades operacionais para o trabalho, transporte para o deslocamento da equipe, ocasionando na diminuição do contato dos profissionais com os moradores, interferindo na qualidade da atenção à saúde (BRASIL *et al.*, 2016).

A associação entre a localização das comunidades ribeirinhas e o acesso aos serviços de saúde implica na falta de busca por informações e conseqüentemente das orientações sobre o planejamento da gravidez e métodos contraceptivos, contribuindo assim no aumento do número de filhos por famílias ribeiras e gravidezes não planejadas (PEREIRA *et al.*, 2014). Além disso, o pouco acesso a

informação e serviços de saúde reprodutivas podem ocasionar em um aborto, e por ser um ato ilegal, é um sério problema de saúde pública, onde geralmente são associados a idade, fator socioeconômico, número de filhos, abuso sexual, e muitas das vezes praticado sob condições de risco, associando a altas taxas de complicações (SILVA; ARAÚJO, 2011).

Com isso, explica-se a possível fragilidade sobre o conhecimento dos métodos contraceptivos e ações para garantir o exercício dos direitos reprodutivos do casal. Porém, pode fragilizar a escassez da participação masculina nos serviços de saúde, que é um problema que se destaca, trazendo exclusivamente para a mulher a responsabilidade da concepção e contracepção, e como consequência a interferência da anticoncepção, pelo fato da maioria dos homens não aceitarem os métodos masculinos (MORAIS *et al.*, 2014).

O interesse pelo tema foi construído a partir da visita na Estratégia Saúde da Família do Furo do Nazário e comunidade ribeirinha do município de Barcarena, que oportunizou a interação com a equipe de saúde e ouvir relatos referentes ao crescimento de grávidas no programa pré-natal e número de adolescentes gestantes. Evidenciou-se uma possível fragilidade na saúde reprodutiva, em relação aos riscos, vulnerabilidades, além do crescimento populacional desordenado despertando para possíveis falhas.

Dessa forma, tendo em vista o reconhecimento dos diversos desafios existentes para efetivação da saúde reprodutiva, é necessário se fazer cumprir o direito do acesso à educação, instrução sexual como forma de prevenção de doenças e promoção a saúde da família, levando em consideração o aumento da demanda de grávidas, definindo dessa maneira a questão de pesquisa deste estudo: Qual o conhecimento de Ribeirinhos sobre a saúde reprodutiva? Portanto, objetiva-se investigar o conhecimento de ribeirinhos sobre saúde reprodutiva.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, do tipo estudo de campo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com 115 moradores, com idade entre 18 a 49 anos, cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família Ribeirinha (ESF) Furo do Nazário, localizada no município de Barcarena – Pará. Os dados foram obtidos pelas autoras, constando de três partes: perfil sócio demográfico, saúde reprodutiva e os conhecimentos relacionados a saúde reprodutiva.

Foram incluídos na pesquisa moradores da comunidade ribeirinha e inscritos na ESF, com faixa etária de 18 a 49 anos, que residem em duas micros áreas cobertas e acompanhadas por agentes comunitários de saúde. Foram excluídos sem escolaridade e profissionais da ESF e os que por três tentativas não foram encontrados no domicílio. Considerando que a população de estudo foi constituída a partir dos dados registrados de 191 ribeirinhos cadastrados, calculou-se o valor de  $n$  (amostral) utilizado nesta pesquisa, conforme a fórmula citada por Fontelles (2012).

O cálculo para identificação da amostra foi feito admitindo um nível de confiança de 90% e um erro amostral de 5%. Após o cálculo, o (n) amostral total foi composto inicialmente por 113 usuários. O método para seleção dos usuários foi por amostragem estratificada. Foram 130 participantes elegíveis abordados, porém 15 se recusaram participar, ficando uma amostra final de 115 usuários.

O instrumento de coleta foi dividido em três etapas, sendo o primeiro relacionado ao perfil sócio-demográfico como: procedência, sexo, ocupação, idade, estado civil e escolaridade. Em seguida, sobre as características reprodutivas. E por fim, relacionada ao conhecimento dos ribeirinhos sobre a saúde reprodutiva envolvendo as informações sobre a temática e as noções a respeito do conceito.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ) com o parecer N° 3.306.057 e na Secretária Municipal de Saúde do Município de Barcarena (SESMA). Ressalta-se que a pesquisa obedeceu aos princípios éticos da resolução 466/2012 que dispõe sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando o princípio da autonomia do participante através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e garantindo o sigilo das informações coletadas.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2019, onde foram feitas várias visitas, além do enfrentamento de rios, barcos e chuvas. As informações colhidas foram registradas em um formulário no google forms, o que gerou um arquivo convertido e tabulados em software editor de planilhas do Programa Excel (Microsoft Office 365, Washington). Para a análise estatística foi convertido em diagnóstico estatístico por meio do *BioEstats 5.0*. Para apresentação dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, mediante distribuição da frequência absoluta e percentual, média, desvio padrão, mediana, valor máximo e valor mínimo.

### 3 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em três blocos, sendo o primeiro correspondente ao perfil sócio-demográfico. Verificou-se que 93% dos entrevistados são de procedência da região metropolitana de Belém, 5% da região do Marajó e 2% da região nordeste do Pará ou de outro estado. Ao total 72,2% eram do sexo feminino, dentre elas 62,6% possuem ocupação como donas de casa. Já o sexo masculino representou 27,8%, e 20,0% deles desempenham o trabalho com açaí. A maioria tinha idade média de 30,31 anos. Em relação ao estado civil, 78,3% eram casados. Quanto a escolaridade 31,3% concluíram o ensino médio e 41,7% possuíam o ensino fundamental incompleto.

Identificou-se ainda que 50% da população do estudo, não referem ter nenhum impedimento em ir até a ESF, porém, cerca de metade dos usuários (47,8%) sentem essa dificuldade, relacionando principalmente com o difícil acesso (33,9%) ou outros motivos (13,9%).

O segundo bloco foi organizado com informações reprodutivas da população ribeirinha vinculados a ESF, constatando-se que entre a população entrevistada, 81,7% já engravidou para

mulheres ou já foi pai responsável por alguma gestação, com média de 2,34 número de gestações em relações anteriores, conforme está representada na Tabela 1.

**Tabela 1** – Caracterização das Informações reprodutivas dos usuários da ESF Furo do Nazário na idade entre 18 a 49 anos, no ano de 2019.

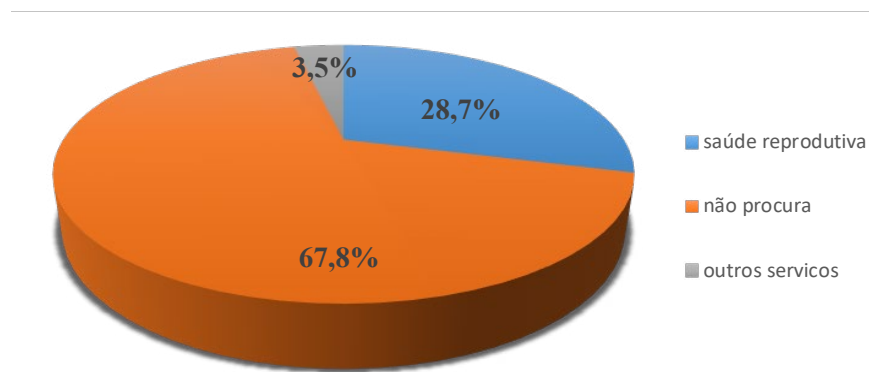
<b>Informações sobre filhos</b>	<b>N (115)</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>
<b>Já engravidou</b>			
Sim	94	81,7	
Não	21	18,3	
<b>Quantidade de gestação</b>			2,34
<b>Teve aborto</b>			
<b>Nenhum</b>	99	86,1	
<b>Pelo menos 1</b>	16	13,9	
<b>Gravidez planejada</b>			
Sim	41	35,7	
Não	74	64,3	
<b>Idade que engravidou</b>			31,30
<b>Deseja ter mais filhos</b>			
Sim	35	30,4	
Não	80	69,6	

**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

A tabela mostra que os percentuais gerais referentes as informações reprodutivas, que correspondem a índice 13,9% de mulheres que já sofreram pelo menos um aborto, 35,7% de indivíduos que relataram uma gravidez planejada, e 64,3% das pessoas tiveram uma gestação indesejadas, e 69,6% não desejam ter mais filhos.

A terceiro bloco de resultados refere-se as informações do conhecimento dos ribeirinhos sobre a saúde reprodutiva. Com base no gráfico 1, ressaltam-se os motivos pela procura do programa da saúde reprodutiva.

**Gráfico 1** – Motivos pela procura dos usuários com idade entre 18 a 49 anos, cadastrados na ESF Furo do Nazário, pelo programa de saúde reprodutiva, no ano de 2019.



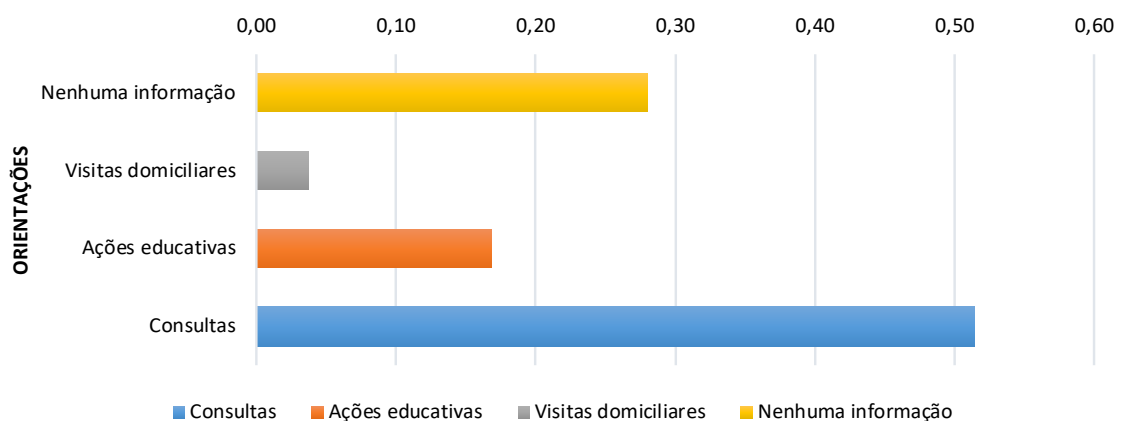
**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

Evidenciando-se que em relação ao motivo da procura pelo programa, 28,7% dos usuários cadastrados buscam o programa especificamente com o objetivo de saúde reprodutiva, sendo 3,5% dos usuários procuram para outros serviços, e 67,8% não procuram o serviço de saúde. Mostrando uma alta taxa que usuários que não procura esse tipo de serviço da ESF.

Em relação às orientações acerca da saúde reprodutiva, foi identificado que 44,3% são realizadas por profissionais da saúde, (37,4%) por outros profissionais, sendo também 11,3% orientados por familiares e 7% através de amigos.

Conforme o gráfico 2, pode-se perceber que há uma predominância no repasse dessas informações para a população através das consultas (56,5%), seguido de orientações por meio das ações educativas (13,9%) e conseqüentemente as visitas domiciliares (3,5%), porém 26,1% dos participantes informam que nunca tiveram nenhuma informação a respeito do tema proposto.

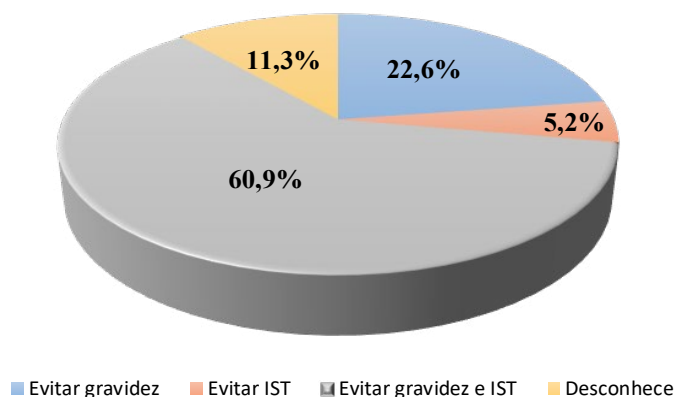
**Gráfico 2** – Orientações sobre saúde reprodutiva para os usuários da ESF Furo do Nazário na idade entre 18 a 49 anos, no ano de 2019.



**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

Já para a variável conhecimento sobre contraceptivos, 29,6% dos participantes relatam serem esclarecidos na consulta, enquanto que grande parte dos usuários (60,9%) saem dos consultórios sem nenhum entendimento. Demonstrando que as orientações sobre os métodos contraceptivos realizados na consulta, não consegue esclarecer as dúvidas dos usuários, para a maioria dos ribeirinhos. Veja no Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Conhecimento dos usuários com idade entre 18 a 49 anos cadastrados na ESF Furo do Nazário sobre os métodos contraceptivos, no ano de 2019.

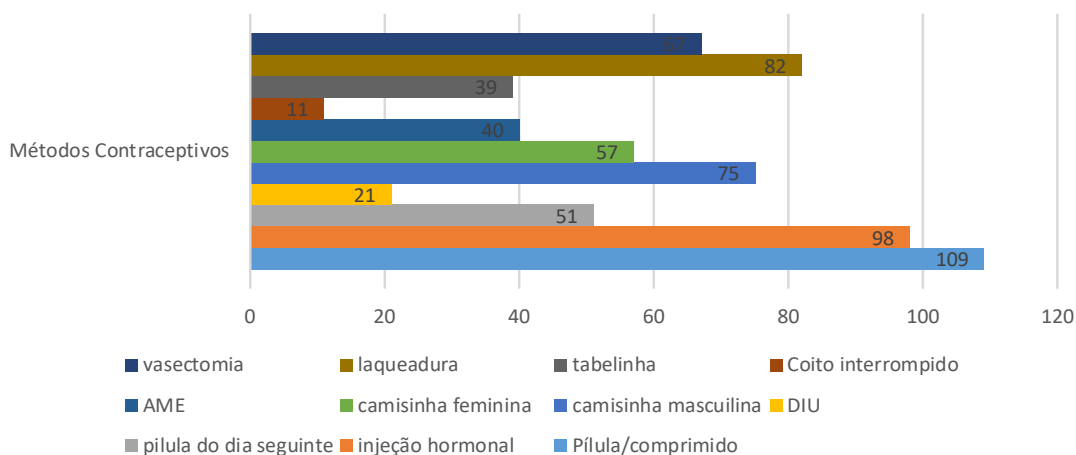


**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

Entretanto, 60,9% dos entrevistados referiram que o método contraceptivo serve para evitar gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST), 22,6% afirmam que os métodos servem somente para evitar a gravidez e 5,2% apenas para evitar IST e o restante desconhecem sobre a indicação do uso.

Quanto ao conhecimento dos ribeirinhos em relação aos tipos de contracepção mais conhecidos, mostra-se no gráfico 4.

**Gráfico 4** – Métodos contraceptivos mais conhecidos pelos usuários da ESF Furo do Nazário na idade entre 18 a 49 anos, no ano de 2019



**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

Identificou-se que os métodos contraceptivos mais conhecidos no local são os métodos hormonais, seguidos dos métodos de barreira e cirúrgicos e consecutivamente os métodos naturais. Porém, ainda são mais procuradas e utilizadas o anticoncepcional oral, injeção hormonal, pílula do dia seguinte e a camisinha masculina. Relataram também conhecer métodos caseiros, 77,4% não conhecem e 33% fazem uso de métodos culturais.

A pesquisa possibilitou apontar sugestões para o planejamento do serviço referente a saúde reprodutiva, conforme apresentado apresentadas na tabela 2.

**Tabela 2** – Sugestões dos usuários cadastrados ESF Furo do Nazário na idade entre 18 a 49 anos, acerca da saúde reprodutiva, no ano de 2019.

	N	%
<i>Promover mais ações educativas</i>	13	11,5
<i>Melhorar qualidade no atendimento</i>	21	18,6
<i>Aumentar a oferta de consultas</i>	10	8,8
<i>Não</i>	69	61,1

**Fonte:** Dados dos autores, 2019.

Conforme as sugestões citadas destacam-se que 18,6% sugerem que o atendimento seja melhorado em busca de uma melhor qualidade, tais como, 11,5% indicam intensificação de promoção de ações educativas ou no aumento de ofertas de consultas (8,8%). Cerca de 60% não quiseram falar ou deixar sugestão sobre a unidade e o programa introduzido na ESF.

#### 4 DISCUSSÃO

A Amazônia é ocupada por uma diversidade de grupos étnicos e por populações tradicionais, sendo referência dos ribeirinhos, vivendo em agrupamentos com várias famílias, localizadas ao longo dos rios e lagos vivendo do manejo coletivo de recursos locais, com rica variedade de mitos, concepções, crenças e pratica, desenvolvendo atividades como pesqueiros e produção agrícola para subsistência (LIRA; CHAVES, 2016).

Compreender o perfil das comunidades ribeirinhas é necessário entender a cultura, a maneira de vida, suas territorialidades, seus conhecimentos e práticas vivenciadas no dia-a-dia (SILVA, 2017). O estudo evidenciou que os perfis sócio demográfico dos usuários cadastrados na ESF são bastantes diversificados (idade, escolaridade, estado civil, ocupação), entretanto a maioria possuía em média 30

anos de idade sem a conclusão do ensino fundamental, exercendo atividades do lar ou trabalho com extrativismo no cultivo do açaí.

Silva, et al (2017) afirmaram que o “rio e a mata são sine que para a vida dos que habitam nas suas proximidades eles proporcionam o meio de sustento, comunicação e transporte”, porém a falta de transporte, a climatização e até mesmo a doenças, pode estar causando na dificuldade de acesso e a baixa procura pelo serviço de saúde reprodutiva

Durante a pesquisa percebeu-se também um alto índice de gestações não planejadas entre os participantes, podendo estar relacionado com a baixa escolaridade dos jovens e adultos, e a falta de educação sexual nas escolas, não havendo assim um esclarecimento sobre o planejamento reprodutivo. Visto que o índice de gestação não planejada no local da pesquisa foi elevado, Coelho *et al* (2012) refere que a falta de informações e dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos se dá pela falta de educação sexual, interferindo no controle sobre a fecundidade e nas escolhas conforme o desejo, ocasionado como desfecho o aborto.

No Brasil o aborto destaca-se como um grave problema de saúde pública, muitas vezes de forma ilegal e insegura, principalmente por mulheres de grupos sociais pobres, jovens e dependentes economicamente da família ou parceiro, resultante de uma gravidez não prevista. Das mulheres entrevistadas pela PNA 2016, mulheres entre 18 e 39 anos alfabetizadas 13% já fez ao menos um aborto, sendo semelhante à da PNA 2010 (15%), sendo o período mais intenso na atividade reprodutiva, desta maneira este resultado vai ao encontro com os evidenciados neste estudo. (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

Os resultados revelaram que o número de mulheres na ESF ribeirinha que sofreram algum aborto é pequeno, pelo menos uma mulher já teve aborto na faixa etária entre 25 a 30 anos, porém torna-se significativa, devido essa indicação não ser correta, por causa de mulheres que realizaram mais de um aborto ou as que não responderam essa questão. Com isso, a estimativa de casos de aborto no local pode ser maior, dando a importância nas ações educativas.

Nesse momento o aconselhamento é de suma importância, visando um processo de escuta do usuário e acolhimento do indivíduo ou do casal com relação as suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias voltadas as questões do planejamento reprodutivo, buscando a participação conjunta e de confiança para ser imprescindível para o sucesso do programa (BEZERRA *et al.*, 2018).

Considerando que o acesso ao planejamento reprodutivo é um direito básico tanto do homem como a mulher, em prol de desfrutar de uma vida sexual saudável, o público masculino não sente responsáveis pela gravidez e criação dos filhos, acreditando ser responsabilidade apenas da mulher, e o próprio atendimento de saúde não o apresenta como corresponsável (PEREIRA; FERREIRA, 2016).

Dessa maneira, a saúde reprodutiva faz parte da diversidade de programas implementadas na atenção básica em saúde compreendendo o cuidado à mulher e o homem em diferentes fases da

vida, ofertando métodos e técnicas para a contracepção e concepção e abrangendo as informações e assistência para os usuários (SANTOS *et al.*, 2015).

Considerando que há uma prevalência de anticoncepção por mulheres jovens, e o uso da camisinha masculina é considerado mais frequente principalmente quando associado à pílula, onde metade das mulheres sabem a necessidade de proteção contra DST, podendo ser recorrente da maior oferta, aceitabilidade e o fácil acesso (OLSEN *et al.*, 2018).

Brandão e Cabral (2017) discorrem que deve ter diferentes possibilidades de escolha do método contraceptivo para se adequar ao momento certo e ou situação de vida da pessoa, fazendo com que as políticas públicas ampliem as variedades de anticoncepcionais, fazendo respeitar os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Contudo os centros de saúde enfrentam dificuldades com essa disponibilidade, tais como a defasagem entre a oferta e demanda que acabam sendo insuficientes para atender a demanda.

Mesmo sabendo a variedade de contraceptivos existentes, os métodos mais utilizados no local são os contraceptivos hormonais e naturais, destacando os comprimidos, a injeção e a camisinha masculina. Havendo a disponibilidade de outros métodos nos serviços de saúde, a equipe tem a responsabilidade de informar sobre o seu uso para melhor escolha.

Constatou-se que apesar das orientações repassadas aos usuários sobre o tema proposto serem realizadas por profissionais durante as consultas, ainda existe um grande percentual de dúvidas referidas. Sendo sugerida a realização de ações educativas abordando a saúde sexual e a importância do programa na unidade.

Para promover uma assistência de medidas de sensibilização do homem e da mulher na questão reprodutiva, ocorrem a realização de ações educativas, formando equipes de profissionais específicos do programa, reunindo casais, pacientes e ouvintes para receberem informações práticas e teóricas sobre a função do serviço de saúde reprodutiva, abordando questões esclarecedoras e a importância na extensão familiar, informando para uma concepção e anticoncepção satisfatória em função da saúde e qualidade de vida do usuário (OLIVEIRA; DALTRO; DIAS, 2016).

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou o conhecimento dos usuários na ESF em relação a saúde reprodutiva, entretanto, ainda há insuficiência nas informações, na maioria das vezes repassadas por profissionais de saúde. Esta pesquisa permitiu inferir o trabalho diferenciado do enfermeiro no cuidado a saúde reprodutiva para a comunidade ribeirinha, destacando que é o maior responsável por orientações sobre o programa, porém a educação em saúde precisa ser mais trabalhada com a comunidade local, favorecendo assim melhores resultados no programa e conseqüentemente na qualidade de vida.

Dessa maneira, o estudo fornece contribuição a equipe de saúde em especial da enfermagem que conheça cada singularidade da comunidade, visto que ações facilitam o planejamento dos cuidados no entendimento de suas necessidades e especificidades. Nesse âmbito, os problemas serão tratados com habilidades reforçadas minimizando assim as suas dificuldades. Para o enfermeiro gestor do serviço, promova a capacitação dos profissionais para prestar assistência de maneira competente e de qualidade, respeitando as limitações, desfazendo mitos e preconceitos que comprometem a qualidade da assistência prestada a essa clientela.

A partir dos dados relacionados, espera-se que o estudo desenvolvido contribua para a realização de mais pesquisas relacionadas a área do conhecimento com a população específica, além de melhorar a abordagem acerca da saúde sexual e reprodutiva. Colaborando também, para uma atenção de qualidade e possibilitar o planejamento e execuções de ações voltadas para a demanda do serviço de saúde, tendo assim autonomia e responsabilidade nas decisões sobre a sexualidade.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus, primeiramente por nos permitir chegar até aqui. A UNIFAMAZ, que através das aulas práticas, reuniões, seminários e encontros, foram responsáveis pela vivência da enfermagem. As comemorações de cada semestre, as companhias nas salas de aula, práticas e estágios não poderiam passar despercebidos, ao transformar as experiências da graduação em momentos inesquecíveis. Aos professores e preceptores do CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM o nosso muito obrigado, pelos ensinamentos, conseguimos captar algo que foi primordial para a nossa formação profissional. À comunidade Furo do Nazário e a equipe da ESFR, por nos permitir realizar este estudo, em especial a Enfermeira Roberta Ferreira, por nos receber sempre de braços abertos as nossas idas a região ribeirinha, nos acolhendo gentilmente e sempre contribuindo para a realização deste estudo.

A nossa orientadora Prof.<sup>a</sup> Ms. Juliana Conceição Dias Garcez, nossa eterna gratidão, pela generosidade, pelos ensinamentos, pelo conhecimento compartilhado, pela compreensão, pelos dias e noites disponibilizados a nós, por saber nos ouvir e entender as nossas limitações e por ser uma mãe, exatamente como nos disseram que seria agradecer seria pouco, mas desejamos que sua leveza, traga muitos mais frutos.

Agradeço a Deus e a nossa Senhora em primeiro lugar por permitir esse momento, aos meus pais Luís e Maria por serem minha base e me incentivarem a nunca desistir, a minha irmã Gabriella que me ajudou inúmeras e incansavelmente vezes, a minha família e aos meus amigos por sempre acreditarem em mim. Em especial ao meu amado primo (in memória) Thúlio dedico essa vitória a ele. **Izabella Silva.**

Agradeço primeiramente a Deus, à minha família, minha prima, amigos, namorado, pessoas que são parte de mim. Assim como uma casa precisa de alicerces para se manter de pé, também eu precisei de todos para alcançar esta conquista. Obrigado por tudo que deram sentido à minha vida e a tornaram mais fácil e prazeroso a caminho da vitória, dedico a eles. **Jeniffer Aires.**

Agradeço a Deus, à minha família e a Jeniffer e Izabella, pessoas essas que foram primordiais para que eu conseguisse essa conquista, que me permitiram compartilhar os meus momentos. Não haveria felicidade para ser multiplicada ou tristeza que pudesse ser repartida se não pudesse contar com vocês, dedico a vocês. **Nataly Ayres.**

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.K.L de; NERY, I.S. Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência. *Cogitare Enfermagem*. v. 23, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wpcontent/uploads/sites/28/2018/05/55841-233996-1-PB.pdf>> Acesso em: 20 de abr. 2019.

BEZERRA, E. de J. *et al.* Planejamento reprodutivo na Estratégia Saúde da Família: estudo qualitativo sobre a dinâmica do atendimento e os desafios do programa. *Arq. Ciência e saúde UNIPAR*, v. 22, n.2, p. 99-108, 2018. Disponível em: < [https://www.researchgate.net/publication/324176016\\_PLANEJAMENTO\\_REPRODUTIVO\\_NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA\\_ESTUDO\\_QUALITATIVO SOBRE\\_A\\_DINAMICA\\_DO\\_ATENDIMENTO\\_E\\_OS\\_DESAFIOS\\_DO\\_PROGRAMA](https://www.researchgate.net/publication/324176016_PLANEJAMENTO_REPRODUTIVO_NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA_ESTUDO_QUALITATIVO SOBRE_A_DINAMICA_DO_ATENDIMENTO_E_OS_DESAFIOS_DO_PROGRAMA)> Acesso em: 01 de jun. 2019.

BRANDÃO, E.R; CABRAL, C.S. Da gravidez imprevista a contracepção: aportes para um debate. *Caderno de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 1-4, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n2/e00211216/pt>> Acesso em 01 de jun. 2019.

BRASIL, G.B.B M. *et al.* Modo de vida ribeirinho e a longitudinal idade do cuidado na atenção primária em saúde. *Saúde (Santa Maria)*, v. 42, n. 1, p. 31-38, jan/jun, 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/17186>> Acesso em: 20 de abr. 2019.

COELHO, E.A.C. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da estratégia saúde da família. *Acta Paul enfermagem*. v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300015)> Acesso em: 01 de jun. 2019.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 01 de jun. 2019.

FONTELLES, M.J. et al. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Revista Paraense de Medicina*. v. 24, n. 2, abr/jun, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2125.pdf>> Acesso em: 25 de abr. 2019.

LIRA, T. de M; CHAVES, M.P.S.R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *INTERAÇÕES*, v. 17, n. 1, p. jan/marc. 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/inter/v17n1/1518-7012-inter-17-01-0066.pdf>> Acesso em: 04 de jun. 2019.

MORAIS, A. C.B. de. *et al.* Participação masculina no planejamento familiar: o que pensam as mulheres? *Cogitare Enfermagem*. v. 19, n. 4, p. 659-666, out/dez. 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37086/23901>> Acesso em: 15 de mar. 2019.

- NOGUEIRA, L.F. *et al.*, Desafios da inserção do enfermeiro na assistência à saúde da mulher. SANARE, Sobral, v.16, n. 1, p. 32-38, jan/jun, 2017. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1091>> Acesso em: 20 de mai. 2019.
- OLIVEIRA, L.A. de; DALTRO, O.F; DIAS, N.M. Planejamento familiar e a atenção básica de saúde como instrumento de gestão pública educativo e preventivo. Revista FAIPE, v. 6, n. 2, p. 83-63, 2016. Disponível em: < <http://revistafaipe.com.br/index.php/RFAIPE/article/view/66/64>> Acesso em: 01 de jun. 2019.
- OLSEN, J.M. *et al.* Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. Caderno de saúde pública. v. 34, n. 2, p. 1-17, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205011)> Acesso em: 04 de jun. 2019.
- PEREIRA, C.O. de J; FERREIRA, S.L. Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico puerperal. Revista feminismos. v. 4, n. 3, p. 47-61, 2016. Disponível em: < <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/view/384>> Acesso em: 01 de jun. 2019.
- PEREIRA, R.K.R. *et al.* Percepção do acadêmico de enfermagem frente ações de saúde com ribeirinhos no município de Inhamgapi no Nordeste do Pará. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA (COESA), 2., 2014, Belém. Anais... Pará, Universidade Federal do Pará, 2014. Disponível em: <<http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2014/simples/relatoexperiencia/REL244.pdf>> Acesso em: 20 de abr. 2019.
- PILECCO, F.B; KNAUTH, D.R; VIGO, A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidades entre mulheres jovens. Artigo Caderno Saúde Pública, v. 27, n. 3, p. 427-439, 2011. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n3/427-439/>> Acesso em: 01 de jun. 2019.
- SANTOS, S.M.P dos. *et al.* Práticas profissionais em planejamento reprodutivo na estratégia de saúde da família. Revista de Enfermagem UFPE on line., v. 9, supl. 7, p. 9046-52, ago., 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10696/11762>> Acesso em: 01 jun. 2019.
- SILVA, J.P.L.da; ARAÚJO, M.Z. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. Revista Brasileira de Ciências da saúde. v. 14, n.4, p. 19-24, 2011. Disponível em: < <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/9900>> Acesso em: 01 de jun. 2019.
- SILVA, I.R. da. Modo de vida ribeirinho: construção de identidade Amazônica. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, UFMA, 2017, São Luiz. Anais... São Luiz, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo12/mododevidaribeirinhoconstrucaodaidentidadeamazonica.pdf>> Acesso em: 04 de jun. 2019.
- TELO, S.V; Witt, R.R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à saúde. Ciência e saúde coletiva, v. 23, n. 11, p. 3481-3490, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n11/3481-3490/pt>> Acesso em: 20 de mai. 2019.

# IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM



**JULIANA CONCEIÇÃO DIAS GARCEZ**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**ELKA COSTA TEIXEIRA**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**TAYARA MARIA ANDRADE DA SILVA**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**ROBERVANIA FERREIRA LIMA**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**LUANA PASTANA CARDOSO**  
Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em  
Epidemiologia e Vigilância em Saúde (IEC/  
PPGEVS)

**MILENA FARAH DAMOUS CASTANHO  
FERREIRA**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**JAQUELINE CARDOSO MARCENA**  
Centro Universitário Metropolitano da Amazônia  
(UNIFAMAZ)

**DANIELE MELO SARDINHA**  
Instituto Evandro Chagas, Pós-Graduação em  
Epidemiologia e Vigilância em Saúde (IEC/  
PPGEVS)

**RESUMO:** A Infecção hospitalar é definida como infecção adquirida após a admissão do paciente em um hospital, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta. A SEPSE (grego: *sépsis*, que significa “putrefação”), como “síndrome de respostas inflamatórias sistêmica (SRIS), decorrente de qualquer tipo de

microrganismo associado à infecção sistêmica, em que há uma grande preocupação por ser uma doença grave e de alta letalidade nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs)”. O presente artigo objetiva: Identificar na literatura científica, no período de 2014 a 2019 estudos que demonstrem a importância da identificação precoce de SEPSE em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. O estudo, do tipo Revisão Integrativa da literatura (RIL), foi realizado através de metodologia descritiva com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Como resultado, foram identificados 622 arquivos, após a aplicação dos filtros com os critérios de exclusão, restaram 12 artigos. A análise das obras apontou na discussão, três categorias: a incidência da sepse em pacientes de UTI; a importância da identificação precoce da sepse em pacientes de UTI e a atuação da enfermagem no combate à SEPSE em pacientes internados em UTI, dissertadas no estudo. Conclusão: a investigação aponta para a necessidade da identificação precoce da SEPSE na UTI, e assim, oferecer maiores chances de tratamento, elencando o enfermeiro, como o principal responsável assistencial para propor e administrar ações que incentivem a identificação precoce.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sepse; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

**ABSTRACT:** Hospital infection is defined as infection acquired after admission to a hospital and may manifest during hospitalization or after discharge. SEPSE (Greek: sepsis, which means “putrefaction”), as “systemic inflammatory re-

sponse syndrome (SIRS), resulting from any type of microorganism associated with systemic infection, in which there is great concern because it is a serious disease of high lethality in Intensive Care Units (ICUs)”. This article aims: To identify in the scientific literature, from 2014 to 2019, studies that demonstrate the importance of early identification of SEPSE in patients in an Intensive Care Unit. The study, of the Integrative Literature Review (RIL) type, was carried out using a descriptive methodology with a qualitative approach. The following databases were used for data collection: Latin American and Caribbean in Health Sciences (LILACS), MEDLINE Online Medical Literature Search and Analysis System and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). As a result, 622 files were identified, after applying the filters with the exclusion criteria, 12 articles remained. Analysis of the works pointed in the discussion, three categories: incidence of sepsis in ICU patients; importance of early identification of sepsis in ICU patients and nursing performance in combating SEPSE in ICU patients, disserted in the study. Conclusion: the investigation points to the need for early identification of SEPSE in the ICU, and thus to offer greater chances of treatment, listing the nurse as the main caregiver to propose and administer actions that encourage early identification.

**KEYWORDS:** Sepsis; Intensive Care Units; Nursing.

## INTRODUÇÃO

A Infecção hospitalar é definida como infecção adquirida após a admissão do paciente em um hospital, podendo se manifestar durante a internação ou após a alta (SILVA, 2016). Nesse contexto, Garrido et al. (2017) disserta sobre a gravidade clínica e fragilidade imunológica do paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), fazendo com que a preocupação com as infecções hospitalares seja excessiva, principalmente devido a quantidade de procedimentos invasivos e ao organismo debilitado do paciente, que pode tornar tais infecções fatais.

Neste contexto, resultante da infecção hospitalar, Silva Sá et al. (2018, p. 01) define a SEPSE (grego: *sépsis*, que significa “putrefação”), como “síndrome de respostas inflamatórias sistêmica (SRIS), decorrente de qualquer tipo de microorganismo associado à infecção sistêmica, em que há uma grande preocupação por ser uma doença grave e de alta letalidade nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs)”.

Corroborando com tal afirmação Cardozo; Silva (2014) dissertam que a SEPSE é uma ocorrência complexa e potencialmente grave, na maioria dos casos, causada por bactérias, desencadeada por uma resposta inflamatória sistêmica acentuada diante de uma infecção, ou seja, ocorre de forma secundária à uma infecção maior.

Sendo a SEPSE, “uma das doenças mais desafiadoras para os profissionais da saúde, pois demanda esforços consideráveis para melhor entendimento da inflamação sistêmica que caracteriza essa síndrome” (SILVA, 2016, p. 8), tornando esse processo infeccioso a principal causa de morte nas UTIs em todo o mundo e um grave problema de saúde pública. Assim, a identificação precoce é a forma mais importante para combater a doença (SILVA, 2015).

O paciente, por necessitar de cuidados muito mais elaborados e complexos que outras infecções, a sepsis exige muita destreza dos profissionais que atuam na UTI, tanto na identificação dos sinais, quanto nas medidas de combate. Desta forma, “a identificação correta de sinais e sintomas sugestivos

da SEPSE diminuem o tempo de detecção de pacientes com o risco dessa síndrome, favorecendo o tratamento precoce e ocasionando melhores resultados” (SILVA SÁ et al., 2018, p. 02).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, apesar dos recentes avanços tecnológicos, a SEPSE é uma das principais causas de mortalidade nas UTIs em todo o mundo, chegando à 30%. Nos Estados Unidos, aparece como a décima causa mais frequente de morte, 215.000 anuais (VERAS SANTOS et al., 2015).

No contexto nacional, o país apresenta um elevado índice e incidência e prevalência dos casos de SEPSE em UTI, números que chegam a 16% nas internações, dos quais, a porcentagem de óbitos está em média 60% (FARIAS et al., 2013, p.183).

Assim, a identificação precoce da SEPSE é o passo mais importante para aumentar os efeitos positivos do melhor tratamento e para isso, é necessário adotar estratégias hospitalares abrangentes de triagem, que permitam identificação dos pacientes hospitalizados no estágio inicial da doença (NORONHA et al., 2016).

Desta forma, há uma grande necessidade de diagnóstico precoce da SEPSE pela equipe multiprofissional que atua na UTI, ainda, nas primeiras seis horas. Assim, contribuindo para o sucesso no tratamento, reduzindo em 16% os casos de mortalidade provenientes da doença (SILVA; SOUZA, 2018).

Neste contexto, a atuação da equipe de saúde, em específico, os enfermeiros que prestam assistência 24 horas na UTI, possuem importância fundamental para o sucesso do tratamento, pois durante a assistência, precisam “desenvolver suas habilidades de forma eficiente, dinâmica e, estar apta a prestar seus cuidados com embasamento científico, sobretudo ao identificar sinais da sepse e de seus fatores de riscos predisponentes no ambiente hospitalar” (SILVA SÁ et al., 2018, p. 02).

De acordo com o Instituto Latino Americano da SEPSE (ILAS), que avaliou a prevalência e a letalidade por SEPSE grave e choque séptico em 2015 nas UTIs brasileiras, em 20.731 leitos de pacientes adultos, como amostra (em todas as Regiões brasileiras), observou-se a prevalência de 29,6% e letalidade global de 55%. A mortalidade na Região Sudeste foi de 51,2%, ou seja, menor do que as demais regiões (Centro-Oeste com 70%, Nordeste com 58,3%, Sul com 57,8% e Norte com 57,4%), e a mortalidade dos hospitais ligados ao sistema público de saúde não foi diferente do sistema privado (LOBO et al, 2019).

Ainda segundo o ILAS, frente ao infarto e ao câncer, a patologia é conceituada como uma das principais causas de mortes nas unidades de terapia intensiva (BARRETO et al., 2016). Desta forma, temos o seguinte questionamento de pesquisa: Qual a importância da identificação precoce da SEPSE em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva nas literaturas, nos anos de 2014 à 2019?

O interesse por este estudo surgiu inicialmente, por uma das integrantes da equipe atuar como técnica de enfermagem em uma UTI e presenciar em seu cotidiano, a incidência de SEPSE no local, bem como pela importância da abordagem do tema, que mostra-se relevante para a saúde. Além do que, há uma escassez de pesquisas relacionadas ao tema, o que evidencia a necessidade de mais investigações em relação ao mesmo.

Este estudo é relevante, pois a necessidade da problemática ser amplamente discutida na academia de enfermagem, para que os acadêmicos possam obter mais conhecimento sobre a gravidade dessa infecção e o impacto que sua identificação precoce pode ter para diminuir a mortalidade pela mesma. Trará também uma discussão sobre o problema, motivando os profissionais enfermeiros a estarem atentos para estratégias de identificação precoce da SEPSE.

Para os pesquisadores, além do conhecimento teórico em relação ao tema, aos procedimentos de identificação e combate à SEPSE, é também imprescindível para a questão da pesquisa na área da saúde, ou seja, é fonte de conhecimento no ensino (conhecimento), pesquisa (estudo) e extensão, pois os mesmos poderão desenvolver futuramente, ações de identificação dos sinais de SEPSE que auxiliem no combate à incidência.

No entanto, a maior relevância nos resultados deste estudo em relação aos pacientes internados em UTI, será justamente para a busca de estratégias para melhorias dos espaços das UTIs, contribuindo para a área da saúde como um todo, pois irá trazer conhecimento atualizado e sistematizado sobre a problemática em questão, o que facilitará a consulta a esse tema por estudantes e profissionais de enfermagem.

Este estudo possui como objetivo geral: Identificar na literatura científica, no período de 2014 a 2019 estudos que demonstrem a importância da identificação precoce de SEPSE em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo foi realizado por meio de revisão integrativa de literatura (RIL), de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, dividida em seis etapas, das quais: definição da questão de pesquisa; busca ou amostragem da literatura; coleta de dados; análise crítica dos conteúdos incluídos; discussão dos resultados analisados e apresentação da Revisão Integrativa da Literatura.

Na primeira etapa, foi definida a questão de pesquisa do estudo: Qual a importância da identificação precoce da SEPSE em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva?

Na etapa seguinte foi realizada a busca da literatura, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Na terceira etapa ocorreu a coleta de dados, no período de agosto e setembro de 2019, com os descritores: “Infecção” “SEPSE” “Unidade de Terapia Intensiva” e “Enfermagem”, publicados entre os anos de 2014 à 2019.

Para tal foi utilizado o instrumento de Ursi, (2006) (adaptado pelas pesquisadoras), aplicado a cada artigo para extrair os dados importantes para responder aos objetivos propostos no estudo.

As publicações foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: textos em língua portuguesa, disponíveis ao acesso aberto e em que seu resumo tivesse relação com a temática abordada, conforme os descritores. Foram excluídos artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados.

Na quarta etapa, que compreende a análise das evidências dos materiais selecionados, os resultados foram expostos na seguinte ordem: artigo; ano da publicação; local da publicação; título do estudo e base de dados.

Na etapa seguinte, a discussão dos resultados analisados foi realizada a partir da interpretação e síntese dos resultados, os dados foram comparados e evidenciados na análise dos artigos, bem como foram identificadas possíveis lacunas do conhecimento, podendo ser delimitados possíveis estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da revisão integrativa, as pesquisadoras expuseram suas conclusões e inferências, bem como explicitam as categorias, de forma clara e concisa.

Na etapa seguinte, foi realizada a apresentação da RIL. Em princípio, o estudo foi dividido em subgrupos, de acordo com uma classificação estabelecida previamente, visando à facilitação da análise. Em seguida, foram aplicadas às técnicas de extração dos dados das fontes primárias, mediante utilização de instrumento elaborado, para simplificar, resumir e organizar os achados de modo que cada estudo fosse reduzido a uma página com conteúdo relevante e a conversão dos achados foi exposta através do fluxograma de quatro etapas de PRISMA, para melhor expo o relato das revisões, bem como com uma tabela, com as informações gerais das obras e um quadro com as categorias identificadas na análise.

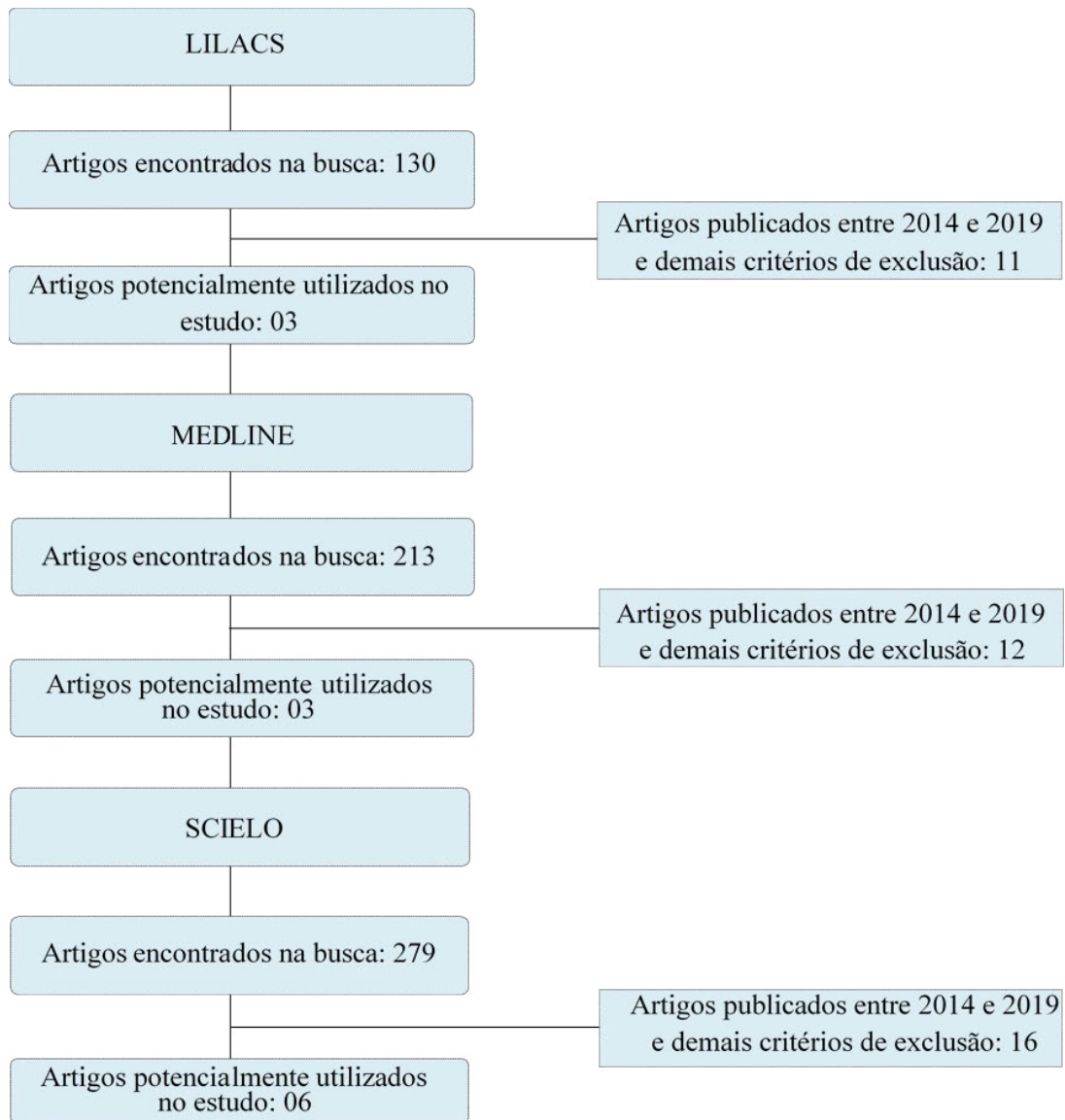
Assim, espera-se com este estudo, identificar na literatura a importância da identificação precoce da SEPSE em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

## **RESULTADOS**

Utilizado um instrumento adaptado da URSI (2006), o resultado do estudo incluiu doze evidências científicas, caracterizadas em: ano da publicação; local da publicação (veículo); título do estudo; base de dados de onde se extraiu. Posteriormente, os achados científicos foram organizados e classificados em categorias para melhor observação e entendimento.

A busca na literatura, nas bases de dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica MEDLINE e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) encontrou 622 arquivos, após a aplicação dos filtros com os critérios de inclusão, restaram 12 artigos, como mostra o fluxograma a seguir:

**Figura 1** – Fluxograma de seleção dos estudos, que abordou a identificação precoce da sepse em pacientes internados em UTI, no período de 2014 à 2019.



Fonte: PRISMA, 2015 (adaptado).

Durante a pesquisa foram utilizados 12 artigos que variaram entre os anos de 2014 a 2019, abordando os aspectos gerais à importância da identificação precoce da SEPSE em pacientes internados em UTI.

**Tabela 01** – Características dos artigos científicos que abordam a identificação precoce da SEPSE em pacientes internados em UTI, no período de 2014 à 2019.

ARTIGO	ANO	LOCAL	TÍTULO	BASE DE DADOS
1	2019	REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA	Características e desfechos de pacientes com sepse adquirida na comunidade e no hospital.	MEDLINE
2	2019	REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA	Disponibilidade de recursos para tratamento da sepse no Brasil: uma amostra aleatória de instituições brasileiras.	SCIELO
3	2019	REVISTA ANNA NERY	Os enfermeiros estão atualizados para o manejo adequado do paciente com sepse?	SCIELO
4	2019	CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM	Análise da Assistência de Enfermagem nos Cuidados aos Pacientes com Sepse na Unidade de Terapia Intensiva.	LILACS
5	2018	REVISTA PRÓ-UNIVERSUS	Sepse: importância da identificação precoce pela enfermagem.	SCIELO
6	2018	REVISTA HUMANO SER	Atuação da Enfermagem na Detecção Precoce e Tratamento da Sepse na Terapia Intensiva.	LILACS
7	2017	ABCS HEALTH SCIENCES	Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave.	MEDLINE
8	2016	REVISTA DE INVESTIGAÇÃO BIOMÉDICA	Infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridas em uma Unidade de Terapia Intensiva.	MEDLINE

FONTE: Autores

Ao analisar a tabela acima, observa-se a ocorrência de maior quantidade de artigos com o tema, na base de dados SCIELO, no total de 06 artigos (50%), seguido da base de dados LILACS, com 03 artigos (25%) e MEDLINE, com 03 artigos (25%).

**Tabela 02** – Distribuição dos artigos conforme categorias temáticas emergentes na literatura, no período de 2014 à 2019.

<b>TEMA CENTRAL</b>	<b>ARTIGOS</b>	<b>Qtd Artigos</b>	<b>(%)</b>
A incidência da sepse em pacientes de UTI	Artigo 01 Artigo 09 Artigo 08	03	25%
A importância da identificação precoce da sepse em pacientes de UTI	Artigo 02 Artigo 05 Artigo 06 Artigo 10	04	33,5%
A atuação da enfermagem no combate à SEPSE em pacientes internados em UTI	Artigo 03 Artigo 04 Artigo 07 Artigo 11 Artigo 12	05	41,5%
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Na tabela acima, nota-se que a categoria temática “a atuação do enfermeiro no combate à sepse em pacientes em UTI” possui a maior prevalência de artigos, no total: 05, que corresponde a 41,5% das obras analisadas.

Outro ponto importante a ser destacado é a relação entre a detecção precoce da SEPSE e o enfermeiro, presente em 04, das obras pertencentes ao segundo viés, totalizando 33,5% da quantidade total de obras utilizadas no estudo.

## **DISCUSSÃO**

De acordo com a análise literária em relação ao tema em estudo, chegou-se à necessidade de dissertar sobre três categorias, imprescindíveis para a discussão da presente abordagem. Assim, temos o “a incidência da sepse em pacientes de UTI”, “a importância da identificação precoce da sepse em pacientes de UTI” e “a atuação da enfermagem no combate à SEPSE em pacientes internados em UTI”.

Inicialmente, os autores caracterizam o diagnóstico da SEPSE como uma infecção invasiva grave, comumente provocada por uma resposta inflamatória do organismo, onde o rompimento do tecido provoca um desarranjo orgânico que pode originar ou manter a doença (TANIGUCHI et al., 2019).

Acrescentando às informações dos autores supracitados, Noronha et al. (2016) dissertam que a SEPSE é uma síndrome extremamente prevalente, com elevada morbidade e mortalidade e altos custos. Seu reconhecimento precoce e tratamento adequado são fatores primordiais para a mudança deste cenário. A implementação de protocolos clínicos gerenciados é uma ferramenta útil neste contexto, auxiliando as instituições na padronização do atendimento ao paciente séptico, diminuindo desfechos negativos e proporcionando melhor efetividade do tratamento.

Corroborando com os autores anteriores, Silva (2016) considera a SEPSE, uma das doenças mais comuns e menos reconhecidas em todo o mundo. Estima-se que cerca de 20 a 30 milhões de pacientes sejam acometidos a cada ano. E a principal causa de morte em unidades de terapia intensiva (UTI) não cardiológicas. São elevadas as taxas de mortalidade, com relatos na literatura entre 19,6 e 59,0%.

Em relação aos custos, Garrido et al. (2018) relatam que o tratamento da SEPSE em UTI no Brasil representam cerca de 24% a 32% dos gastos totais de uma Unidade de Terapia Intensiva. O Instituto Latino Americano de SEPSE sugere que 20% a 40% dos custos em UTI são destinados ao tratamento de pacientes sépticos, que está relacionado com a gravidade e tempo de internação.

Nesta linha de investigação, de acordo com (ILAS, 2015) A SEPSE deve ser investigada em todos os pacientes com quadro infeccioso suspeito ou confirmado. A equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos critérios de resposta inflamatória sistêmica (SIRS), que definem a presença de SEPSE: temperatura central  $> 38,3$  o C ou  $< 36$  o C; frequência cardíaca  $> 90$  btm; frequência respiratória  $> 20$  rpm, ou  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg - leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$ ; ou  $< 4.000/\text{mm}^3$  ou presença de  $> 10\%$  de formas jovens. Nos pacientes com critérios de SIRS, a presença de disfunção orgânica define o diagnóstico de seps. As principais Disfunções orgânicas são: hipotensão ( $\text{PAS} < 90$  mmHg ou  $\text{PAM} < 65$  mmHg ou Queda de  $\text{PA} > 40$  mmHg); oligúria ( $\leq 0,5$  ml/Kg/h); relação  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ; contagem de plaquetas  $< 100.000/\text{mm}^3$  ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor Registrado nos últimos 3 dias; Acidose metabólica inexplicável: déficit de bases  $\leq 5,0$  mEq/L e lactato  $> 1,5$  vezes o valor normal; rebaixamento do nível de consciência; aumento significativo de bilirrubinas ( $> 2X$  o valor de referência).

Somando ao conhecimento supracitado, Silva (2016) escreve que a incidência da SEPSE era classificada em três níveis, de acordo com a evolução clínica da gravidade. Contudo, atualmente, o Instituto Latino, Americano de Sepses implantou uma nova classificação, caracterizada por: Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de Síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS); SEPSE que é uma infecção suspeita

ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SRIS; e por fim Choque séptico: Sepses que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM  $\leq$ 65 mmHg), de forma independente de alterações de lactato (ILAS, 2015).

## A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA SEPSE EM PACIENTES DE UTI

A presente categoria temática, que elenca quatro artigos, aborda a importância da identificação precoce da SEPSE em UTI, para o tratamento. Desta forma, as obras pertencentes a esta delimitação discorrem de forma unânime sobre a indispensabilidade de tal identificação.

De acordo com um estudo divulgado recentemente, no Brasil, cerca de 600 mil novos casos de SEPSE são registrados anualmente. Um dado mais preocupante relacionado à incidência do problema está relacionado diretamente à morbimortalidade no país, onde 16,5% dos atestados de óbitos emitidos no Brasil, tem como causa *mortis* a SEPSE (SILVA; SOUZA, 2018)

Corroborando de forma integral com as ponderações dos autores supracitados, Silva (2016, p. 07) relata sobre a urgência na identificação da SEPSE na UTI, dissertando que o tratamento deve ser executado nas primeiras seis horas da incidência, que inclui “rápida identificação da sepses grave; coleta de exames laboratoriais, incluindo lactato arterial e hemoculturas, além de hemograma completo, glicose, ureia, creatinina, bilirrubina total, TAP e PTTa; iniciar antibioticoterapia na primeira hora após o diagnóstico”.

Na mesma linha teórica, Fernandes et al. (2018) comenta a importância da efetivação dos protocolos de identificação precoce e combate à SEPSE em UTI, com o objetivo de reduzi-la. Sem esquecer que a busca por inovações procedimentais também é imprescindível para o combate à SEPSE.

Dessa forma, utilizando os procedimentos corretos e adaptados a cada caso, o resultado positivo em relação à morbimortalidade por SEPSE em UTI se manifesta, pois “acredita-se que é de suma importância utilizar-se do melhor conhecimento embasado em práticas e evidências científicas, com a finalidade de prover uma assistência cada vez mais qualificada, e de forma mais oportuna nos casos de SEPSE” (FERNANDES et al., 2018, P. 79).

Neste sentido, divulgando um estudo realizado no ano de 2010, Silva (2016) assevera que “a abordagem da sepses baseada em pacotes de intervenções com agilidade, foi capaz de reduzir a mortalidade em um hospital no Brasil, trazendo mudanças na prática e na melhoria do desempenho evidenciados pelos indicadores de qualidade medidos” (SILVA, 2016, p. 08).

Por sua vez, a terceira categoria, que conta com o maior número de artigos (05), aborda os cuidados de enfermagem na prevenção e identificação precoce da SEPSE em UTI.

Os cuidados com a SEPSE na UTI recebe grande atenção das equipes multidisciplinares, principalmente por apresentar-se como uma patologia de alta letalidade. Por incidir desta forma, a atuação da equipe de saúde, em específico do enfermeiro, pois é ele o profissional responsável pelo processo de enfermagem, é imprescindível para a identificação correta de sinais e sintomas sepse de forma precoce, pois isso favorece o aumento dos resultados satisfatório (SILVA SÁ et al., 2019).

Corroborando com o autor supracitado, Neto et al. (2015, p. 714) disserta que a “identificação precoce de sinais de sepse pelo enfermeiro constitui fator impactante na redução de mortalidade”.

Em seu estudo, Silva Sá et al. (2019, p. 02) complementam que os “enfermeiros traçam as suas intervenções para pacientes acometidos por sepse através da implantação das etapas do processo de enfermagem, consistindo em histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação”. Contudo, para que o procedimento obtenha êxito, é necessário o reconhecimento precoce de pacientes com quadro sugestivo de SEPSE.

Nesse sentido, a identificação precoce da sepse pelo enfermeiro é a ação mais importante para aumentar os efeitos positivos do melhor tratamento (FERREIRA; NASCIMENTO, 2014).

Por sua vez, Garrido et al. (2017, p. 19) alertam para a preparação técnica dos enfermeiros enquanto gestores do procedimento que visa identificar a SEPSE em UTI, pois em um estudo publicado no ano de 2017, o pesquisador atenta para o fato de que alguns profissionais apresentam dificuldades em utilizar protocolos para assistência a pacientes em SEPSE, “provavelmente devido a razões institucionais, como a falta de impressos específicos ou até mesmo a ausência dessa prática no setor, bem como na dificuldade de interpretação dos dados clínicos do paciente pelo enfermeiro”.

Assim, a adoção de estratégias, identificadas e executadas corretamente, “para a identificação precoce de pacientes com risco de sepse, melhora as chances de sobrevivência e impede a evolução da síndrome para estágios mais graves, como o choque séptico” (NETO et al., 2015).

## CONCLUSÃO

A presente investigação aponta para a necessidade da identificação precoce da SEPSE na UTI, para oferecer maiores chances de tratamento e consequentemente, o sucesso do procedimento, elencando o enfermeiro, como o principal responsável assistencial para propor e administrar ações que incentivem a identificação precoce, pois como todas as literaturas selecionadas apontaram, a questão do tempo é imprescindível na ocorrência.

Desta forma, tantos os objetivos como a questão de pesquisa foram alcançados, bem como foi possível relacionar os mesmos objetivos com as categorias que surgiram na análise das obras, que especificamente abordaram a classificação e ocorrência da SEPSE na Unidade de Terapia Intensiva, a identificação precoce e sua importância para o tratamento e por fim, a atuação do enfermeiro assistencial no processo de identificação precoce da SEPSE na Unidade de Terapia Intensiva.

É importante ressaltar que tanto o processo de construção, quanto os resultados obtidos neste estudo são imprescindíveis para a formação do enfermeiro, pois o processo de cuidar é constante. Desta forma, este profissional deve investir em ações que visem a educação continuada para a equipe que atua na UTI.

## REFERÊNCIAS

- ADRIENO WESTPHAL, Glauco et al. Características e desfechos de pacientes com sepse adquirida na comunidade e no hospital. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 31, n. 1, 2019. Disponível em: <<http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/0103-507X-rbti-31-01-0071.pdf>>. Acesso em: 21. Set. 2019.
- BARRETO, Maynara Fernanda Carvalho et al. Sepse em um hospital universitário: estudo prospectivo para análise de custo da hospitalização de pacientes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 2, p. 302-308, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200302&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342016000200302&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 14. Set. 2019.
- FARIAS, Lorena et al. Perfil clínico e laboratorial de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma unidade de terapia intensiva. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 3, p. 50-60, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8345/1/2013\\_art\\_fmllpinheirojunior.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8345/1/2013_art_fmllpinheirojunior.pdf)>. Acesso em: 20 Set 2018.>. Acesso em: 15 Set. 2018.
- FERNANDES, Andressa Mônica Gomes et al. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA DETECÇÃO PRECOCE E TRATAMENTO DA SEPSE NA TERAPIA INTENSIVA. *REVISTA HUMANO SER*, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/1008>>. Acesso em: 21. Set. 2019.
- FERREIRA, R. G.; NASCIMENTO, J. L. Intervenções de enfermagem na Sepse: Saber e cuidar na Sistematização Assistencial. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, jul./dez., 2014. Disponível em: <[file:///C:/Users/micro/Downloads/283-1208-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/micro/Downloads/283-1208-1-PB%20(1).pdf)>. Acessado em: 17/03/2016 às 16:20

GARRIDO, Felipe et al. Ações do enfermeiro na identificação precoce de alterações sistêmicas causadas pela sepse grave. *ABCS Health Sciences*, v. 42, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/944>>. Acesso em: 16 Set, 2018.

GOULART, Layala de Souza et al. Os enfermeiros estão atualizados para o manejo adequado do paciente com sepse?. *Escola Anna Nery*, v. 23, n. 4, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt\\_1414-8145-ean-23-04-e20190013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190013.pdf)>. Acesso em: 14. Set. 2019.

ILAS, Instituto Latino-Americano de Sepse Sepse: um problema de saúde pública / Instituto Latino-Americano de Sepse. Brasília: CFM, 2015. 90 p.

LOBO, Suzana Margareth et al. Mortalidade por sepse no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 1-4, Mar. 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2019000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100001&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Feb. 2020. Epub Mar 21, 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20190008>.

NETO, J. M. R. et al. Concepções de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva geral sobre sepse. *Cogitare Enferm. João Pessoa*, v.20, n.4, p.711716, out./dez., 2015. Disponível <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41963/26636>>. Acessado em: 03/03/2016 às 08:30.

NORONHA, Diana et al. Identificação precoce da SEPSE em unidade de terapia intensiva. 2016. Disponível em: <<https://www.repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/759>>. Acesso em: 19 Set. 2018

RODRIGUES, Cianna Nunes; PEREIRA, Dagolberto Calazans Araújo. Infecções relacionadas à assistência à saúde ocorridas em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista de Investigação Biomédica*, v. 8, n. 1, p. 41-51, 2016. Disponível em: <<http://www.portalderevistas/index.php/RIB/article/view/28>>. Acesso em: 21. Set. 2019.

SILVA, Ana Paula Ribeiro Marques; SOUZA, Hugo Viana. Sepse: importância da identificação precoce pela enfermagem. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 9, n. 1, p. 97- 100, 2018. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1266>>. Acesso em: 21. Set. 2019.

SILVA, Ingrid. A assistência de enfermagem no diagnóstico e prevenção da sepse: revisão de literatura. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/handle/235/11053>>. Acesso em: 20 Out. 2018.

SILVA SÁ, Larissa Tayná Gomes et al. ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AOS PACIENTES COM SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2019. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/lilacs.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100460](http://www.revenf.bvs.br/lilacs.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100460)>. Acesso em: 21. Set. 2019.

TANIGUCHI, Leandro Utino et al. Disponibilidade de recursos para tratamento da sepse no Brasil: uma amostra aleatória de instituições brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, n. AHEAD, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2019005008103&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2019005008103&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 14. Set. 2019.

URSI, Elizabeth Silva; GAVAO, Cristina Maria. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*. 2006, vol.14, n.1, pp.124-131. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.

VERAS SANTOS, A. et al. Perfil epidemiológico da sepse em um hospital de urgência. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, v. 1, n. 1, p. 19, 13 fev. 2015.

# O ENFERMEIRO COMO GESTOR: OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA TELEMEDICINA NO ESTADO DO PARÁ

*NURSE AS A MANAGER: CHALLENGES FOR IMPLEMENTATION OF THE TELEMEDICINE PROGRAM IN THE STATE OF PARÁ*

**RUHAN DA CONCEIÇÃO SACRAMENTO**

Universidade do Estado do Pará

**STEPHANY SIQUEIRA BRAGA**

Universidade do Estado do Pará

**BEATRIZ DUARTE DE OLIVEIRA**

Universidade do Estado do Pará

**CLEIDE MARA FONSECA PARACAMPOS**

Universidade do Estado do Pará

**CAROLINE OLIVEIRA BARCELOS**

Universidade do Estado do Pará

**ILMA PASTANA FERREIRA**

Universidade do Estado do Pará

**GIOVANA KARINA LIMA ROLIM**

Universidade do Estado do Pará

**RESUMO:** O Programa Telemedicina é uma tecnologia que proporciona intervenções de saúde em municípios onde as taxas de demanda reprimida são elevadas. É importante ressaltar que o termo telemedicina pode ser considerado sinônimo de *telessaúde* e *e-saúde*. A telemedicina pode ser caracterizada como o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde, vislumbrando ofertar uma assistência à saúde de modo especializado por meio dos Consultórios Virtuais (CV's). Sua abordagem envolve atividades de planejamento e gestão, viabilizando uma atuação multiprofissional. Nesse interim, o profissional Enfermeiro desempenha importante função para implementação e andamento das atividades. No Estado do Pará, o programa telemedicina foi implementado no ano de 2018 em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais

de Saúde do Pará (COSEMS-PA). Por meio desse trabalho, objetivou-se descrever o papel do Enfermeiro frente a implementação do Telemedicina no Estado do Pará, assim como destacar a importância de sua atuação. Trata-se, portanto, de um estudo descritivo com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O processo de implementação envolve diversos desafios, desde o deslocamento aos municípios até treinamentos com as equipes quando iniciam os protocolos de implantação. No estado do Pará, os processos de implementação da telemedicina já foram efetivados em 16 municípios. Nessa interseção, o Enfermeiro, torna-se mediador do processo, de modo a organizar o meio laboral para que cumpra com as normas de regulamentação do Programa. Portanto, ressalta-se o protagonismo do Enfermeiro frente a implementação do programa telemedicina nos municípios, uma vez que são peça fundamental na realização das etapas que compreendem a sua efetivação a nível municipal, além das atividades gerenciais e assistenciais.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Telemedicina; Telenfermagem.

**ABSTRACT:** The Telemedicine Program is a technology that provides health interventions in municipalities where rates of pent-up demand are high. It is important to note that the term telemedicine can be considered synonymous with telehealth and e-health. Telemedicine can be characterized as the use of Information and Communication Technologies (ICT) in health, aiming to offer health care in a specialized way through Virtual Consultants (CV's). Its approach involves planning and management activities, enabling a multidisciplinary approach. In the meantime, the nurse professional plays an important role in the implementation and progress of activities. In the

State of Pará, the telemedicine program was implemented in 2018 in partnership with the Council of Municipal Health Secretariats of Pará. Through this work, the objective was to describe the role of the Nurse regarding the implementation of Telemedicine in the State of Pará, as well as to highlight the importance of his performance. It is, therefore, a descriptive study with a qualitative approach of the experience report type. The implementation process involves several challenges, from traveling to the municipalities to training with the teams when the implementation protocols begin. In the state of Pará, telemedicine implementation processes have already been carried out in 16 municipalities. In this intersection, the Nurse, becomes the mediator of the process, in order to organize the work environment so that it complies with the regulations of the Program. Therefore, it is emphasized the role of the Nurse in the implementation of the telemedicine program in the municipalities, since they are a fundamental part in carrying out the steps that comprise their implementation at the municipal level, in addition to managerial and assistance activities.

**Keywords:** Nursing; Telemedicine; Telenursing.

## INTRODUÇÃO

O Programa Telessaúde Brasil Redes é uma tecnologia responsável por oferecer um suporte assistencial a distância aos profissionais de saúde, de modo a melhorar a integração entre os serviços de saúde, ampliando o acesso dos profissionais aos meios de informação necessários para uma assistência em saúde de qualidade, além de aperfeiçoá-los (PIROPO; AMARAL, 2015).

É importante ressaltar que o termo telemedicina pode ser considerado sinônimo de telessaúde e e-saúde, uma vez que na literatura não foram encontradas diferenciações entre os mesmos, havendo assim uma consistência conceitual entre esses termos, os quais referem-se à utilização de tecnologias da informação e interatividade a fim de propiciar e/ou realizar a prestação de atividades e serviços de saúde na modalidade à distância. A telemedicina pode ser caracterizada como o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde, vislumbrando ofertar uma assistência à saúde de modo especializado por meio dos Consultórios Virtuais (CV's). Além disso, tem como um de seus pilares ampliar a cobertura de atenção à saúde para a população nos diversos âmbitos e, especialmente, em localidades onde o acesso à saúde se dá de modo remoto (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016; WEN, 2015).

O Estado do Pará é o segundo maior do País, contando com uma extensão territorial de 1.248.000 km<sup>2</sup> e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2019, aponta uma população estimada de 8.602.865 habitantes. Contudo, o acesso a saúde a todos os cidadãos torna-se algo deficitário, pois além da grande extensão territorial e populacional, outros entraves são encontrados, como, por exemplo o grande número de populações ribeirinhas e a falta de especialistas em campo, tornando o sistema oneroso.

A prática da telemedicina surge como um novo paradigma, uma vez que apresenta como um dos principais objetivos proporcionar a diminuição dos limites geográficos existentes, possibilitando com que a população que reside distante dos centros urbanos tenham proximidade com o cuidado de saúde e orientação de profissionais especializados, por meio do contato do profissional que o acompanha com o centro de referência. Em virtude disso, a telessaúde vem contribuindo e auxiliando

para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em lugares remotos, a qualidade do serviço prestado e a eficácia de diversas intervenções, como a realização de diagnósticos em saúde. Assim, destacam-se os serviços de telemedicina imprescindíveis para que haja uma melhora significativa nas demandas reprimidas presentes no sistema de regulação dos municípios do Estado (SOUZA et al., 2019).

No Estado do Pará, o projeto telemedicina foi implantado no ano de 2018 em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Pará (COSEMS-PA) e, atualmente, já se encontra presente em 16 municípios de atendimento espalhados entre as regiões de saúde, com as especialidades médicas de Neurologia clínica, Neuropediatria, Cardiologia e Endocrinologia.

Segundo Maldonado, Marques e Cruz (2016), a abordagem da telemedicina proporciona o desenvolvimento da educação, assistência e pesquisa científica em saúde, bem como atividades que envolvem planejamento e gestão, ou seja, possibilita uma atuação multiprofissional. Nesse contexto, o profissional Enfermeiro adentra em mais um espaço de atuação, pois os mesmos detêm de conhecimentos técnicos e científicos para o desempenho de atividades de gerenciamento a nível estadual, além da atuação na assistência direta aos pacientes na esfera municipal (TREVISO et al., 2017).

Ainda existem poucos estudos referentes a atuação do profissional Enfermeiro nessa vertente de atuação na área das tecnologias da informação (FERREIRA et al., 2019). É importante frisar que diante dos procedimentos de implementação da telemedicina nos municípios o Enfermeiro é o profissional que protagoniza e é responsável por conduzir as etapas de acordo com os protocolos existentes.

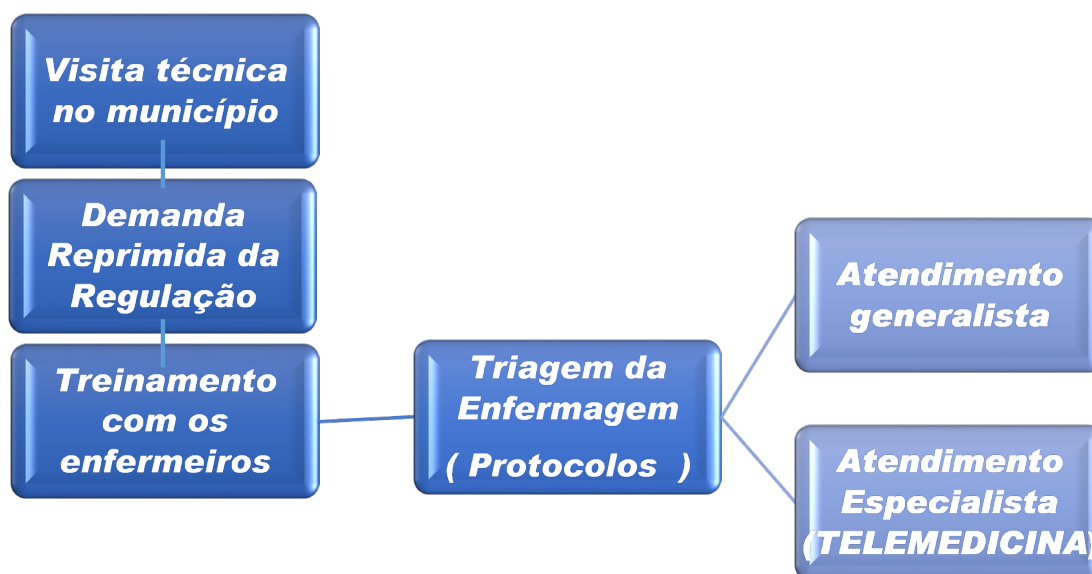
Embora existam muitos estudos relacionados ao custo benefício, bem como sobre a aceitação do paciente diante desse novo método de prestação de assistência, a perspectiva da enfermagem dentro do programa ainda permanece desconhecida. Logo, faz-se necessário a execução de estudos que evidenciem tais práticas profissionais dos enfermeiros e é de suma importância que os mesmos tomem conhecimento dessa área de atuação e busquem atualização em relação ao uso das tecnologias da informação e telecomunicação no processo de trabalho. Uma vez que, tais ferramentas podem propulsionar a otimização do processo de trabalho como um todo (BASHIR; BASTOLA, 2018; MONTI; SILVA; BUENO, 2014).

Portanto, objetiva-se por meio deste trabalho, relatar o papel do Enfermeiro frente a implementação do Telemedicina nos municípios do Estado do Pará.

## **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de natureza descritiva do tipo relato de experiência. O estudo descritivo permite descrever as características de determinadas populações ou fenômenos e sua realização é indicada quando pouco sobre um determinado assunto é conhecido. Já a abordagem qualitativa é indicada para o estudo da experiência vivida (GIL, 2017).

A atuação e experiência da enfermagem se inicia quando os Secretários municipais de Saúde entram em contato com a equipe do COSEMS, a partir desse momento o projeto é apresentado e, após parecer favorável do secretário municipal de saúde, iniciam-se os protocolos no município de acordo com esquema definido para implementação municipal (Esquema 01).



Esquema 01 – Passos para implementação do Telemedicina nos Municípios.

O protocolo tem abertura com uma visita técnica da equipe de enfermagem no município, onde são verificadas questões estruturais, bem como se há adequação quanto a proximidade da rede de dados do Prodepa – Empresa de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Pará – que oferece fibra óptica para o Estado. No entanto, as demais etapas só são executadas quando o município tem o serviço estruturado com a contratação de um enfermeiro que deverá ser exclusivo para dar seguimento no programa após a triagem, um médico clínico generalista que irá acompanhar as consultas especializadas com o paciente no município e a garantia para a realização dos exames que são necessários para o andamento das consultas virtuais.

Após isso, é realizado um treinamento com a equipe municipal de enfermagem que será capacitada quanto aos Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas do Ministério da Saúde de 2015 para avaliação e classificação dos pacientes advindos da regulação. Para a definição de prioridades nos atendimentos dos pacientes, os enfermeiros recebem a orientação da classificação por cores, de acordo com as enfermidades consideradas mais graves, ou seja, que necessitam de um atendimento mais urgente em relação a outras. O sistema de classificação de cores é dividido em vermelho, amarelo, verde e azul, sendo a cor vermelha as doenças consideradas mais graves e azul os pacientes que devem retornar apenas para consultas com o clínico geral do município.

Prosseguindo com a implementação, em um segundo momento, é solicitado ao sistema de regulação a lista de demanda reprimida do município para as especialidades que compõe o programa telemedicina no Estado para então ser efetivada a etapa de triagem com os enfermeiros. Esta fase conta com uma equipe formada pelas Enfermeiras gestoras do programa, o Enfermeiro do município

exclusivo do telemedicina e completam a equipe outros enfermeiros que foram convocados para o desenvolvimento da atividade e que tenham recebido o treinamento prévio. Na triagem, os enfermeiros classificam os pacientes a fim de verificar, de acordo com os sinais, sintomas e exame físico, se os pacientes necessitam ou não de consultas e acompanhamento com os médicos especialistas por meio do consultório virtual, ou se serão encaminhadas ao clínico geral do município.

Além disso, cabe aos enfermeiros solicitar os exames específicos quando há necessidade da consulta especializada, seguindo os critérios respaldados nos protocolos, regulamentados e classificados como exames mínimos ou básicos para a primeira consulta com o especialista, por exemplo, consulta de primeira vez de Cardiologia: Hemograma; Eletrocardiograma; Colesterol total e entre outros.

Em um terceiro momento, após a triagem, inicia-se a outra vertente de atuação do Enfermeiro no núcleo presente na capital, onde o mesmo terá especificamente funções gerenciais organizando a agenda e cotas de atendimentos dos municípios com os especialistas, monitoramento do sistema, analisando os prontuários eletrônicos antes da realização das consultas e buscando melhorias constantes para a execução do processo de Enfermagem de maneira qualitativa.

Já quanto ao Enfermeiro da telemedicina no município, o mesmo prossegue com a realização das atividades realizadas na triagem, mas desta vez em uma escala mais contida de avaliação dos pacientes advindos da regulação, visto que passará a atuar sozinho e não contará mais com o auxílio de uma equipe de enfermagem para atendimento em larga escala. Os enfermeiros municipais possuem como atividades específicas, por exemplo, a realizando as consultas de enfermagem para captação do histórico de saúde, solicitação de exames e registros no prontuário eletrônico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No estado do Pará, os processos de implementação da telemedicina já foram efetivados em 16 municípios, divididos em 8 polos, os quais atendem também os municípios adstritos.

Nessa interseção, o Enfermeiro, torna-se mediador do processo, de modo a organizar o meio laboral para que cumpra com as normas de regulamentação do Programa, agregando um espaço de formação e capacitação aos demais enfermeiros que ficarão responsáveis àquela região, cabendo a estes adequar as orientações à realidade em que serão expostos.

A partir desta perspectiva, amplia-se a abordagem do enfermeiro que gerencia os serviços e emerge-se a atuação assistencial. Ambos fortalecem o processo de implementação, denotando a continuidade e dinamismo das ações pactuadas. O progresso torna-se ainda mais vigoroso quando há sincronia na responsabilidade e atuação dos enfermeiros, apropriando-se de sua autonomia e conhecimento científico aplicada em evidências, logo os protocolos são recursos favoráveis para obtenção desse desempenho.

É importante ressaltar a figura do Enfermeiro como um dos protagonistas nessa empreitada para dinamizar e melhorar a prestação dos serviços de saúde no Estado. Além disso, destaca-

se um aprimoramento no modo de trabalho para os enfermeiros nesta vertente, a qual pode ser considerada uma nova área de atuação para a enfermagem, se apropriando da tecnologia e garantindo reconhecimento e valorização profissional dentre a equipe de saúde, visto que é necessário o envolvimento de pesquisadores e profissionais para o desenvolvimento das práticas em saúde na telemedicina (OLIVIERA et al., 2015).

No entanto, apesar de ser uma nova vertente para o leque de atuações da categoria, o enfermeiro, devido ao seu recente envolvimento na telemedicina, para desempenhar suas funções de modo qualitativo, necessita de um aprimoramento nos serviços por meio de treinamentos e capacitações, facilitando sua inserção nos processos tecnológicos e de trabalho (SOUZA *et al.*, 2019).

Em conformidade a isso, segundo Oliviera (2015), corroborado por Souza e colaboradores (2017), um dos mecanismos existentes para a realização das necessárias qualificações para a atuação dos enfermeiros na saúde digital, pode se dar por meio da tele-educação, haja vista que algumas categorias profissionais da área da saúde têm usufruído deste recurso para os seus respectivos aprimoramentos por meio das videoconferências.

Em virtude de tal prática, muitas informações acerca do processo saúde-doença do paciente chegam e são retransmitidas de forma sistematizada e estruturada pelo Enfermeiro, para que a linha de cuidado não seja fragmentada. Sendo importante sua inclusão na área da saúde digital em prol da segurança do paciente, a fim de evitar erros e possíveis discontinuidades do cuidado (BASHIR; BASTOLA, 2018).

À luz do profissionalismo, seu protagonismo na implementação infere também nos conhecimentos e habilidades específicas que esta categoria profissional possui para mediar o seu processo de trabalho, seja para a definição da prioridade de atendimento, para administrar o fluxo de oferta e demanda dos usuários nos serviços, contribuindo para a diminuição na demanda reprimida e colaborando para uma melhor resolutividade dos casos. Pois, segundo Bashir e Bastola (2018) corroborando com a Associação Americana de Telemedicina (2018), o enfermeiro é capaz de monitorar, educar, acompanhar, coletar dados e fornecer atendimento multidisciplinar no âmbito da telessaúde, ou seja, é capacitado para a realização de ações que configurem o andamento dos cuidados especializados em saúde propostos pela telemedicina.

## CONCLUSÃO

Portanto, ressalta-se o protagonismo do Enfermeiro frente a implementação do programa telemedicina nos municípios, uma vez que são peça fundamental na realização das etapas que compreendem a efetivação do programa a nível municipal, além das atividades gerenciais desempenhadas a fim de possibilitar o correto andamento da prestação da assistência à saúde com os especialistas, evitando gastos desnecessários com o transporte para tratamento fora do domicílio e propiciando maior conforto e comodidade aos pacientes.

Em conformidade, o protagonismo do Enfermeiro na articulação desse projeto, corrobora para conquistar novos espaços de atividades laborais para a sua categoria, considerando que o seu

papel durante a implementação, é oportuno e fundamental, seja no âmbito da gestão ou no âmbito da assistência.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN TELEHEALTH ASSOCIATION. **Telehealth Nursing Fact Sheet: ATA Telehealth Nursing Special Interest Group**, 2018. Disponível em: < [https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AMERICANTELEMED/3c09839a-fffd-46f7-916c-692c11d78933/UploadedImages/SIGs/Telehealth\\_Nursing\\_Fact\\_Sheet\\_04\\_25\\_2018.pdf](https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AMERICANTELEMED/3c09839a-fffd-46f7-916c-692c11d78933/UploadedImages/SIGs/Telehealth_Nursing_Fact_Sheet_04_25_2018.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2019.
- BASHIR, A.; BASTOLA, D. R. Perspectives of nurses toward telehealth efficacy and quality of health care: Pilot study. **Journal of Medical Internet Research**, Estados Unidos, v. 20, n. 5, p. 01-28, maio, 2018. Disponível em:< <https://medinform.jmir.org/2018/2/e35/>>. Acesso em: 29 ago. 2019.
- FERREIRA, A. M. D. *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem acerca do uso da informatização para segurança do paciente. **Revista gaucha de enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 40, n.1, p. 01-08, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200410](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200410)>. Acesso em: 01 set. 2019.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População**. 2019. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/panorama>>. Acesso em 04 set. 2019.
- MONTI, J. J.; SILVA, M. C.; BUENO, G. H. Avanços da Informática em Enfermagem no Brasil : Revisão Integrativa. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 161–165, 2014. Disponível em: < <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis>>. Acesso em: 03 set. 2019.
- MALDONADO, J. M. S. V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina : desafios à sua difusão no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, p. 1–12, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016001402005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016001402005&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 30 ago. 2019.
- OLIVIERA, D. G. DE *et al.* Análise da implantação do programa telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: Estudo de casos. **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2379–2389, 2015. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001102379&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001102379&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 02 set. 2019.
- PIROPO, T.G.N.; AMARAL, H.O.S. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 279-287, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00279.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2019.
- SOUZA, C. F. Q. et al. O Enfermeiro num Programa de Telemedicina em Cardiologia no Nordeste do Brasil. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 582–591, 2017. Disponível em: < <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1252>>. Acesso em: 05 set. 2019.
- SOUZA, C. F. Q. *et al.* Avaliação da atuação do enfermeiro em telemedicina. **Rev Bras Enferm**, Distrito Federal, v. 72, n. 4, p. 986–992, 2019. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000400933&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000400933&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 set. 2019.
- TREVISIO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em:< <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>>. Acesso em: 03 set. 2019.
- WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde: Oportunidade de novos serviços e da melhoria da logística em saúde. **Panorama Hospitalar**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 24–26, 2015. Disponível em: < [https://telemedicina.fm.usp.br/portal/wp-content/uploads/2015/03/03132015\\_Revista\\_Panorama\\_Hospitalar\\_Fev\\_2015\\_pag24a26.pdf](https://telemedicina.fm.usp.br/portal/wp-content/uploads/2015/03/03132015_Revista_Panorama_Hospitalar_Fev_2015_pag24a26.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2019.

# ANÁLISE ORGANOFUNCIONAL DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL DE UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA EM BELÉM-PA



**LARISSA RENATA BITTENCOURT PANTOJA**

Universidade do Estado do Pará

**RUHAN DA CONCEIÇÃO SACRAMENTO**

Universidade do Estado do Pará

**BEATRIZ DUARTE DE OLIVEIRA**

Universidade do Estado do Pará

**ALÍCIA LAURA LOBO MODESTO**

Universidade do Estado do Pará

**BRUNA FONSECA REZENDE**

Universidade do Estado do Pará

**LIDIANE ASSUNÇÃO DE VASCONCELOS**

Universidade do Estado do Pará

**ILMA PASTANA FERREIRA**

Universidade do Estado do Pará

**MARIA LIRACY BATISTA DE SOUZA**

Universidade do Estado do Pará

**RESUMO:** Baseado nas altas taxas de mortalidade materno-infantil no país, foi criada a Estratégia Rede Cegonha, o pré-natal está inserido nesta rede a fim de prevenir a mortalidade através da ampliação e qualificação do serviço ofertado na Atenção Básica à Saúde. Faz-se necessário que haja recursos humanos e materiais suficientes para acompanhar o atendimento da gestante de forma efetiva. Assim, a análise organofuncional de um estabelecimento de saúde permite conhecer a dinâmica de funcionamento e a organização da unidade e possibilita o levantamento de problemas e necessidades. Dessa forma, o presente

estudo tem como objetivo conhecer o funcionamento do programa do pré-natal em um centro de saúde escola do município de Belém-PA, através de uma análise organofuncional. O estudo é descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência e ambientou-se no setor de Pré-Natal de um Centro de Saúde Escola, a pesquisa alicerçou-se em visitas técnicas, durante as aulas práticas do componente curricular “Gestão e Gerenciamento dos serviços de saúde e Enfermagem”, onde ocorreu uma entrevista com a enfermeira do setor supracitado e conversas informais com as usuárias do programa Pré-Natal. Mediante conversas realizadas em momentos de interação, foram elencados pontos pertinentes para abordagem nesta análise, assim foi possível identificar os principais diagnósticos organofuncionais do Programa, suas consequências e propostas de solução. A análise trouxe diagnósticos como: falta de recursos humanos na ambiência do pré-natal, além da disponibilidade vitaminas essenciais na gestação. Outro ponto foi a pouca privacidade das gestantes durante as consultas, e falta do equipamento necessário para realizar ultrassonografia. Portanto, por meio da presente análise, foi possível perceber as potencialidades e fragilidades presentes no programa de pré-natal do centro escola, uma vez que tais fatos culminaram nos diagnósticos relatados.

**Palavras-Chave:** Cuidado pré-natal; Centros de Saúde; Gestão de Serviços de Saúde.

**ABSTRACT:** Based on the high maternal and child mortality rates in the country, the Rede Cegonha Strategy was created, prenatal care is inserted in this network in order to prevent mortality through the expansion and qualification of the service offered in Primary Health Care. - it is necessary to have sufficient human and material

resources to monitor the care of the pregnant woman effectively. Thus, the organofunctional analysis of a health establishment allows to know the dynamics of operation and the organization of the unit and enables the survey of problems and needs. Thus, the present study aims to understand the functioning of the prenatal program in a school health center in the city of Belém-PA, through an organofunctional analysis. The study is descriptive, qualitative, of an experience report type and was set in the Prenatal sector of a School Health Center, the research was based on technical visits, during the practical classes of the curricular component “Management and Management of health and nursing services”, where an interview took place with the nurse from the sector mentioned above and informal conversations with users of the Pre-Natal program. Through conversations held in moments of interaction, pertinent points were listed for approach in this analysis, thus it was possible to identify the main organofunctional diagnoses of the Program, their consequences and proposed solutions. The analysis brought diagnoses such as: lack of human resources in the ambience of prenatal care, in addition to the availability of essential vitamins during pregnancy. Another point was the poor privacy of pregnant women during consultations, and the lack of equipment necessary to perform ultrasound. Therefore, through this analysis, it was possible to perceive the strengths and weaknesses present in the prenatal program of the school center, since these facts culminated in the reported diagnoses.

**Key words:** Prenatal care; Health centers; Health Services Management.

## INTRODUÇÃO

Baseado nas altas taxas de mortalidade materno-infantil no país, foi criada a Estratégia Rede Cegonha, com o objetivo de prevenir a mortalidade através da ampliação e qualificação do serviço ofertado na Atenção Básica à Saúde. A Rede Cegonha é composta por um conjunto de intervenções que são aplicadas desde a gravidez, puerpério, pós-parto, até a atenção à saúde da criança. Dentre essas intervenções, temos o programa pré-natal, que consiste em acompanhar a gestante de forma contínua durante toda a gravidez, com o objetivo de garantir o desenvolvimento seguro da gestação a fim de propiciar um parto seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê, englobando o acolhimento da gestante em seu aspecto psicossocial, bem como realizando atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Seguindo ao que diz a Política Nacional de Humanização, é fundamental que seja feita o acolhimento adequado da gestante na atenção básica, visto que esta é a porta de entrada no serviço. Tendo em vista a escuta qualificada da usuária, permitindo o fortalecimento do vínculo entre esta e a equipe e o serviço de saúde, garantindo a continuidade do pré-natal (ASSUNÇÃO *et al*, 2019).

O programa Pré-natal consiste em acompanhamento periódico e contínuo das usuárias, com intervalos pré-estabelecidos, de acordo com a idade gestacional, devendo ter início, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. O acompanhamento se dá pela equipe de saúde devendo conter profissionais como: enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista e psicólogo, além de oferecer medicamentos básicos (sulfato ferroso, ácido fólico), apoio laboratorial para realização de exames complementares, realização de testes rápidos, imunização, diagnóstico e prevenção do câncer de mama e do colo uterino, dentre outros serviços (BRASIL, 2012).

Faz-se necessário também que haja recursos humanos suficientes para acompanhar o atendimento da gestante de forma efetiva, abrangendo seus aspectos familiar e social, além de instrumentos de registro para o acompanhamento sistematizado, bem como oferecer uma área física adequada para realização do atendimento, com condições adequadas de higiene, iluminação e ventilação (BRASIL, 2012).

As ferramentas gerenciais desempenham fundamental importância, uma vez que auxiliam para a organização e avaliação dos serviços de saúde. No contexto dessas avaliações necessárias para manter o controle da qualidade do serviço ofertado, é utilizada a análise organofuncional de um estabelecimento de saúde, sendo esta uma ferramenta que permite conhecer a dinâmica de funcionamento e a rotina/organização da unidade, bem como possibilita o levantamento de problemas e necessidades que podem fragilizar a eficiência e eficácia dos serviços prestados. Feita a análise e identificação dos problemas existentes, é possível traçar planos e estratégias, em forma de ações de saúde direcionadas que visam solucionar ou amenizar a realidade atual (OLIVEIRA *et al.*, 2017)

O presente estudo tem como objetivo conhecer de que forma funciona o programa do pré-natal em um centro de saúde escola do município de Belém-PA, através de uma análise organofuncional, verificando os aspectos positivos do serviço, bem como a existência de aspectos que possam interferir de forma negativa no atendimento das usuárias, não abrangendo ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, na modalidade relato de experiência. O presente trabalho foi realizado em um Centro Saúde Escola localizado no bairro Marco, região metropolitana do município de Belém, no Programa do Pré-Natal oferecido no centro, que atualmente atende cerca de 200 gestantes provenientes dos bairros Marco e Pedreira e oferece serviços para exames laboratoriais, imunização, nutrição, odontologia, serviço social, consulta de enfermagem, consulta médica e oferecia atendimento psicológico, que se encontra suspenso por tempo indeterminado. O serviço funciona de segunda à sexta pela manhã, de 8h às 12h, e pela tarde, de 13h30 às 17h30.

A pesquisa se deu por meio de três visitas técnicas realizadas nos dias 02, 03 e 07 de maio de 2019, sob supervisão da docente e do monitor, durante as aulas práticas do componente curricular “Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem”. Os dias das visitas, assim como cada atividade realizada após as visitas para a produção da Análise Organofuncional, foram estabelecidos durante o planejamento no dia 30 de abril de 2019, em sala de aula, com a docente.

Sendo assim, no dia 02 de maio foi realizado o reconhecimento do local e marcada a entrevista com a enfermeira responsável pelo programa para o dia seguinte. No dia 03 foi efetivada a entrevista com a enfermeira, que descreveu como o programa funciona e destacou alguns problemas presentes no serviço, sendo o número diminuto de recursos humanos para realizar as atividades o mais acentuado,

mas também há falta de insumos como o ultrassom e suplementos como o ácido fólico e sulfato ferroso.

No dia 07 foram realizadas conversas informais com algumas usuárias gestantes que se mostraram muito satisfeitas com o atendimento realizado no programa, no entanto, as que possuíam um menor poder aquisitivo relataram certa dificuldade na compra dos suplementos que antes eram disponibilizados pelo programa, e, por vezes, na realização da ultrassonografia que possui um custo mais elevado e que também era disponibilizado pelo programa.

No dia 10 foi realizada a sistematização de materiais por meio de buscas de artigos e manuais técnicos dentro das bases de dados e em plataformas online, para melhor compreensão do serviço e formação do arcabouço teórico deste estudo, para, enfim, seguir para a última etapa, a produção da análise organofuncional.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante as conversas realizadas nesses três momentos de interação foi possível elencar os principais pontos pertinentes a serem abordados nesta análise, assim foi possível realizar, por meio da identificação, os principais diagnósticos organofuncionais do programa de pré-natal do centro escola, sendo eles dispostos no quadro a seguir, o qual dispõe da apresentação do diagnóstico identificado, sua consequência, bem como sua proposta de solução.

DIAGNÓSTICO	CONSEQUÊNCIA	PROPOSTA DE SOLUÇÃO
<b>Equipe multiprofissional incompleta</b>	Falta de suporte a gestante em suas necessidades holísticas	Aplicação de recursos financeiros destinados a contratação de profissionais.
<b>Indisponibilidade de suplemento vitamínicos como ácido fólico e sulfato ferroso</b>	Não ingestão de suplementos essenciais para desenvolvimento saudável do feto	Aplicação de recursos financeiros para compra destes suplementos
<b>Pouca privacidade nas consultas</b>	Desconforto da paciente	Acolhimento e explicação da necessidade de estudantes na realização da consulta
<b>Falta de máquina de ultrassom</b>	Não realização do exame devido falta de recurso financeiro da paciente para realizar em clinicas particulares	Aplicação de recursos financeiros para compra ou conserto do equipamento.
<b>Sinergia entre o profissional de enfermagem e o de medicina</b>	Melhora na qualidade de assistência prestada a gestante	Manutenção

<b>Cumprimento de consulta de pré-natal além do preconizado</b>	Suporte adequado a gestação	Manutenção
<b>Efetivo retorno da paciente para dar baixa no pré-natal</b>	Efetivação da comunicação em saúde sobre as mudanças do puerpério	Manutenção

Um dos diagnósticos pertinentes relacionam-se com a falta de recursos humanos na ambiência do pré-natal, uma vez que não há na equipe um técnico de enfermagem para realizar os procedimentos básicos de triagem antes da consulta com a enfermagem e/ou medicina, assim como outras funções primordiais, tais como, realizar orientação individual e a grupos da comunidade sobre assuntos de saúde, executar atividades de apoio e preparo de ambiente e disposição do material para exames. O profissional técnico de enfermagem é um importante membro da equipe de saúde e está apto a exercer tais funções. A ausência deste profissional na equipe acaba ocasionando uma sobrecarga na enfermeira do setor, pois a enfermeira acaba por realizar suas atribuições e as funções do técnico.

Conforme Cei e seus colaboradores (2019), a equipe multiprofissional no contexto do Pré-natal é minimamente formada pelos seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, cirurgião-dentista e o agente comunitário de saúde, no âmbito das Estratégias Saúde da Família. Cada profissional atua de modo a proporcionar uma atenção integral à mulher gestante no período do pré-natal. A ausência de algum desses profissionais acarreta na quebra do fluxo de assistência à saúde, ou até mesmo ocasiona a sobrecarga de outros componentes da equipe, como o caso observado na análise.

Outro ponto pertinente correlaciona-se com a indisponibilidade de vitaminas essenciais no período gravídico na farmácia do Centro de Saúde Escola, sendo esta uma problemática que afeta as futuras mães e puérperas de baixo poder aquisitivo que precisam da administração oral do sulfato ferroso e do ácido fólico, as questões de faltas de recursos na saúde são de aspecto gerencial, administrativo e político, de acordo com a complexidade do sistema de saúde. O manejo adequado dos recursos financeiros disponibilizados ao setor saúde, segundo Bonfim e colaboradores (2012) é primeiro para a resolução dos problemas enfrentados pela população, como falta de recursos, não funcionamento das unidades, entre outros.

Acerca da pouca privacidade das gestantes durante as consultas, é essencial que haja o acolhimento com essa mulher e através de uma criação de vínculo, seja devidamente explicado que a instituição de saúde é um centro escola, por isso o grande contingente de acadêmicos, mas que os mesmos estão ali comprometidos com suas atribuições e darão todo o suporte, atenção e apoio necessários, alicerçando sua assistência no respeito ao próximo.

A respeito disso, Silva e Romano, abordam em seu estudo a importância do acolhimento nos serviços de saúde. Os autores constaram que um bom acolhimento é capaz de direcionar o usuário dentro do serviço, informando seu funcionamento, bem como os procedimentos que devem ser realizados para que os mesmos usufruam da assistência em saúde. Dessa forma, com a realização do

acolhimento feito de forma adequada no centro escola, as mulheres gestantes poderiam compreender o grande quantitativo de acadêmicos no ambiente e, até mesmo, direcionando as consultas (SILVA; ROMANO, 2015).

A falta do equipamento necessário para a realização da ultrassonografia também é um ônus do setor, uma vez que, as gestantes de baixa renda podem não realizar esse importante exame por falta de recursos. Nessa conjuntura, é essencial que a equipe de saúde do setor tenha em mente as ferramentas gerenciais, que são indispensáveis para o processo de cuidado, tendo como propósito organizar, padronizar, direcionar e comunicar a estrutura e o funcionamento dos serviços. Os profissionais do Centro Escola devem ser capazes de mensurar o quantitativo de pessoal necessário para o desempenho de cada função, assim como, organizar e sistematizar a distribuição dos insumos na ambiência (BONFIM, *et. al.* 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, por meio da presente análise advinda a imersão dos acadêmicos no campo de prática, foi possível perceber as potencialidades e fragilidades presentes no programa de pré-natal do centro escola, uma vez que tais fatos culminaram nos diagnósticos relatados.

Desse modo, ressalta-se a importância da manutenção das boas práticas já realizadas pelos profissionais e um melhor planejamento gestor no que se refere aos recursos humanos, materiais e financeiros para que a assistência prestada pela equipe de saúde seja propulsionada a viabilizar um pré-natal de mais qualidade às usuárias gestantes.

Destaca-se ainda, a importância da interação dos acadêmicos com esse tipo de análise, uma vez que a mesma propulsiona o pensamento crítico, além de fomentar questões relacionadas a gestão e gerenciamento dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, C. S; RIZZO, E. R; SANTOS, M. E; BASÍLIO, M. D; MESSIAS, C. M; CARVALHO, J.B. O Enfermeiro no Pré-Natal: Expectativas de Gestantes. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro. v.11, n.3, p.576-581, abr-jun. 2019. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987527>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

BONFIM, D. *et al.* Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 64, n. 1, p. 198-202, jan-fev. 2012 Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/5283>> Acesso em: 04 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. 320 p.: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CEI, N. V. S. *et al.* Rede Cegonha e equipe multiprofissional no pré-natal e puerpério de Unidades Básicas de Saúde de Belém, Pará. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 1, p. 16, 2019. Disponível em: <<https://prmjourn.org/article/doi/10.4322/prmj.2019.016>> . Acesso em: 22 mar. 2020.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 4 dez. 2017. Disponível em:< <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/88>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

SILVA, T. F. DA; ROMANO, V. F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 363–374, jun. 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n105/363-374/pt>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

# TESTE HTP: UMA IMPORTANTE FERRAMENTA NO PROCESSO PSICODIAGNÓSTICO



**CAROLYNE FREDERICO DA ROSA<sup>1</sup>**

**DIEGO DA SILVA<sup>2</sup>**

**RESUMO:** O processo de avaliação psicológica é decorrente de um conjunto de procedimentos fidedignos que abrangem as dinâmicas de grupo, entrevista, observações situacionais, questionário, testes psicológicos, métodos projetivos, entre outros para chegar ao diagnóstico, que é utilizado por psicólogos para avaliar potencialidades e dificuldades do sujeito, auxiliando o profissional a dar direção ao tratamento. Os métodos projetivos configuram-se como ferramentas eficazes para avaliar a qualidade das forças psicológicas que estruturam e operam o sistema individual de cada um. Considerando a relevância que os métodos projetivos possuem para a realização da avaliação psicológica, esta pesquisa objetivou investigar o uso do teste da casa-árvore-pessoa-HTP (do inglês House-Tree-Person) no contexto clínico, constituindo-se como uma importante ferramenta no processo psicodiagnóstico. Buscando-se a melhor elucidação dos fundamentos trabalhados, o artigo pautou-se na pesquisa bibliográfica, consistente em bases de dados científicas como o Google Acadêmico, Scielo e Pepsic. HTP é um teste projetivo que avalia diversos fatores referentes à personalidade do indivíduo e como ele se relaciona com o mundo. Através da pesquisa foi possível observar que o teste HTP é prática constante na avaliação psicológica, consistindo em instrumento valioso para avaliar a qualidade

das forças psicológicas que estruturam e operam o sistema individual de cada um, sendo esta ferramenta de uso exclusivo de psicólogos, conforme as normas do Conselho Federal de Psicologia.

**Palavras-chave:** Psicodiagnóstico. Técnicas projetivas. Teste HTP.

**SUMMARY:** The process of psychological assessment is the result of a set of reliable procedures that include group dynamics, interviews, situational observations, questionnaires, psychological tests, projective methods, among others to reach the diagnosis, which is used by psychologists to evaluate potentialities and difficulties of the subject, helping the professional to direct the treatment. The projective methods are configured as effective tools to evaluate the quality of the psychological forces that structure and operate the individual system of each one. Considering the relevance that the projective methods have for the psychological assessment, this research aimed to investigate the use of the House-Tree-Person test in the clinical context, constituting an important tool in the psychodiagnostic process. Seeking the best elucidation of the foundations worked, the article was based on bibliographic research, consistent in scientific databases such as Google Scholar, Scielo and Pepsic. HTP is a projective test that assesses various factors regarding an individual's personality and how they relate to the world. Through research it was observed that the HTP test is a constant practice in psychological assessment, consisting of a valuable instrument to evaluate the quality of psycho-

1 Psicóloga, aluna da Especialização em Avaliação Psicológica pelo Grupo Rhema de Educação, Criciúma.

2 Psicólogo, mestre em Medicina Interna pela UFPR. Docente na Especialização em Avaliação Psicológica pelo Grupo Rhema de Educação, Criciúma.

logical forces that structure and operate the individual system of each one, being this tool of exclusive use of psychologists, according to Federal Council of Psychology rules.

**Keywords:** Psychodiagnosis. Projective techniques. HTP test.

## 1 INTRODUÇÃO

O desenho é considerado uma das formas de comunicação mais antigas entre os seres humanos, mas foi a partir do século XX que passou a ser utilizado como técnica de avaliação psicológica (BANDEIRA; COSTA; ARTECHE, 2008).

Entre os recursos disponíveis ao psicólogo para o processo de avaliação estão os testes psicológicos autorizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), como é o caso do teste da casa-árvore-pessoa (HTP, do inglês House-Tree-Person), aprovado pelo Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI) em janeiro de 2004. O teste HTP avalia diversos fatores referentes à personalidade do indivíduo e como ele se relaciona com o mundo (CFP, 2018).

Para Miguel (2014, p. 98) “as técnicas projetivas se caracterizam pela apresentação de estímulos pouco estruturados, o que permite uma ampla variedade de respostas, maior foco nos aspectos qualitativos do desempenho e uma maior interação do psicólogo com o avaliando”.

Assim, considerando a relevância que os métodos projetivos possuem para a realização de avaliação psicológica, esta pesquisa objetivou investigar o uso do teste HTP no contexto clínico como uma importante ferramenta no processo psicodiagnóstico.

Buscando-se a melhor elucidação dos fundamentos trabalhados, o presente artigo pautou-se na pesquisa bibliográfica, consistente em bases de dados científicas como o Google Acadêmico, Scielo e Pepsic.

## 2 MÉTODOS PROJETIVOS NA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A Resolução 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), assim define a avaliação psicológica:

É um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto, de estratégias psicológicas – métodos, técnicas e instrumentos (CFP, 2003, p. 1).

Segundo a Lei 4.119/62 o processo de avaliação psicológica, incluindo métodos e técnicas de investigação e a utilização dos procedimentos e testes psicológicos configuram-se como funções exclusivas do psicólogo (BRASIL, 1962).

Isso leva a considerar que o aproveitamento que um cliente pode ter de um processo de avaliação depende muito da maneira como é conduzido pelo avaliador. “A qualidade dos instrumentos é tão imprescindível para se alcançar resultados verdadeiramente úteis, quanto o é a habilidade do avaliador para fazer daquela experiência algo positivamente significativo para o avaliado” (VILLEMOR-AMARAL; RESENDE, 2018, p. 123).

Em uma perspectiva clínica, na abordagem psicanalítica, a avaliação psicológica é denominada de psicodiagnóstico, que destaca a importância da subjetividade e dos aspectos transferências e contratransferências presentes na relação. [...] o uso dos testes, nas sessões terapêuticas, complementa outros procedimentos clínicos, com o objetivo de integrar os dados levantados nos testes e na história clínica, para obter uma compreensão global da personalidade (XAVIER, 2014, p. 47).

Isso remete ao comentado por Cunha et al. (2007) quando assinalam que o psicodiagnóstico verifica a existência ou não de psicopatologias, identificando forças e fraquezas no funcionamento psicológico. É utilizado por psicólogos, no contexto clínico, para avaliar potencialidades e dificuldades do sujeito, auxiliando o profissional a dar direção ao tratamento.

A prática clínica em psicologia atribuiu às técnicas projetivas um lugar de respeito e de destaque no campo da avaliação psicológica. “A partir de então, os instrumentos tornaram-se essenciais recursos de acesso a aspectos intrínsecos do sujeito” (SILVA et al., 2010, p. 62).

O Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) consiste em uma “norma de certificação de instrumentos de avaliação psicológica, que avalia e qualifica os instrumentos em aptos ou inaptos para uso profissional, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnicos mínimos” (GASPARETTO, 2013, p. 41). Os requisitos são definidos pela área e compreendem normatização, fundamentação teórica, validade e precisão (PRIMI, 2010).

Segundo Pinto (2014) os testes psicológicos podem ser classificados em três tipos: testes expressivos, testes psicométricos e os testes projetivos.

Em relação aos testes expressivos existe uma ampla liberdade nas situações, tanto em relação ao material utilizado, quanto às instruções; os testes psicométricos possuem um cunho mais objetivo para quantificar uma determinada característica do sujeito; os testes projetivos são aqueles que recorrem a materiais definidos e padronizados, o sujeito se projeta nas suas respostas, havendo liberdade na formulação das respostas (PINTO, 2014).

Nesse sentido, Dias-Viana e Costa (2018, p. 335) acreditam que os testes projetivos se caracterizam como importantes instrumentos de avaliação da personalidade, “pois devido aos seus estímulos serem ambíguos e pouco estruturados, minimiza a possibilidade de falseamento e manipulação das respostas por parte do avaliado”.

Villemor-Amaral e Resende (2018, p. 125), reforçam, ainda, quanto aos testes projetivos ou de desempenho:

[...] tendem a mobilizar mais as funções subcorticais do hemisfério direito do cérebro e propiciam o acesso às informações que, normalmente, os avaliados não podem relatar diretamente por meio da linguagem, pois, na maioria das vezes, estão mais dissociados, mais carregadas de afetos ambíguos e que são mais facilmente acessíveis por meio de imagens relacionadas às situações traumáticas ou não superadas.

Um estudo realizado por Noronha, Padilha e Fagan, (2007) sobre os instrumentos de avaliação psicológica, uso e parecer de psicólogos, apresenta a predominância de testes que avaliam a personalidade, sendo que o teste HTP destaca-se como o mais utilizado pelos psicólogos.

Validando esses resultados, Dias-Viana e Costa (2018) em seus estudos com psicólogos que atuam no Ceará com avaliação psicológica, mostrou que 48,3% fazem uso de algum teste projetivo e apontou o teste HTP (31,71%) como o mais utilizado pelos profissionais. Os autores confirmaram também que há maior emprego dos instrumentos no contexto clínico.

## 2.1 O teste HTP

O teste da casa-árvore-pessoa (HTP, do inglês House-Tree-Person) foi criado por John N. Buck, em 1948. Para o autor, “os desenhos estimulam o estabelecimento de interesse, conforto e confiança entre o examinador e o cliente” (BUCK, 2003, p. 2).

Arzeno (1995, p. 85) contribui dizendo que:

[...] a linguagem gráfica, assim como a lúdica, é a que está mais próxima do inconsciente e do Ego corporal. Conseqüentemente, oferece maior confiabilidade que a linguagem verbal, a qual é uma aquisição tardia e pode ser muito mais submetida ao controle consciente do indivíduo.

O HTP é um teste projetivo destinado a indivíduos maiores de oito anos e tem como objetivo obter informações sobre como uma pessoa vivencia sua individualidade em relação aos outros e com o ambiente. Como toda técnica projetiva, “estimula a projeção de elementos da personalidade de áreas de conflito dentro da situação terapêutica” (BUCK, 2003, p. 1). É um instrumento sistematizado que proporciona uma compreensão dinâmica das características e do funcionamento do indivíduo (BUCK, 2003).

De acordo com Campos (2012, p. 16):

No teste HTP, os sujeitos que apresentam algum transtorno mostram padrões inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e de percepção do ambiente e de si mesmos. Esse padrão persistente abrange uma ampla faixa de situações pessoais e sociais e provoca sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O instrumento tem duas fases: a primeira consiste em convidar o sujeito a desenhar, apenas utilizando lápis preto e borracha, uma casa, uma árvore e uma pessoa. No desenho da casa, a folha é oferecida na posição horizontal, no desenho da árvore e pessoa, na posição vertical. Enquanto a pessoa desenha, o analista avalia as suas atitudes, as suas palavras, seu modo de agir e tudo o que ela demonstra; a segunda fase é o inquérito, uma série de perguntas referentes a cada um dos desenhos, no sentido de aumentar a projeção dos elementos representativos do sujeito em questão (BUCK, 2003).

A fase do inquérito proposta por Buck (2003) sugere que, após o desenho feito, o sujeito conta o que desenhou e o profissional faz algumas perguntas específicas sobre o desenho, oportunizando ao sujeito interpretar, descrever e definir as imagens. É uma fase fundamental, que auxilia na compreensão de seu mundo interno. pois no momento em que ele verbaliza o que desenhou, expressa sua memória e sentimentos.

Após terminar estas duas fases, o examinador pode ou não prosseguir, solicitando que desenhe novamente uma casa, uma árvore e uma ou duas pessoas, agora utilizando giz de cera. Em seguida, o examinador deverá fazer perguntas adicionais sobre os desenhos coloridos. A sua aplicação pode levar de 30 minutos a uma hora e meia (ROSA, 2012).

Os desenhos podem ser toscos e grotescos, ou sofisticados, com a técnica se traduzindo em trabalhos bem elaborados. Ou podem expressar a maestria de grandes pintores como Da Vinci, Renoir ou Picasso. O estilo definitivo não importa. O que interessa é que todas as pinturas e desenhos, desde as garatujas de uma criança ao elegante e sofisticado traçado de um arquiteto, podem revelar o mundo interior de seu autor. A presença ou ausência do domínio consciente da gramática e da sintaxe da linguagem gráfica não impede a revelação da vida psíquica da pessoa (PINTO, 2014, p. 147).

As interpretações são realizadas a partir da interação simbolizada das atividades psicomotoras que ficam gravadas no papel. A folha de papel representa o ambiente e, o desenho, o próprio sujeito (RETONDO, 2000).

A página em branco sobre a qual o desenho é executado serve como um fundo no qual o paciente nos oferece um vislumbre de seu mundo interno, de seus traços e atitudes, de suas características comportamentais, das fraquezas e forças de sua personalidade, incluindo o grau em que pode mobilizar seus recursos internos para lidar com seus conflitos psicodinâmicos, tanto interpessoais quanto intrapsíquicos (RETONDO, 2000, p. 17).

Segundo Campos (2012), na interpretação do teste HTP podem ser identificados traços psicóticos, quando, por exemplo, o sujeito deixa lacunas em seus desenhos, pois espera-se que algumas partes importantes apareçam. No desenho da casa, por exemplo, as partes principais são as telhas, porta, janela e paredes; da árvore, a presença de fenda no tronco é associada à desintegração da personalidade; da pessoa, quando o sujeito acentua os olhos ou as orelhas aponta para uma hipervigilância paranoide ou subentendendo componentes alucinatórios. “Os psicóticos, em suas projeções, apresentam características distorcidas, desintegradas, desarticuladas e desvinculadas” (CAMPOS, 2012, p. 18).

Rosa (2012) ressalta que cada imagem significa algo diferente:

O elemento casa projeta a situação familiar do presente, as raízes pessoais, a estabilidade, a atitude do indivíduo para com os habitantes de sua própria casa. Geralmente, refere-se à acessibilidade, ao grau de rigidez do indivíduo e ao nível de contato com a realidade (HAMMER, 1981).

A árvore é o conceito mais profundo da mente: o inconsciente; analisa-se como uma expressão gráfica da experiência de equilíbrio que o indivíduo parece sentir e da visão de seus recursos de personalidade para obter satisfação no e do seu ambiente (BUCK, 2003).

E a pessoa é uma espécie de autorretrato ou autoconceito que inclui a consciência e os mecanismos de defesa frente à outras pessoas (ROSA, 2012). “A qualidade desse desenho reflete a capacidade do indivíduo para atuar em relacionamentos e para submeter o self e as relações interpessoais à avaliação crítica objetiva” (SILVA et al., 2010, p. 59).

Buck (2003) propõe, para a correção, que sejam avaliados elementos como perspectiva, detalhes e proporção do desenho em relação à folha. Esses elementos informam como está o funcionamento de um indivíduo no contexto de seu nível de desempenho esperado: a perspectiva indica como o indivíduo age frente a relacionamentos mais abstratos; os detalhes fornecem um índice das capacidades do indivíduo para reconhecer elementos do dia a dia; já a proporção reflete a capacidade de solucionar problemas básicos e concretos.

Avalia-se também a localização de cada objeto na folha, o tamanho de cada elemento, o traço e a clareza (BUCK, 2003).

### 3 CONCLUSÕES

A partir das fontes utilizadas no decorrer deste artigo, foi possível observar que o psicodiagnóstico se mostra de extrema importância, pois possibilita identificar o universo psíquico do sujeito, auxiliando o profissional da Psicologia a dar direção ao tratamento.

Os métodos projetivos mostraram-se eficientes para esta prática clínica e, através de estudos de autores como Dias-Viana e Costa (2018), o teste HTP ganhou destaque, tendo em vista sua praticidade e estudos que comprovam sua capacidade em avaliar aspectos da personalidade.

Os dados obtidos na pesquisa não esgotam o assunto. Considera-se relevante o desenvolvimento de outros estudos sobre os métodos projetivos, para que o psicólogo possa aumentar suas habilidades e conhecimentos, de modo a qualificar-se melhor para o emprego das técnicas projetivas, fortalecendo a confiança em seus resultados.

## REFERÊNCIAS

ARZENO, Maria Esther Garcia. **Psicodiagnóstico clínico**: novas contribuições. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BANDEIRA, Denise Ruschel; COSTA, Angelo; ARTECHE, Adriane. Estudo de validade do DFH como medida de desenvolvimento cognitivo infantil. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 21, n. 2, p. 332-337, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722008000200020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722008000200020&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 out. 2019.

BRASIL. **Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamentação a profissão de psicólogo. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/14119.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm). Acesso em: 15 out. 2019.

BUCK, Jonh N. **H-T-P casa-árvore-pessoa técnica projetiva de desenho**: manual e guia de interpretação. Tradução de Renato Cury Tardivo; revisão de Iraí Cristina Buccato Alves. São Paulo: Vetor, 2003.

CAMPOS, Jordana Celli Bulhões. Teste do desenho da Casa-Árvore-Pessoa – HTP. **Teoria e Prática**, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 007/2003**. Disponível em: [http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes\\_cfp/fr\\_cfp\\_007-03\\_manual\\_elabor\\_doc.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/resolucoes_cfp/fr_cfp_007-03_manual_elabor_doc.aspx) Acesso em: 15 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 9**, de 25 de abril de 2018. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

CUNHA, Jurema Alcides et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DIAS-VIANA, João Lucas; COSTA, Thicianne Malheiros da. O uso de testes projetivos na prática profissional de psicólogos. In: CASTRO, Paulo Francisco et al. (Org.). **Fundamentos e construções contemporâneas dos métodos projetivos**. São Paulo: ASBRO, 2018. p. 329-338.

GASPARETTO, Gislaine Gisele. Instrumentos utilizados no processo psicodiagnóstico em uma clínica escola. **Perspectiva**, v. 37, n. 140, p. 39-48, 2013. Disponível em: [http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/140\\_371.pdf](http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/140_371.pdf). Acesso em: 15 out. 2019.

HAMMER, Emanuel F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.

MIGUEL, Fabiano Koich. Mitos e verdades no ensino de técnicas projetivas. **Psico-USF**, Itatiba, v. 19, n. 1, p. 97-106, jan./abr., 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712014000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000100010) Acesso em: 15 out. 2019.

NORONHA, Ana Paula Porto; PADILHA, Sandra, FAGAN, Clarissa Zanchet. Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. **Aval. Psicol.** v. 6, n. 1, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712007000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712007000100009). Acesso em: 10 mai. 2012.

PINTO, Elza Rocha. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora- Estudos em teoria psicanalítica**, v. 17, n. 1, p. 135-153, jun., 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982014000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982014000100009). Acesso em: 15 out. 2019.

PRIMI, Ricardo. Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos situação atual e direção para o futuro. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, p. 25-35, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000500003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000500003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 22 dez. 2019.

RETONDO, Maria Florentina N. Godinho. **Manual prático de avaliação do HTP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ROSA, Simoni da. Qual a importância de um teste projetivo como o HTP para auxiliar na avaliação psicológica em crianças com dificuldade de aprendizagem. **Revista online de divulgação científica da UNIDAVI**, p. 37, 2012. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/02/Artigo-Simone-da-Rosa.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2019.

SILVA, Roselaine B. Ferreira da *et al.* O desenho da figura humana e seu uso na avaliação psicológica. **Psicol. Argum.**, v. 28, n. 60, p. 55-64, jan./mar., 2010.

VILLEMOR-AMARAL, Anna Elisa de; RESENDE, Ana Cristina. Novo modelo de avaliação psicológica no Brasil. **Psicol. cienc. prof.** v.38, n. especial, p. 122-132, 2018.

XAVIER, Liviane Michelle Lins de Queiroz. A clínica psicanalítica e a avaliação psicológica. **Revista UNI-RN**, Natal, v. 13, n. 1/2, p. 36-51, jan./dez., 2014. Disponível em: <http://www.revistas.unirn.edu.br/index.php/revistaunirn/article/view/335/281>. Acesso em: 15 out. 2019.

# PERCEPÇÃO DO SURDO AO ATENDIMENTO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA NA CIDADE DE PORTO NACIONAL-TO

## *PERCEPTION OF DEAF TO MEDICAL CARE IN BASIC ATTENTION IN THE CITY OF PORTO NACIONAL-TO*

### **LUÍS OTÁVIO JONAS**

Professor Adjunto da FAPAC ITPAC PORTO – Mestre em Prótese Dentária

### **NELZIR MARTINS COSTA**

Professora Adjunta da FAPAC ITPAC PORTO – Mestre em Ensino de Língua e Literatura

### **DANILO MACHADO DA SILVA**

Acadêmico 11º Período de Medicina FAPAC ITPAC PORTO

### **PATRICK HYORRANYS FEITOSA CARNEIRO**

Acadêmico 11º Período de Medicina FAPAC ITPAC PORTO

### **ANA CAROLINE MARTINS BORGES**

Acadêmica 11º Período de Medicina UNIRG Gurupi - TO

**RESUMO:** A percepção do surdo sobre o atendimento médico é de fundamental importância para promoção à saúde e inclusão social, todavia esse ainda é um entrave na relação paciente surdos e profissionais da saúde. O propósito desse trabalho foi o de conhecer a percepção dos surdos sobre os atendimentos recebidos nas Unidades Básicas de Saúde em Porto Nacional, verificando como ocorre o processo comunicativo entre eles e os profissionais. Trata-se de um estudo de cunho descritivo com abordagem qualitativa, baseada em um questionário para vinte e uma pessoas surdas residentes na cidade de Porto Nacional – TO em cuja análise dos dados relata a percepção do surdo no tocante ao atendimento

médico. A obtenção de dados de acordo com a idade, sexo, nível de escolaridade, meio de comunicação na consulta, revelou vários fatores de entrave na consulta médica na percepção do surdo. A análise dos dados ratificou o problema enfrentado pelo surdo na consulta, onde a maioria considera que o médico não está preparado para atender de maneira adequada, não comunicando de forma eficaz e eficiente. Pode-se concluir que a pesquisa foi de suma importância para evidenciar as dificuldades do surdo no atendimento médico, revelando vários fatores de insatisfação, podendo propiciar reflexões sobre esta necessidade de conhecimento linguístico da LIBRAS pelos profissionais da área da saúde.

**Palavras - Chave:** Atendimento Médico. Dificuldade. Surdez.

**ABSTRACT:** The perception of the deaf to medical care is of fundamental importance for health promotion and social inclusion. To show the great difficulty in the care of the deaf, which is the lack of knowledge of health professionals in relation to the Brazilian Sign Language (LIBRAS). This is a descriptive study with a qualitative approach, based on a questionnaire for 21 deaf people living in the city of Porto Nacional - TO national. In the analysis of the data, it reports the perception of the deaf in regard to medical care. Data collection according to age, sex, level of schooling, means of communication in the consultation, reveals several factors hindering the medical consultation in the perception of the deaf. In the analysis of the data ratifies the problem faced by the deaf in the consultation, where most think the doctor

is not prepared to attend adequately, not communicating effectively and efficiently. It can be concluded that the research was extremely important to highlight the difficulties of the deaf in medical care, revealing several factors of dissatisfaction.

**Keywords:** Medical Care. Difficulty. Deafness.

## 1 INTRODUÇÃO

A surdez é um distúrbio que pode acontecer em qualquer idade, todavia, a maior parte ocorre na infância, que, na maioria das vezes, é de caráter genético. Pode-se adquirir surdez com o tempo, por traumas e patologias, e também com perda auditiva de processo natural da velhice. A surdez pode ser classificada como leve, moderada, grave, profunda.

A pessoa Surda, ao procurar atendimento na Unidade de Saúde depara como empecilho o seu entendimento com os profissionais da saúde. Isso porque, se comunica por meio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), que geralmente é desconhecida pela equipe, fazendo com que a relação médico-paciente seja enfraquecida, ou seja, acarretando em problemas no momento do atendimento às pessoas surdas.

Uma das competências básicas necessárias aos profissionais de todas as áreas é a capacidade comunicativa com os seus clientes. Na saúde não pode ser diferente, visto que a comunicação eficaz contribuirá para a efetivação do sucesso nos processos de prevenção e cura. Partindo desse pressuposto, deve-se pensar na qualidade do atendimento dado às pessoas surdas nos vários órgãos e instituições voltadas ao atendimento de públicos diferenciados. Caso de Unidades Básicas de Saúde (UBS), maternidades, hospitais e laboratórios clínicos, quer sejam da esfera pública ou privada. Sem a utilização da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), pode haver dificuldade para a comunicação com as pessoas surdas, especialmente quando o médico precisa desenvolver ações de educação à saúde junto à população surda.

Porto Nacional, uma cidade com aproximadamente 60.000 (sessenta mil) habitantes (IBGE, 2010), possui uma população surda, a qual necessita contar com serviços de qualidade e partilhar da igualdade e equidade asseguradas pela constituição Brasileira a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1988). Por isso, a importância de evidenciar as questões de inclusão da comunidade surda no sistema de saúde existente no município. Entender que o município possui uma carência de profissionais capazes de estabelecer um processo comunicativo proficiente com o paciente surdo para que busque entender as suas reais necessidades.

A pesquisa surgiu do interesse dos pesquisadores enquanto futuros profissionais da Medicina em oferecer atendimentos satisfatórios aos surdos que receberem em sua rotina de trabalho, contribuindo para a inclusão social, além de suscitar uma reflexão sobre a temática. É necessário então, identificar a percepção do surdo sobre os atendimentos recebidos nas consultas médicas na área de atenção básica no município de Porto Nacional.

A presente pesquisa objetivou um estudo no universo da população surda na cidade de Porto Nacional – TO, com o propósito de identificar qual a percepção do surdo em relação aos atendimentos recebidos nas consultas médicas na cidade de Porto Nacional – TO.

## **2 METOLOGIA**

Trata-se de um estudo de cunho descritivo com abordagem qualitativa, no qual foi realizado um levantamento de dados por meio da aplicação de um questionário e uma entrevista aplicados a pessoas surdas residentes no município de Porto Nacional – TO, usuários dos serviços de Saúde Pública na esfera pública ou particular.

Foram selecionadas 21 (vinte e uma) pessoas da comunidade surda, previamente localizadas no município de Porto Nacional – TO. Os critérios de inclusão foram pessoas surdas residentes em Porto Nacional – TO, com idade igual ou maior a 18 anos, que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram pessoas surdas que não soubessem a Libras, que apresentassem problemas mentais e pessoas que não utilizassem o sistema de saúde em Porto Nacional – TO.

Foram utilizados dois instrumentos elaborados pelos pesquisadores para a coleta de informações sobre a percepção dos surdos em relação ao atendimento médico recebido por eles nas instituições que prestam serviços na área da saúde.

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética da FAPAC/ ITPAC Porto, com aprovação pelo Parecer 2.936.367, de 03 de outubro de 2018. As pessoas surdas foram contatadas a partir de informações levantadas na comunidade e no Campus da Universidade Federal do Tocantins, Curso Letras Libras, contando com a interpretação da professora orientadora desse projeto. O questionário e a entrevista foram elaborados em Língua Portuguesa, porém, gravados em vídeos, em Libras, primeira língua utilizada pelos surdos, a fim de garantir a acessibilidade. Ao ver o vídeo com as questões, os pesquisados deveriam assinalar as questões na folha impressa, bem como responder às questões da entrevista.

No estudo são consideradas as seguintes variáveis; idade, gênero, escolaridade e fluência em libras. A apreensão das informações se deu por meio da análise das respostas coletadas e da tabulação dos dados obtidos.

## **3 RESULTADO**

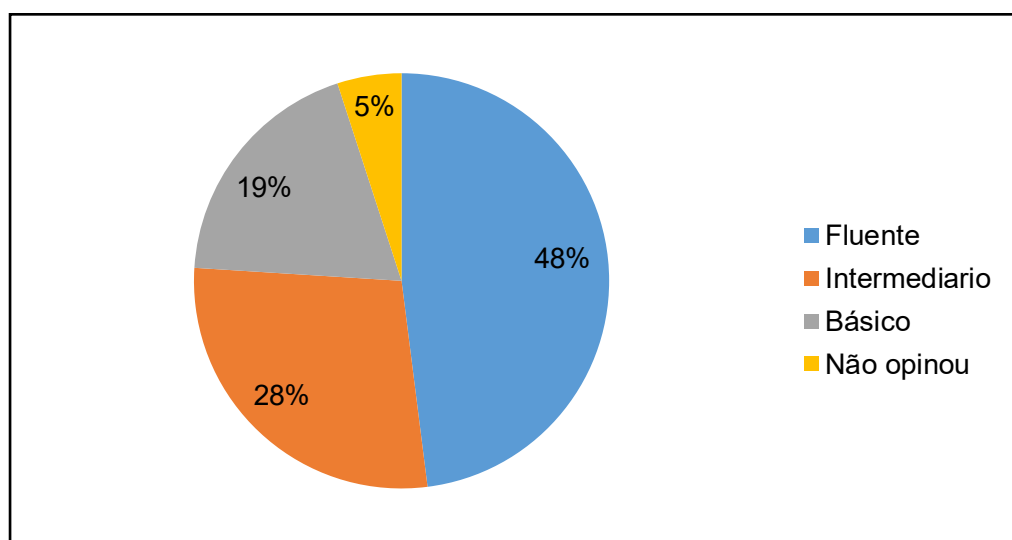
Após a conclusão da pesquisa, os dados coletados nos questionários apresentaram os seguintes resultados: participaram 21 (vinte e uma) pessoas surdas que responderam a 17 questões do questionário e a uma entrevista semiestruturada com 10 questões (em anexo).

Do total dos participantes, 12 (57%) eram homens e 9 (43%), mulheres, com idade entre 18 e 43 anos; 18 (85%) solteiras e 4 (15%) casadas. Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados: 2 (dois), 9% possuem ensino fundamental incompleto, 17 (81%), ensino médio completo e 2 (9%), curso superior completo.

Como se considerou a Libras como critério de inclusão, os 21 (100%) dos entrevistados sabiam se comunicar por libras, dos quais 10 (dez), 48%, se comunicam fluentemente; 6 (seis), 28%, com nível intermediário e 4 (quatro), 19%, com nível básico em Libras.

O gráfico a seguir ilustra este nível da Libras como instrumento de comunicação pelos participantes da pesquisa.

Gráfico 01: Fluência dos participantes na Libras



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Foi perguntada a frequência em que os entrevistados usam o sistema de saúde e quando utiliza se é privado ou público, 20 (vinte) ,95%, responderam utilizar o sistema de saúde com frequência, 1 (um) 5% não opinou. Com 15 (quinze) 71% usando o sistema público e 6 (seis) 29% o privado.

O nível de efetividade da comunicação entre médico e paciente é dos critérios mais importantes para os resultados na consulta. Partindo desta premissa, foi perguntado se os entrevistados levam acompanhantes: 9 (43%) sempre leva alguém para acompanhá-los; 3 (14%) vão sozinhos; 8 (38%) responderam que, às vezes, leva alguém nas consultas e 1 (um) 5% não opinou.

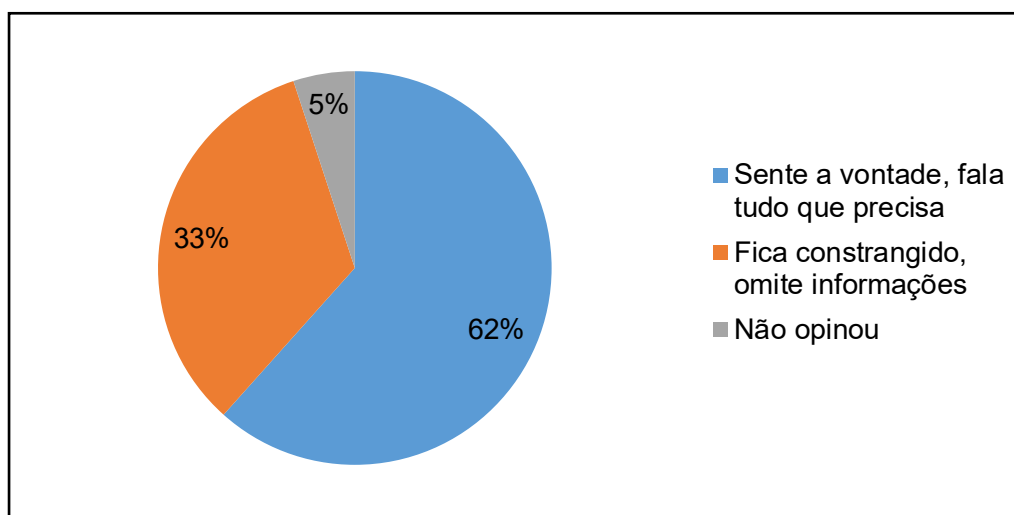
Na pesquisa foi perguntado se a consulta pode ser melhor com ou sem acompanhante. No gráfico abaixo observa-se que 13 (treze) 62% dos entrevistados se sentem à vontade com o acompanhante; 7 (33%) ficam constrangidos quando tem que levar alguém para acompanhá-los na consulta e 1 (um) 5% não opinou.

Quanto à comunicação utilizada pelos médicos para com eles durante as consultas, a maioria, 13 (54%) declararam se comunicar por meio de escrita; 9 (37%), por meio de escrita e sinais; apenas 1 (4,5%) declarou conseguir se comunicar por Libras e 1 (um) 4,5% não opinou. . Nesta questão os candidatos assinaram mais de uma questão.

Na entrevista, ficou perceptível, como os surdos se sentem ao comparecerem a uma consulta médica:

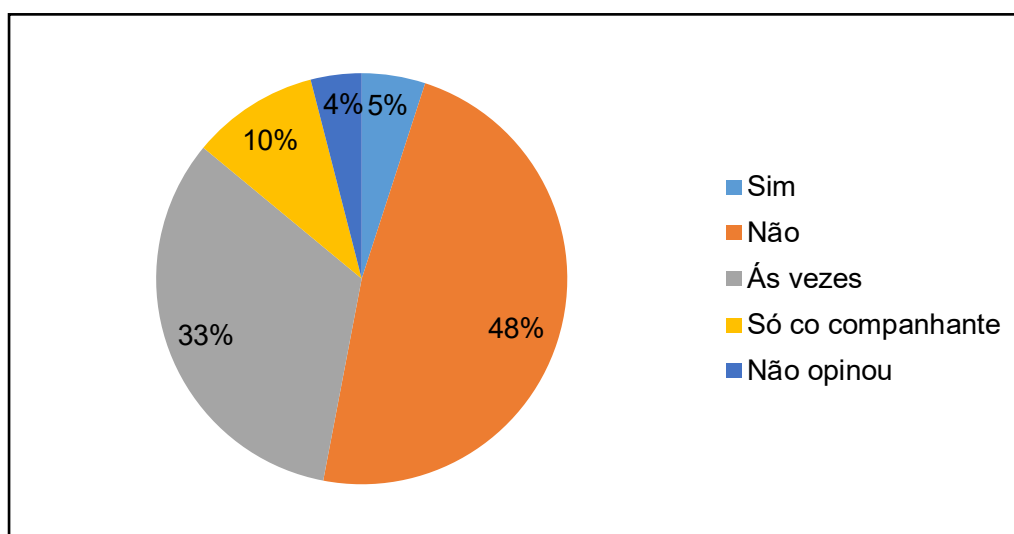
“Eu vou sempre acompanhada do intérprete de Libras que media a comunicação até o fim da consulta. (...) Quando estou acompanhada me sinto bem.” (Ana)<sup>1</sup>.

Gráfico 02: Consulta com acompanhante



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Gráfico 03: O nível de compreensão da consulta entre médico paciente



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

1 Por questões éticas, os nomes aqui utilizados são fictícios, não correspondem ao nome de nenhum dos participantes.

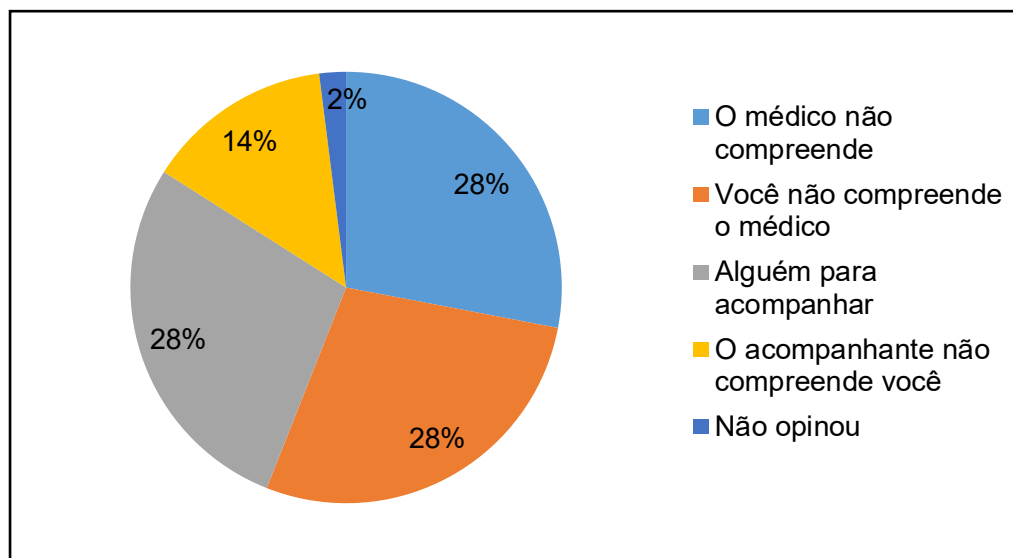
“Eu vou ao médico sozinho, mas tive barreiras de comunicação, mas eu me sinto bem tendo alguém para interagir e explicar meus sintomas ao médico” (Pedro).

“Já fui sozinha. Quando fui, eles não souberam conversar. ” (Luíza).

Outro ponto destacado foi a qualidade do atendimento médico e do profissional de saúde e a sua preparação para um atendimento adequado ao surdo. A maioria, 11, (52%) afirmaram que não são compreendidos; já 2 (dois) entrevistados (10%) não sentem dificuldades em se comunicar na consulta; 5 (cinco), 24% dos entrevistados sentem que, às vezes, encontram profissionais preparados e 3 (três) 14% somente consideram o atendimento eficiente ou adequado quando levam um acompanhante para consulta.

Foram abordadas as dificuldades que cada um encontra na necessidade de um atendimento em ambiente de saúde. Nesta questão, os entrevistados poderiam marcar mais de uma opção. A pesquisa mostrou que para 14 (28%) o médico não compreende a sua real necessidade; 14 (28%), eles não compreendem o médico; 14 (28%) possuem dificuldades em encontrar alguém de confiança para acompanhá-los na consulta; 7 (14%) relatam que há dificuldade do acompanhante em compreender a sua necessidade e 1 (um) 2% não optou

Gráfico 04: Relata as dificuldades encontradas no atendimento em ambiente de saúde



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Entre as dificuldades, foram citadas pelos pesquisados:

“Eu já fui sozinho [à consulta]. Tive barreira de comunicação. Eu tentei escrever, usei mímicas, o médico escreveu, mas não consegui entender a grafia na frase. Ele tentava me explicar, mas não deu certo, faltou detalhes” (Roberta).

“Os profissionais não sabem conversar comigo. Sempre tenho barreiras de comunicação” (André).

“Não entendo bem o português. O que o médico escreve na receita são palavras complexas do meio da saúde e que não compreendo” (Dafiny).

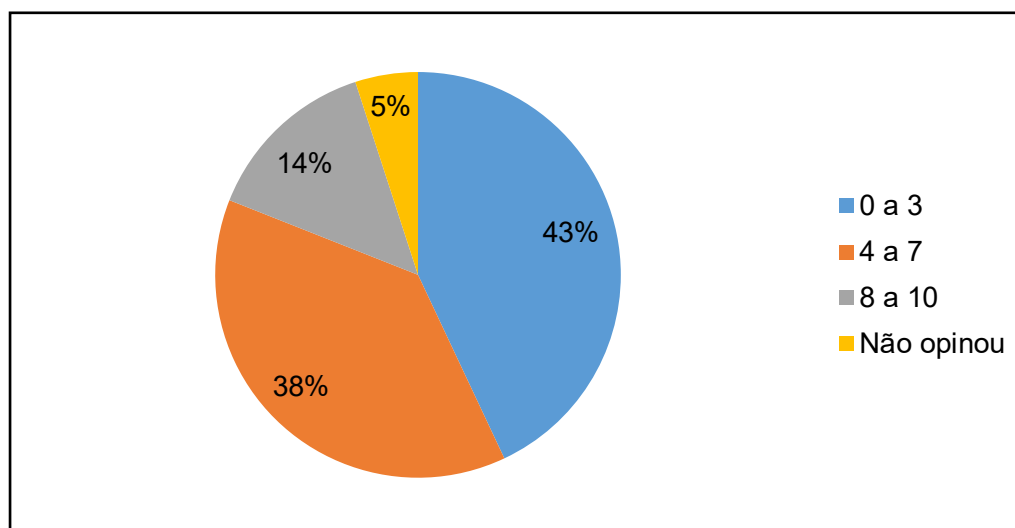
Verificou-se por meio do questionário que, 5 (cinco) 22% sentem algum interesse dos médicos em se comunicar por Libras; 10 (dez) 45% relatam que não percebe nenhum interesse por parte dos médicos e 6 (seis) 27% afirmam que em algum momento existe esse interesse.

Ao questionar os entrevistados, se na unidade de saúde apresentava algum intérprete para auxiliá-lo na comunicação: 4 (quatro) 19% relataram que sempre encontra alguém na unidade para ajudá-lo na comunicação, embora não sejam intérpretes e 16 (dezesesseis) 76% responderam não encontrar ninguém para ajudá-los.

Com 18 (dezoito) 86% dos entrevistados afirmaram que não encontraram nenhum profissional da saúde que soubesse Libras; 1 (um) entrevistado afirmou que já encontrou um profissional que sabia libras e 1 (um) 5% relatou que às vezes no atendimento encontra um profissional que se comunica por Libras.

O gráfico abaixo o nível de satisfação do atendimento médico.

Gráfico 05: Nível de satisfação do atendimento medico



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Em relação à confiança no atendimento médico e na medicação ou tratamento recomendado pelo médico, ao término da consulta, alguns entrevistados responderam:

“Quando pego a receita, eu não entendo nada do que está escrito. Entrego ao farmacêutico, eles me dão os remédios, mas não sei como tomar, por isso eu não confio” (Pedro).

“Quando o médico me passa a receita eu fico com muitas dúvidas” (Aline).

“Eu não consigo entender o que está escrito na receita. Não sei se realmente vai me ajudar” (Helena).

## 4 DISCUSSÃO

Nota-se que as barreiras encontradas pelas pessoas surdas na comunicação com os profissionais no momento do atendimento médico são várias, como a falta de conhecimento da Libras, resultando em um atendimento não satisfatório em um momento significativo para a sua qualidade de vida. É importante observar que o nível de satisfação sobre a consulta médica reflete na relação médico-paciente, sendo esta bastante enfraquecida.

A LIBRAS deve se constituir como primeira língua para os surdos, assim como a Língua Portuguesa é para os ouvintes (BRASIL, 2002). Desse modo, as pessoas ouvintes devem aprendê-la para manter uma comunicação eficaz com os surdos e garantir o seu direito a ter uma língua própria.

Na área da saúde, bem como em todas as áreas da sociedade, há uma grande dificuldade na comunicação do surdo com os profissionais, dificultando o relacionamento e criando barreiras no atendimento. Há necessidade de um atendimento específico, sendo fundamental a presença de um intérprete, para melhor solucionar a falta de preparo dos profissionais de saúde (PIRES, ALMEIDA, 2016).

É necessário entender como é o atendimento às pessoas surdas, verificando as dificuldades dos profissionais da saúde e a falta de preparo e o desconhecimento da língua de sinais, sendo essa a forma de comunicação desses pacientes, sendo assim prejudicado o atendimento a esses pacientes (NOBREGA, MUNGUBA, PONTES, 2017).

Algumas dificuldades enfrentadas pelos surdos ao procurarem os serviços de saúde que remetem a fatores como a falta de intermediação durante a consulta, ausência da Libras nos serviços de saúde e uso de forma inadequada das estratégias de comunicação (NASCIMENTO, FORTES, KESSLER, 2010). Dentre outros, esses são problemas que evidenciam o alto nível de insatisfação da pessoa surda no momento do atendimento médico.

A grande dificuldade dos surdos nos atendimentos de saúde é a falta de comunicação adequada com os profissionais de saúde para melhor interpretação das suas necessidades, sendo essa a maior contribuição para uma exclusão do surdo na saúde e na sociedade (OLIVEIRA et al. 2015). Luz (2013), ao abordar sobre a problemática da falta de comunicação entre surdos e ouvintes favorece uma reflexão ao afirmar que as pessoas surdas se encontram em uma situação de desprestígio na sociedade brasileira. Segundo este pesquisador, os surdos são comumente “marginalizados, estigmatizados, dominados, categorizados e postos em precárias condições relacionais, linguísticas e políticas e, por isso, impossibilitados de aparição” (LUZ, 2013, p. 127).

Os resultados da presente pesquisa ratificam a afirmação deste pesquisador, uma vez que se observa a grande barreira comunicacional entre os surdos e os profissionais da área da saúde. Neste sentido, uma atitude viável e necessária seria uma preparação dos profissionais da saúde para que tenham o mínimo de qualificação para um melhor atendimento ao surdo, sendo preparados desde a graduação para melhor se relacionar com este público cuja língua é a LIBRAS (OLIVEIRA et al. 2015).

Luz (2013) aponta algumas condições necessárias para que os surdos sejam incluídos retirados da invisibilidade a que são relegados socialmente, sendo elas:

1. identificação exata de sua condição orgânica e que esta identificação não produza a negação da demanda posta por seu rosto;
2. a garantia de experiências linguísticas plenas e cotidianas entre Outros;
3. saberes que veiculem a tradição e amparem seus gestos criativos no mundo;
4. e acolhida ética que os sustente no tempo e no espaço como um alguém em tendência de vir-a-ser (LUZ, 2013, p. 172)

Desse modo, percebe-se uma necessidade urgente em capacitar as pessoas para agirem na diferença, atendendo as pessoas nas suas mais diversas necessidades, quer sejam elas culturais, físicas ou linguísticas.

O Decreto 5.626 de 22 de dezembro de 2005, que regulamenta a Lei N. 10.436, de 24 de abril de 2002, a qual dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais, determina em seu Capítulo VII, Artigos IX e X, que o atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva nos estabelecimentos pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nas empresas detentoras de concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde deve ser realizado por profissionais capacitados para o uso da Libras ou para a sua tradução e interpretação. Também assegura o apoio à capacitação e formação dos profissionais destes locais para a aprendizagem da Língua de Sinais na esfera da tradução e interpretação.

Todavia, o que se constata, após dezesseis anos da promulgação da Lei que tornou a Libras como primeira língua oficial para as pessoas surdas e treze anos do Decreto que a regulamenta, o atendimento dos profissionais da saúde ao surdo ainda é realizado na sua segunda língua (português). Por isso, a grande dificuldade no processo comunicativo, uma vez que os surdos não dominam os conhecimentos linguísticos da Língua Portuguesa e de sua estrutura. Fato afirmado pelas falas aqui representadas de alguns dos surdos pesquisados.

Diante desse contexto, torna-se de suma importância analisar os dados obtidos de forma minuciosa, para que possa ter um maior entendimento sobre os fatores que problematizam a percepção e particularidades do surdo em relação ao atendimento médico e equipe de saúde em geral, para que se tenha uma maior resolução nos entraves percebidos por eles. Faz-se compreender a dificuldade dos surdos para expressar e receber mensagens mais complexas, o que levanta a importância de LIBRAS na graduação do médico. (GADELHA, SANTOS, MACHADO, 2017).

Ao mencionarem que não se sentem compreendidos, ou que os médicos não compreendem as suas reais necessidades (28%) e que eles também não compreendem os médicos, evidencia, conseqüentemente, a desconfiança no processo da consulta e da medicação indicada, conforme relatos dos entrevistados. Trecossi e Ortigara (2013) afirmam que as barreiras de comunicação encontradas pelos profissionais da saúde são prejudiciais ao diagnóstico e tratamento das doenças dos pacientes surdos. E que quando a comunicação entre ambos é realizada corretamente, promove-se uma assistência mais humanizada, tornando assim, uma sociedade mais inclusiva.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade é marcada pelas diversidades, sendo necessária a efetivação de ações e atitudes de valorização e aceitação das diferenças em um processo de tratamento igualitário e de equidade para todos, independentemente das limitações ou aspectos que apresentem.

Nesse sentido, as instituições públicas ou privadas, que ofereçam serviços básicos devem promover ações contínuas que garantam a acessibilidade e atendimento de qualidade para as pessoas especiais. Geralmente a preocupação maior está em prover rampas de acesso aos cadeirantes e demais deficientes físicos, não se preocupando com o atendimento às pessoas surdas.

Conforme os resultados da pesquisa, as instituições de atendimento à saúde de Porto Nacional não estão preparadas para atender essas pessoas, não garantindo o que é assegurado em Lei, no Decreto 5.626 de 22 de dezembro de 2005, que é a presença de um tradutor ou intérprete para o atendimento aos surdos, na ausência de profissionais não capacitados na Língua Brasileira de Sinais.

Compreendendo as problemáticas enfrentadas no atendimento médico na atenção básica pelos pacientes surdos, faz-se necessário um engajamento colaborativo dos profissionais da saúde no tocante relação médico-paciente, bem como o incentivo das equipes gestoras para que os profissionais dessas instituições se sintam motivados a aprenderem a Libras, afim de minimizar ao máximo as dificuldades relatadas pelo paciente surdo e promover a inclusão social.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei N. 10.436, de 24 de abril de 2002**. Disponível em <<https://www.planalto.org.br>>. Acesso em 01 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto N. 5.626, de 22 de dezembro de 2005**, que regulamenta a Lei N. 10. 436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. Disponível em: <[www2.camara.leg.br](http://www2.camara.leg.br)>. Acesso em 28 out. 2018.

CHAVEIRO, Neuma et al. Atendimento à pessoa surda que utiliza a língua de sinais, na perspectiva do profissional da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 4, 2010.

GADELHA, Bianca Ribeiro; SANTOS, Misael Lima; MACHADO, Vanessa Lima Vidal. Sensibilizar para incluir: construindo uma sociedade sob o olhar do surdo. **Encontros Universitários da UFC**, v. 1, n. 1, p. 4118. 2016.

LUZ, Renato Dente. **Cenas Surdas: os surdos terão lugar no coração do mundo?** São Paulo: Parábola, 2013.

NOBREGA, Juliana Donato; MUNGUBA, Marilene Calderano; PONTES, Ricardo José Soares. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, 2017.

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de et al. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoas surdas: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 9, n. 2, p. 957-964, 2015.

PIRES, Hindhiara Freire; ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre. A percepção do surdo sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 1, 2016.

TRECOSSI, Micheli Oliveira; ORTIGARA, Elisangela Panosso de Freitas. Importância e eficácia das consultas de enfermagem ao paciente surdo. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 9, p. 60-69, 2013.

# A ATENÇÃO À CRISE PSIQUIÁTRICA NO CENÁRIO BRASILEIRO: UMA REVISÃO NARRATIVA



**DAIANE MÁRCIA DE LIMA**

Universidade Federal de Uberlândia

**DÉBORA CRISTINA JOAQUINA ROSA**

Universidade Federal de Uberlândia

**SILVIA NOGUEIRA CORDEIRO**

Universidade Estadual de Londrina

**RODRIGO SANCHES PERES**

Universidade Federal de Uberlândia

**RESUMO:** O paradigma do cuidado psicossocial, pilar da Reforma Psiquiátrica Brasileira, defende que a crise psiquiátrica se afigura como um fenômeno multifacetado, o qual deve ser valorizado como momento de produção de mudanças, ainda que implique em radicalização circunstancial do sofrimento psíquico do paciente. Logo, não se trata de um mero episódio de agudização sintomatológica no curso de um transtorno mental. O presente estudo teve como objetivo, por meio de uma revisão narrativa, sumarizar a produção científica nacional consagrada à crise psiquiátrica. Mais especificamente, optou-se por contemplar aqui as publicações veiculadas no formato de artigos decorrentes de pesquisas empíricas ou relatos de experiência. De forma geral, evidenciou-se que as estratégias passíveis de utilização na atenção à crise psiquiátrica no país têm sido diversificadas, mas a internação permanece se sobressaindo como a mais esperada ou praticada. Em parte, isso parece acontecer devido à insuficiência dos recursos disponíveis nos serviços de saúde mental de base territorial. Contudo,

tal conjuntura contraria as diretrizes decorrentes do paradigma do cuidado psicossocial, já que implica no distanciamento do paciente em relação à sua família e à sua comunidade. Ademais, o presente estudo sugere que tende a ser visado, sobretudo, o silenciamento e a reversão da crise psiquiátrica, que é indiscriminadamente equiparada a um estado de perturbação. Por fim, são apresentadas indicações para pesquisas futuras. Tendo em vista o que precede, parece razoável propor que o presente estudo fornece elementos potencialmente proveitosos para o trabalho tanto de pesquisadores quanto de profissionais de saúde que, de uma forma ou de outra, se ocupam da crise psiquiátrica.

**PALAVRA-CHAVE:** Saúde mental; Crise psiquiátrica; Revisão narrativa.

**ABSTRACT:** The psychosocial care paradigm, a pillar of the Brazilian Psychiatric Reform, argues that a psychiatric crisis is a multifaceted phenomenon, which should be valued as a moment of changes, despite the circumstantial radicalization of the patient's psychological suffering. Therefore, it is not just an episode of acute symptoms in the course of a mental disorder. The present study aimed, through a narrative review, to summarize the Brazilian scientific production devoted to the psychiatric crisis. More specifically, were contemplated here papers in the form of empirical research or experience reports. In general, it was evidenced that the strategies used for the psychiatric crisis management in Brazil are diversified, but hospitalization remains outstanding as the most expected or practiced. In part, this appears to be due to insufficient resources avail-

able in territorial-based mental health services. However, this contradicts psychosocial care paradigm guidelines, because distances the patient from his family and his community. In addition, the present study suggests that psychiatric crisis tends to be indiscriminately classified as a disturbed state, and, thus, it tends to be silenced. Finally, indications for future research are presented. Therefore, it seems reasonable to propose that the present study provides elements for the work of researchers and health professionals who deals with psychiatric crisis.

**KEYWORDS:** Mental health; Psychiatric crisis; Narrative review.

## INTRODUÇÃO

A palavra “crise” se reveste de certa ambivalência, até porque deriva do termo grego *krisis*, utilizado para designar um momento decisivo, capaz de gerar transformações positivas ou negativas (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). No campo da saúde mental, contudo, a expressão “crise psiquiátrica” geralmente é utilizada apenas com uma conotação negativa, para aludir a um episódio de agudização sintomatológica no curso de um transtorno mental, como observou Fialho (2015). Tal fato resulta da hegemonia do paradigma psiquiátrico tradicional, o qual, ainda acompanhando o referido autor, enfatiza a abordagem dos transtornos mentais como condições abstratas, em detrimento da singularidade dos pacientes.

A Psiquiatria Preventiva – vertente contemporânea da Psiquiatria – defende que o paciente em crise psiquiátrica experimenta desorganização e descontinuidade, mas, ao mesmo tempo, vivencia uma oportunidade de crescimento determinada pelo rompimento de um padrão de funcionamento prévio (CAPLAN, 1980). Contudo, tais proposições levaram à criação de serviços de saúde cuja finalidade central era o controle momentâneo da crise psiquiátrica (FIALHO, 2015). Já o paradigma do cuidado psicossocial, pilar da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), defende que a crise psiquiátrica se afigura como um fenômeno multifacetado, e, assim, demanda práticas de outra natureza, voltadas à continência – e não à contenção – do paciente, conforme Jardim e Dimenstein (2007).

Faz-se necessário levar em conta que a crise psiquiátrica, como alertam Ferigato, Campos e Ballarin (2007), determina uma “urgência de ação” e, por essa razão, eventualmente enseja intervenções de natureza tutelar ou coercitiva, as quais cristalizariam o paciente em uma impossibilidade de emancipação. Equiparar uma crise psiquiátrica a uma urgência, portanto, pode desencadear práticas análogas àquelas que, tradicionalmente, têm sido oferecidas pela Psiquiatria para o manejo deste fenômeno e lançam mão da medicação e da internação como recursos prioritários. O paradigma do cuidado psicossocial, em contrapartida, valoriza a crise psiquiátrica como momento de produção de mudanças, ainda que implique em radicalização circunstancial do sofrimento psíquico do paciente (COSTA, 2007).

Disso se depreende que os serviços de saúde mental de base territorial, ao menos em tese, deveriam constituir o “lugar” preferencial do manejo da crise psiquiátrica. Mais especificamente, Lobosque (2007) defende que, no país, compete aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) funcionar como espaço aberto para as crises psiquiátricas, já que uma de suas finalidades é acolher

o sofrimento psíquico, inclusive em seus estágios mais críticos. Tal entendimento, a propósito, foi oficializado no contexto da saúde pública brasileira por meio da Portaria nº 854 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), a qual explicita que um dos procedimentos a serem desenvolvidos nos CAPSs é, justamente, a atenção à crise psiquiátrica. Porém, na prática, muitas vezes não é isso o que ocorre.

É possível propor que o mapeamento dos conhecimentos atualmente disponíveis sobre a crise psiquiátrica e sua abordagem no cenário brasileiro pode auxiliar a reverter tal tendência. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo, por meio de uma revisão narrativa, sumarizar a produção científica nacional consagrada à crise psiquiátrica. Mais especificamente, optou-se por contemplar aqui as publicações veiculadas no formato de artigos decorrentes de pesquisas empíricas ou relatos de experiência. Vale ressaltar que as revisões narrativas constituem uma ferramenta valiosa para a educação continuada em diferentes áreas, pois, em curto espaço de tempo, proporcionam ao leitor a aquisição de informações atualizadas sobre um tópico em específico (ROTHER, 2007).

## DESENVOLVIMENTO

Tendo em vista o objetivo estabelecido para o presente estudo, foi realizado, no início de 2018, um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online – Brasil* (SciELO–Brasil) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPsic). As buscas foram conduzidas a partir da utilização da expressão “crise psiquiátrica”, sem qualquer cruzamento ou restrição quanto ao campo de busca, de modo a viabilizar a obtenção de resultados mais abrangentes. Foram localizados 44 artigos, mas verificou-se que somente 15 deles contemplavam diretamente o tema em questão a partir de pesquisas empíricas ou relatos de experiência. A seguir será apresentada uma síntese de cada um desses 15 artigos, em ordem cronológica decrescente.

Os registros de atendimentos referentes a situações enquadradas como “urgências” ou “emergências psiquiátricas” realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município de Teresina em 2014 foram analisados quantitativamente por Veloso, Monteiro, Veloso, Moreira e Monteiro (2018). Verificou-se que, de um total de 38.317 atendimentos, 1.088 ocorreram em virtude de “questões psiquiátricas”, sendo que 65,7% das chamadas foram motivadas por agitação e/ou agressividade, 8,5% por surtos psicóticos e 7,6% por tentativa e/ou ideação suicida. Os autores destacaram a importância do SAMU, por proporcionar atendimento rápido e resolutivo às “urgências” e “emergências psiquiátricas”. Por outro lado, problematizaram os encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, verificados em 91,6% dos casos, salientando que tal desfecho para os atendimentos contraria o paradigma do cuidado psicossocial e evidencia a necessidade de uma maior articulação entre o SAMU e os serviços de saúde mental de base territorial.

Araújo, Godoy e Botti (2017) desenvolveram um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, visando a identificar as “situações emocionais” presentes no acolhimento de pacientes psicóticos em um CAPS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para tanto, analisaram os prontuários de 375 pacientes. Os resultados obtidos apontaram que episódios de crise psiquiátrica

foram mais frequentes em homens jovens e solteiros, com diagnóstico de esquizofrenia, e que as “situações emocionais” presentes estavam relacionadas sobretudo a mudanças de comportamento que, conforme os autores, configurariam uma emergência psiquiátrica, tais como agitação e agressividade. Dessa forma, o empreendimento de intervenções precoces, com enfoque preventivo, foi apontado como um caminho para o aprimoramento da atenção às psicoses nos CAPSs.

Martins (2017), por sua vez, problematizou a noção de crise psiquiátrica que sustenta a atuação em saúde mental, sendo que, para tanto, realizou observações da rotina em um CAPS – também de uma cidade do interior de Minas Gerais – e entrevistou profissionais que lá trabalhavam. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente por meio da análise de conteúdo. Em linhas gerais, observou-se uma supervalorização do saber médico e, como consequência, da medicação e de protocolos na atenção à crise psiquiátrica. Além disso, a maioria dos participantes vinculou a crise à agudez da sintomatologia psiquiátrica e a comportamentos desviantes da “normalidade”. Em contrapartida, alguns participantes deram a entender que compreendem a crise como um acontecimento subjetivo e multifacetado, para além de sua vertente comportamental-sintomática.

Igualmente recorrendo à análise de conteúdo para o tratamento qualitativo de dados oriundos de entrevistas e observações, Brito, Bonfada e Guimarães (2015) discutiram o atendimento prestado às crises psiquiátricas pelos profissionais do SAMU da cidade de Natal. As autoras constataram que os participantes – médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem – compreendem que o acionamento da Polícia Militar (PM) se revela necessário quando o paciente em crise psiquiátrica demonstra agressividade. Ademais, a contenção mecânica e o transporte para o hospital psiquiátrico da região foram mencionados como as principais ações do SAMU, sinalizando desarticulação em relação aos serviços de saúde mental de base territorial. Relatos que sugerem desresponsabilização no tocante à atenção à crise psiquiátrica, portanto, se mostraram recorrentes, sendo que a suposta falta de capacitação foi apontada como justificativa. Diante desse contexto, o estudo reforça que as intervenções desenvolvidas junto ao paciente em crise psiquiátrica por profissionais de qualquer ponto de atenção de urgência e emergência – inclusive de unidades móveis – devem seguir os princípios da RPB.

Já Santos, Rodriguez e Fay (2014) relataram a experiência derivada da utilização da psicoterapia grupal junto a pacientes psicóticos internados em um hospital psiquiátrico de Porto Alegre. A intervenção em questão foi desenvolvida ao longo de quatro encontros semanais de uma hora, voltados especificamente a mulheres. Para as autoras, a psicoterapia grupal se mostrou uma ferramenta importante para a redução dos sintomas relacionados à crise psiquiátrica, estimulando a criação de laços sociais entre as pacientes e possibilitando a expressão e a resignificação de sentimentos. Contudo, foi enfatizada a necessidade de preparo técnico e pessoal dos profissionais de saúde que se põem a colocar em prática tal ferramenta.

Willrich, Kantorski, Antonacci, Cortes e Chiavagatti (2014) desenvolveram uma pesquisa qualitativa que visou a conhecer os sentidos acerca das formas de se lidar com pacientes em crise psiquiátrica. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas junto a profissionais de um CAPS do município de Alegrete. Os participantes, de modo geral, afirmaram que a contenção – física ou química – se afigura como um recurso comum na atenção à crise psiquiátrica, mas elencaram

dificuldades quanto à sua utilização. Conseqüentemente, se justificaria o acionamento da PM. A despeito disso, os profissionais de Enfermagem foram apontados como os principais responsáveis pelo atendimento aos pacientes em crise psiquiátrica, como se uma abordagem multiprofissional não fosse necessária.

Silva e Dimenstein (2014) se diferenciaram por terem realizado uma pesquisa-intervenção, cujo intuito foi problematizar as estratégias utilizadas na atenção à crise psiquiátrica em um CAPS de uma capital do Nordeste. A coleta de dados foi executada por meio de entrevistas semiestruturadas e rodas de conversa, das quais participaram os profissionais do serviço em questão. Os resultados obtidos indicaram que, para os participantes, a falta de leitos em hospitais gerais e a indisponibilidade do regime de hospitalidade em serviços de saúde mental de base territorial dificultam o manejo da crise psiquiátrica, em particular nos casos mais graves. Intervenção medicamentosa, contenção física e assistência domiciliar foram outras estratégias citadas pelos participantes como passíveis de adoção em situações de crise psiquiátrica. As autoras concluíram que a identificação de risco de periculosidade se destacou como o fator mais decisivo para a construção de uma resposta à crise psiquiátrica entre o conjunto de profissionais de saúde em questão.

O estudo de Bonfada, Guimarães, Miranda e Brito (2013), por outro lado, distinguiu-se por seu objetivo: mapear, qualitativamente, os conhecimentos de profissionais de saúde do SAMU de Natal sobre a RPB. A coleta de dados envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas. Verificou-se, a partir da execução de uma análise temática, que a maioria dos participantes acreditava que a internação de um paciente em crise psiquiátrica se justificaria quando o mesmo gera “incômodo” à sua família ou à sua comunidade. Logo, o modelo hospitalocêntrico ainda parece ser utilizado pelos mesmos como norte para a assistência às “urgências psiquiátricas”. Além disso, um suposto “abandono” do paciente após a internação foi recorrentemente mencionado como um dos desdobramentos da RPB, o que revela a predominância de conhecimentos deturpados sobre seus princípios.

Machado e Santos (2013) investigaram qualitativamente as experiências vividas em serviços de saúde mental base territorial de uma cidade do interior de São Paulo por pacientes com transtornos mentais que haviam sido internados mais de uma vez em hospitais psiquiátricos. Os participantes foram entrevistados mediante o emprego de um roteiro semiestruturado e, em linhas gerais, relataram que o atendimento médico era direcionado apenas para o controle da medicação e que, frequentemente, os demais profissionais de saúde não lhes proporcionaram um espaço de escuta. Alguns participantes, inclusive, sinalizaram que foram encaminhados para internação porque os serviços nos quais vinham sendo atendidos não dispunham dos recursos necessários para o manejo da crise psiquiátrica. Os autores, assim, realçam que, na prática, a reinternação pode derivar da insuficiência dos serviços de saúde mental de base territorial.

Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes e Antonacci (2013) exploraram qualitativamente, junto aos mesmos participantes da pesquisa das autoras citada previamente, os sentidos da atenção à crise psiquiátrica no território. Os resultados obtidos dão conta de que muitos participantes – profissionais de um CAPS do município de Alegrete – demonstram responsabilização quanto ao acolhimento de pacientes em crise, inclusive no contexto domiciliar. O encaminhamento para um serviço hospitalar, porém, se revelou uma estratégia frequente. Nesses casos, de qualquer forma, alguns participantes

afirmaram que acompanham a evolução até o momento da alta. Ademais, a realização de constantes ajustes no Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi apontada como uma medida importante para prevenir novas crises e evitar prescrições verticais.

A pesquisa quantitativa de caráter descritivo de Cardoso e Galera (2011) teve como participantes egressos de internação psiquiátrica no município de Ribeirão Preto, sendo que o objetivo básico foi identificar as características sociodemográficas e clínicas dos mesmos. Um questionário foi utilizado na coleta de dados. Verificou-se que os participantes, em sua maioria, eram mulheres de baixa escolaridade, baixa renda e que não exerciam nenhum trabalho. Os diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes foram os mais frequentes. Adicionalmente, observou-se que, de acordo com registros em prontuários, as principais justificativas para a internação foram: hostilidade (agressividade, irritabilidade, agitação), ideação ou tentativa de suicídio e sintomas psicóticos. As autoras sublinharam que a internação, quando realizada de forma criteriosa, pode ser a terapêutica mais adequada à crise psiquiátrica, mas salientaram que os serviços de saúde mental de base territorial são extremamente relevantes na prevenção de uma possível reinternação.

Os sentidos acerca da atenção à crise psiquiátrica, em particular no tocante a sujeitos que demonstram comportamento agressivo, foram investigados qualitativamente por Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes e Pinheiro (2011). Novamente os participantes foram os profissionais de um CAPS do município de Alegrete entrevistados para os fins dos dois estudos posteriores já citados que foram desenvolvidos por tais autoras. Basicamente, percebeu-se que os sentidos de periculosidade e medo associados socialmente à “loucura” tendem a ser atualizados para os momentos de crise, o que, muitas vezes, conduz a práticas de exclusão e segregação. Mas os participantes parecem tanto demonstrar disponibilidade para o cuidado quanto experimentar receio quando se deparam com usuários que se revelam agressivos, sendo tal sentimento mais comum em face daqueles desconhecidos no serviço em questão.

Ferrari (2010), por sua vez, analisou a criação de um centro de acolhimento da crise psiquiátrica em um hospital de Belo Horizonte. O referido serviço substituiu um anterior, que funcionava como centro de triagem pautado na lógica do encaminhamento. A autora, com base na análise qualitativa de prontuários e em entrevistas realizadas com profissionais de saúde, concluiu que o novo serviço vinha sendo buscado essencialmente em situações nas quais o paciente representava risco para si e para outros, em especial na percepção de sua própria família. Alguns participantes, inclusive, referiram que certas famílias procuravam “livrar-se” do paciente pelo maior tempo possível, mas outras pareciam ansiar pelo alívio do sofrimento que o mesmo apresentava em função da crise psiquiátrica. Quanto aos possíveis indicadores de crise psiquiátrica considerados no serviço em questão, os participantes elencaram, principalmente, alterações do comportamento, como agitação, agressividade e isolamento, as quais não dependeriam da escuta do paciente. Paradoxalmente, a escuta foi apontada como condição para o acolhimento da crise psiquiátrica.

No centro de acolhimento da crise psiquiátrica de Belo Horizonte concernente ao estudo supracitado também foi realizada a pesquisa de Volpe, Silva, Carmo e Santos (2010). O intuito foi descrever a evolução temporal dos atendimentos e identificar eventuais mudanças, inclusive em relação ao perfil dos pacientes. Dados do serviço de informação da instituição foram resgatados

e analisados quantitativamente. Observou-se que, de 2002 a 2007, o número de atendimentos se manteve sem grandes alterações, apesar da ampliação da rede de saúde mental, e que houve aumento do número de pacientes que retornaram ao serviço no mesmo ano, o que pode indicar falhas no encaminhamento para outros serviços. Igualmente foi constatada redução de diagnósticos associados a abuso de álcool e outras drogas, sendo que os transtornos psicóticos foram prevalentes.

Fiorati e Saeki (2008) realizaram um estudo de caso qualitativo em uma unidade de internação psiquiátrica a fim de demarcar contribuições do acompanhamento terapêutico como prática clínica em situações de crise psiquiátrica na cidade de Ribeirão Preto. As autoras recorreram à observação participante para a coleta de dados. Constatou-se que o acompanhamento terapêutico fomentou um cuidado mais humanizado e singularizado, bem como favoreceu a reinserção social dos pacientes e intensificou a adesão dos mesmos aos tratamentos, prevenindo, conseqüentemente, o processo de cronificação. Além disso, se mostrou relevante no sentido de facilitar a comunicação com os demais serviços da rede de saúde mental do município e da região e de acolher o sofrimento dos familiares, pois, muitas vezes, demandou a exploração do ambiente domiciliar.

Em suma, os artigos contemplados evidenciam que as estratégias passíveis de utilização na atenção à crise psiquiátrica no país têm sido diversificadas, mas a internação permanece se sobressaindo como a mais esperada ou praticada. Em parte, isso parece acontecer devido à insuficiência dos recursos disponíveis nos serviços de saúde mental de base territorial, em especial nos CAPSs. Contudo, tal conjuntura contraria as diretrizes decorrentes do paradigma do cuidado psicossocial, já que implica no distanciamento do paciente em relação à sua família e à sua comunidade. Ademais, o presente estudo sugere que tende a ser visado, sobretudo, o silenciamento e a reversão da crise psiquiátrica, que é indiscriminadamente equiparada a um mero estado de perturbação. Esse conjunto de resultados esclarece importantes pontos a respeito do assunto, mas seguramente não o esgota.

Cabe mencionar também que os artigos ora revisados derivam de pesquisas desenvolvidas em um conjunto relativamente reduzido de cidades brasileiras por um pequeno grupo de pesquisadores. Seria interessante, assim, explorar a temática da crise psiquiátrica em outras localidades, a partir de novos olhares, pois, ao menos em tese, a diversificação no tocante a estes aspectos poderia favorecer o avanço dos conhecimentos atualmente disponíveis. Tal avanço, inclusive, se faz necessário, considerando-se que o alinhamento da atenção à crise psiquiátrica em relação aos princípios da RPB – devido à história recente deste processo – ainda parece demandar a superação de variados obstáculos e, a rigor, envolve o recurso a práticas em plena construção. Logo, uma série de questões em torno do assunto permanece em aberto.

Em pesquisas futuras, igualmente seria recomendável o emprego de outros procedimentos para a coleta e a análise de dados, já que foi verificada certa repetição neste sentido entre os artigos. Ademais, sugere-se que as dimensões socioculturais da atenção à crise psiquiátrica sejam exploradas mais pormenorizadamente, a fim de subsidiar a identificação de fatores que – para além daqueles de ordem conceitual ou técnica – podem ensejar a redução de tal fenômeno à sua face negativa. E, quando ocorre esse tipo de redução, tendem a emergir práticas que desvalorizam o protagonismo e a autonomia daquele que tem sua existência atravessada por uma crise psiquiátrica. A retomada sistemática de práticas dessa natureza no país, a propósito, constitui uma ameaça real, já que o modelo

hospitalocêntrico ainda se encontrava enraizado em nosso meio e, como alertam Amarante e Nunes (2018), pode vir a ser equivocadamente retomado como desdobramento da reorientação conservadora vigente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que precede, parece razoável propor que o presente estudo fornece elementos potencialmente proveitosos para o trabalho tanto de pesquisadores quanto de profissionais de saúde que, de uma forma ou de outra, se ocupam da crise psiquiátrica. Obviamente, por se tratar de uma revisão narrativa, não foi contemplada aqui toda a produção científica nacional consagrada ao tema. Sabe-se, por exemplo, que há publicações veiculadas no formato de livros, capítulos de livros, teses e dissertações que também exploram a crise psiquiátrica e sua abordagem no cenário brasileiro. Tais publicações podem ser apreciadas em outras revisões, as quais, inclusive, são recomendadas, na medida em que podem proporcionar subsídios adicionais para a superação de entraves que ainda se impõem à consolidação do paradigma do cuidado psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.
- ARAÚJO, Leandro Martins Costa de; GODOY, Emanuele Freitas Manata; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 138-152, 2017.
- BONFADA, Diego; GUIMARAES, Jacileide; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de. Reforma psiquiátrica brasileira: conhecimentos dos profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 227-233, 2013.
- BRITO, Andiará Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1293-1312, 2015.
- CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, 2011.
- COSTA, Mônica Silva da. Construções em torno da crise: saberes e práticas na atenção em saúde mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 94-108, 2007.
- FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana Teresa Onoko; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. O atendimento à crise em saúde mental. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 14-14, 2007.
- FERRARI, Ilka Franco. Centro de Acolhimento da Crise: Hospital Galba Velloso e algumas de suas respostas aos desafios da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 517-536, 2010.

FIALHO, Marcelo Brandt. Contexto histórico e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: ZEFERINO, Maria Terezinha; RODRIGUES, Jeferson; ASSIS, Jaqueline Tavares de (Orgs.). **Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental**. 4ª ed. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2015. v. 2, p. 10-68.

FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoko. O acompanhamento terapêutico na internação hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, p. 763-772, 2008.

JARDIM, Katita; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 169-189, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. CAPS: laços sociais. **Mental**, Barbacena, n. 8, p. 53-60, 2007.

MACHADO, Vanessa; SANTOS, Manoel Antônio dos. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-712, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html)

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.

SANTOS, Janice Dombrowski dos; RODRIGUEZ, Sandra Yvonne Spiendler; FAY, Eliane Moreira. Grupoterapia com pacientes psicóticos: relato de uma experiência. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 137-148, 2014.

SILVA, Maura Lima Bezerra; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

VELOSO, Caique; MONTEIRO, Lívia Stela de Sousa; VELOSO, Lorena Uchôa Portela; MOREIRA, Isabel Cristina Cavalcante Carvalho; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Atendimentos de natureza psiquiátrica realizados pelo serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, e0170016, 2018.

VOLPE, Fernando Madalena; SILVA, Eliane Mussel da; CARMO, Leonardo Silva; SANTOS, Terezinha Neila dos. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 203-209, 2010.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado; ANTONACCI, Milena Hohmann; CORTES, Jandro Moraes; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 97-103, 2014.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; CORTES, Jandro Moraes; ANTONACCI, Milena Hohmann. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 657-663, 2013.

WILLRICH, Janaína Quinzen; KANTORSKI, Luciane Prado; CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger; CORTES, Jandro Moraes; PINHEIRO, Guilherme Weiss. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 47-64, 2011.

# AS RELAÇÕES DE CONSUMO NO BRASIL: ENFOQUE NO IMPACTO CAUSADO NA ÁREA DA SAÚDE PELA PANDEMIA DO COVID -19



**PATRICIA DINO ARAUJO**

**NYEDJA LIMA**

**Palavras-chave:** Código de Defesa do Consumidor, pandemia, saúde, contratos, planos de saúde, Covid-19.

**RESUMO:** O tema abordado é de suma importância posto que, o início deste ano foi marcado mundialmente pela pandemia do Covid-19, afetando relações de consumo em todas as áreas: saúde, turismo, publicidade, educação, dentre outras. Não obstante entre as medidas de prevenção à contaminação, o governo, por meio do Ministério da Saúde, adotou as medidas de isolamento social (quarentena), de conscientização através de informações e educação sanitária antes não praticada por muitos brasileiros. Mas nada foi tão comentado nos telejornais e sites especializados em saúde quanto a necessidade de testagem, para verificação dos números de infectados, para planejamento de estratégias de combate eficazes no âmbito nacional. Associada a isso o Direito Consumerista se viu atacado por aumentos abusivos nos serviços de saúde, principalmente dos planos de saúde e cobranças extras de laboratórios para testagem do vírus. Ante a vulnerabilidade do consumidor, amplamente reconhecida e defendida em regulamento próprio, o Código de Defesa do Consumidor, esta pesquisa visa analisar a legalidade das práticas de mercado nos serviços de saúde durante a pandemia da Covid-19, bem como a resposta do governo, através dos órgãos e entidades de defesa do consumidor, contra as abusividades praticadas neste período. A resposta perpassa pelo equilíbrio e boa fé, princípios basilares dos contratos de consumo, em especial no caráter coletivo a que se destina a proteção dada pelo Código de Defesa do Consumidor.

**ABSTRACT:** The topic addressed is of paramount importance since the beginning of this year was marked worldwide by the Covid-19 pandemic, affecting consumer relations in all areas: health, tourism, advertising, education, among others. Notwithstanding contamination prevention measures, the government, through the Ministry of Health, adopted measures of social isolation (quarantine), awareness raising through information and health education not previously practiced by many Brazilians. But nothing was commented on in the news and on specialized health sites as the need for testing, to check the numbers of infected people in order to plan effective combat strategies at the national level. Associated with this, Consumer Law has been attacked by abusive increases in health services, mainly in health plans and extra charges for laboratories for testing the virus. Given the vulnerability of the consumer, widely recognized and defended in its own regulation, the Consumer Protection Code, this research aims to analyze the legality of market practices in health services during the Covid-19 pandemic, as well as the government's response, through consumer protection agencies and entities, against the abuse practiced in this period. The answer goes through balance and good faith, the basic principles of consumer contracts, especially in the collective nature for which the protection provided by the Consumer Protection Code is intended.

**Keywords:** Consumer Protection Code, pandemic, health, contracts, health plans, Covid-19.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa analisar a incidência, aplicabilidade e efetividade das normas consumeristas, ante o novo cenário mundial desenhado pela pandemia causada pelo novo coronavírus, no qual medidas impositivas de combate à disseminação do vírus se fizeram necessárias. Busca-se analisar a ideologia implantada no Brasil pela pandemia, que acarretou práticas abusivas, como o aumento injustificado dos preços dos produtos utilizados no combate a Covid-19, flagrante descumprimento das normas reguladoras das relações de consumo.

Será analisada a responsabilidade dos planos de saúde nas relações de consumo em tempos de pandemia, o descumprimento, das operadoras dos planos das condutas constantes na Resolução 453, imposta pela agência reguladora ANS, bem como a prática abusiva do aumento injustificado das mensalidades para utilização dos serviços contratados. Nesse sentido não cabe questionar a legalidade das medidas impositivas de combate a pandemia e proteção a vida, que impactaram sobremaneira as relações sociais, em especial a adoção da medida do isolamento social. Será demonstrado que, as práticas abusivas cometidas pelas empresas de plano de saúde causam verdadeiro desequilíbrio entre fornecedores e consumidores pela exigência de vantagem indevida pela elevação, sem justificativa, dos preços dos produtos e serviços, configurando verdadeiro ilícito penal.

Finalmente, para respondermos os questionamentos levantados no presente trabalho, será utilizado material bibliográfico e documental, observando o método qualitativo, pelo qual se tentará aproximar a realidade com a teoria. Os dados serão obtidos pela descrição observada na análise de documentos. No que concerne a pesquisa bibliográfica, iremos utilizar uma leitura crítica ou reflexiva do tema objeto deste trabalho. A análise de documentos refere-se à apreciação e à interpretação de dados verificados em registros documentais. Portanto, os instrumentos utilizados como fonte de coleta de informações serão a doutrina, legislação, textos eletrônicos (jornais, periódicos e artigos) e textos eletrônicos em sites de órgãos públicos.

## 2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA REGULAMENTAÇÃO DAS RELAÇÕES DE CONSUMO NO BRASIL

A ideia de regulamentação das relações de consumo no Brasil surgiu através de leis esparsas tais como: decreto-lei 869/38, que disciplinava os crimes contra a economia popular, o decreto-lei 22.262/43, conhecida como lei da Usura e considerada como regramento inaugural do direito consumerista brasileiro, dentre outras. (VIEIRA, 2012)

Entretanto foi com o advento da Constituição federal de 1988 que as relações de consumo foram efetivamente regulamentadas:

Em nosso país, foi a Constituição Federal promulgada em 1988 que trouxe ao patamar objetivo os anseios da sociedade pós-regime militar e foi este contexto que fez surgir um direito do consumidor sistematizado. (VIEIRA, 2012)

Na Constituição Federal de 1988 foi incluído um rol de Direitos Sociais no Capítulo II, Título II, incluindo a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados, bem como é relevante a previsão constitucional de que *“impõe-se ao Estado promover, na forma da lei, a defesa do consumidor”* (artigo 5º, XXXII, da Constituição Federal) e que a ordem econômica deve observar o princípio da defesa do consumidor (artigo 170, V, da Constituição Federal), sendo que a carta constitucional foi além e estabeleceu que o *“Congresso Nacional, dentro de cento e vinte dias da promulgação da Constituição, elaborará código de defesa do consumidor”* (artigo 48 das Disposições Transitórias da Constituição Federal) (SIMÃO, 2016).

Em 1990 foi criado o Código de defesa do Consumidor, lei nº 8.078, no intuito de disciplinar detalhadamente, em rol exemplificativo, os direitos e deveres dos consumidores e fornecedores ante as relações de consumo, garantindo a efetividade da cidadania, imprimindo maior segurança jurídica para as relações consumeristas.

O Estado brasileiro através da edição do Decreto nº 2.181/97, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e com o objetivo de dar maior efetividade e eficácia aos direitos garantidos pela Constituição Federal aos consumidores, implementou políticas de consumo criando entidades de atuação extrajudicial:

O Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC) está regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 2.181, de 20 de março de 1997, e congrega Procons, Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias de Defesa do Consumidor, Juizados Especiais Cíveis e Organizações Cíveis de defesa do consumidor, que atuam de forma articulada e integrada com a Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon). (site ministério da justiça e segurança publica)

O Código de Defesa do Consumidor não deve ser compreendido como a norma absoluta que veio a consagrar a proteção do consumidor no Brasil. A nosso ver, a Constituição Federal promulgada em 1988 é a fonte primária de proteção do consumidor, sendo que o Código de Defesa do Consumidor, apesar de ser importantíssimo marco legislativo advindo de previsão constitucional, apenas veio a estabelecer a forma e a intensidade da proteção ao consumidor que já era determinada pela Constituição Federal. (SIMÃO, 2016)

Vale ressaltar que, no âmbito da saúde resta pacificado junto aos tribunais patreos, o entendimento de que se aplica o Código de Defesa do Consumidor nas relações entre consumidor e os planos de saúde, conforme preleciona a sumula 469 do STJ – Supremo Tribunal de Justiça, editada em 24/11/2010, *in verbis*:

Sumula 469: Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde

As atuações dos planos de saúde além de obedecerem aos preceitos normativos constantes no Código de Defesa do Consumidor, é fiscalizada e regulamentada, no Brasil, pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, sendo mais uma ferramenta de suporte ao consumidor no que tange os contratos de prestação de serviços de saúde firmados com as operadoras dos planos de saúde.

O Poder Judiciário tem sido provocado diariamente a proferir decisões diante da pandemia da Covid-19, que não atinge somente pessoas, mas também contratos dos mais diversos (FERNANDES, 2020).

De toda sorte, precisamos extrair algumas reflexões diante do mal passageiro. Nesse aspecto, trago a rápida — e devida — atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em relação a inclusão da cobertura obrigatória pelas operadoras de planos de saúde do exame para diagnóstico do coronavírus. (FERNANDES, 2020)

Em poucos dias e com a participação de entidades que representam o segmento de saúde suplementar, a ANS incluiu no rol de procedimentos e eventos em saúde o teste para Covid-19, através da publicação da Resolução Normativa 453, de 12 de março de 2020 (FERNANDES, 2020).

Por fim vale destacar que o marco regulatório das relações de consumo, no Brasil, ocorreu, efetivamente, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que imprimiu status de direito fundamental, portanto cláusula pétrea, ao direito a proteção do consumidor, bem como cabe ressaltar que a criação do CDC – Código de Defesa do Consumidor e demais órgãos regulatórios pertencentes ao sistema SNDC – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, foram de suma importância para concretude e eficácia na defesa da proteção e garantia dos direitos e deveres dos consumidores nas relações consumeristas, obrigando a observância por parte do Estado que deve atuar de forma positiva garantindo a proteção do consumidor de possíveis abusos que possam ocorrer.

### **3. O IMPACTO OCACIONADO PELA PANDEMIA DA COVID-19 NA SOCIEDADE BRASILEIRA E NO DIREITO CONSUMERISTA:**

A Covid-19 apresenta-se como um importante parâmetro de como as relações entre o social e o biológico se fundem, a partir das normas político-sanitários atuais, no contexto geopolítico do Brasil. O enfrentamento da pandemia como um evento social trouxe-nos o impacto do isolamento social e de práticas individuais para resguardar a vida, antes não comuns a população. Pode-se averiguar disso que a doença ajusta-se como um acontecimento com proporções ideológicas, políticas e socioeconômicas.

Data vênia, o que há de mais social no dinamismo entre saúde e doença pode ser verificado a partir de fenômenos epidêmicos. Segundo Slavoj Žižek (2020, online), filósofo de origem russa, o primeiro instante da ideologia é o de “convencer-nos da verdade”. Refere-se a aplicação de “um conjunto de doutrinas e conceitos” destinados a nos convencer de sua “verdade” e, contudo, “a serviço de algum interesse de poder não manifesto”. É evidente que nas vivências cotidianas entre indivíduos

e grupos, os impactos na saúde e nas atividades regulares, bem como as consequências econômicas da Covid-19 não se dão de forma igualitária. Ao contrário, tendo em vista as suas diferenças é que importantes contradições sociais tornam-se visíveis.

Há a indicação de que os homens adoecem e morrem mais que as mulheres e que pessoas idosas, possuem maior índice de letalidade pela doença, especialmente aquelas que possuem comorbidades (Jornal Estado de São Paulo, online). Entretanto, apesar de os riscos serem maiores entre os idosos, a doença pode ser agressiva e letal para todas as faixas etárias.

Em segundo lugar, a ideologia é corporificada através das práticas, mecanismos e instituições que a comportam. E entram em ação os mecanismos ideológicos do Estado, que operam como uma autoridade reguladora, através de regras implícitas e explícitas de conformação e de suas instituições (escolas, universidades, igrejas, meios de comunicação e agora as redes sociais). O estado de exceção, calamidade pública e quarentena obrigatória, indicam à segunda fase da pandemia, a do reconhecimento. Nesta fase, as pessoas reagem exigindo explicações e aceitando as que o Estado lhes dá, ainda que isso retire seus direitos.

A terceira fase é onde tentam nos fazer crer que “todos atiramos para o um mesmo lado”, em meio à pandemia, eliminando em grande parte o que representa a ideologia: uma esfera de emoções, ideias e crenças coletivas, produzidas por uma classe dominante, especialmente focada em gerar influência, liderança e dominação desse coletivo. Essa fase da epidemia encontra com o pânico universalizado, pois sem isso não teria como esquecermos nossas diferenças sociais, políticas, econômicas e também ideológicas.

Ora, o Direito sistematiza os valores morais e culturais das mais diversas sociedades, ele não está desobrigado de ser persuadido por ideologias e jogos de forças sociais e políticas, isso ocorre porque, todo o arcabouço jurídico é oriundo da força do Estado, e este é influenciado por uma classe social dominante que por meio do próprio Estado dita sua ideologia. Todavia, nem tudo que está contido em lei é fruto puramente da influência dessas classes dominantes. As camadas que buscam o poder baseiam-se em princípios e regras jurídicas, entretanto, quando chegam ao exercício concreto desse poder sua ideologia resulta na própria lei.

**Para Vyschinski (WOLKMER,2001), “o Direito não é um sistema das relações sociais, é constituído por normas emanadas do Estado que representam o interesse da classe dominante”.** A ideologia é, portanto, muito importante na interpretação do sistema normativo, podendo ser um fator harmonizador, mensurando sua ideologia para amparar sua função modificadora ou para alterar sua função justificadora. O Direito contemporâneo tem se mantido na esfera da ideologia da segurança, previsibilidade e neutralidade, priorizando valores morais fundamentais da sociedade atual.

Mas para entendermos melhor como a implantação da ideologia trazida com a Covid-19 deu-se no Brasil, necessário acompanharmos seus passos. “Primeiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – considerado o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional” (OPAS, online).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem incentivado diariamente as ações no Brasil, inclusive com presença no Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde. Entre os dias 6 e 7 de fevereiro de 2020, “a OPAS organizou, junto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde do Brasil, um treinamento para o diagnóstico laboratorial do novo coronavírus” (OPAS, online). Participaram da capacitação especialistas de nove países: da Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai. Durante as atividades, os participantes fizeram um exercício prático de detecção molecular do vírus causador da Covid-19 e receberam materiais essenciais para o diagnóstico, além de revisarem e discutirem sobre as principais evidências e protocolos disponíveis.

Então, em 07 de fevereiro de 2020 o Diário Oficial da União trouxe em sua edição, a publicação da Lei 13.979/2020, dispondo sobre medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do novo coronavírus. Após a epidemia espalhar-se sobremaneira em todo o globo e com a espera ansiosa de vários Estados pela manifestação do Secretário-geral da OMS em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi definida pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia.

No Brasil até 06 de abril as secretarias estaduais de Saúde divulgaram, “até as 22h50 o total de 12.239 casos confirmados do novo coronavírus (Sars-Cov-2) no Brasil, com 566 mortes pela Covid-19” (Ministério da Saúde, online). Assim, adentrando a realidade social para posteriormente entrar no ordenamento jurídico foi implantada no Brasil a ideologia trazida com a Covid-19, junto com ela as quarentenas e barreiras sanitárias, de ordem nacional ou locais, que tanto impactaram as relações entre cidadãos brasileiros e o Direito, principalmente no direito consumerista.

O Código de Defesa do Consumidor determina em seu artigo 4º, caput, que a Política Nacional das Relações de Consumo tem por objetivo o atendimento das necessidades dos consumidores, a proteção de seus interesses econômicos, a melhoria da sua qualidade de vida e o respeito à sua saúde, entre outros.

A interpretação comum dessa norma teve por escopo, como se sabe, no que toca à saúde, definir parâmetros de qualidade e de adequação de produtos e serviços oferecidos no mercado de consumo. No caso de saúde pública, o objetivo da Política Nacional das Relações de Consumo no que toca à saúde do consumidor registra-se também no controle de variações não justificadas de preços e na evidenciação da abusividade, pois é na privação a esses bens que há o potencial de causar danos não só ao consumidor individual, mas a toda sociedade.

Aponta Miragem (2009) que o “reconhecimento de determinada prática como abusiva dependerá da averiguação de três critérios: (1) anormalidade ou excesso do exercício de liberdade negocial pelo fornecedor; (2) dimensão coletiva das práticas abusivas; e (3) deslealdade e violação da boa-fé”. O primeiro pode ser analisado através de dois prismas: um quantitativo (quando o fornecedor intenta obter vantagem excessiva do consumidor em vista de sua posição de poder) e outro qualitativo (quando a prática é consequência da deslealdade ou quando fira a boa-fé, havendo um aproveitamento da vulnerabilidade, dependência ou catividade do consumidor). O segundo critério, de proporção coletiva, dá-se na observância da conduta, que deve ter uma ação específica, não ser dirigida ao

consumidor individual, mas a totalidade de sujeitos. O terceiro, em síntese, se dá quando rompem-se os deveres de boa-fé, da lealdade, da cooperação, da confiança, bem como as expectativas legítimas dos consumidores que decorrem de tais deveres.

Pode-se assim classificar o aumento de preços nos produtos relacionados a proteção contra a COVID-19 como prática abusiva, pois há o aproveitamento da vulnerabilidade e de vulnerabilidade agravada dos consumidores, conforme o caso; não haver explicação aceitável para tais aumentos; e, como é questão de saúde pública, a dimensão coletiva, e no que toca ao terceiro critério, da desobediência dos diversos deveres dirigidos aos fornecedores para a promoção da saúde (financeira, física ou psíquica) do consumidor. Embora não seja tolerado enquadrar tais ações como abusivas a partir dessa interpretação, os argumentos trazidos ganham força pela análise dos incisos do art. 39 do Código de Defesa do Consumidor. Aqui cabe menção ao inciso IV, onde está previsto como abusiva a prática que venha a “*prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços*”. Há flagrantemente o aproveitamento da vulnerabilidade (por vezes, agravada, repise-se), ainda mais quando há, no país, notícias e recente Lei sobre quarentena e isolamento vertical, o que pode causar certa alteração de ânimo na população.

Outro ponto de análise é o inciso V, artigo 39, Código de Defesa do Consumidor, que determina abusivo “*exigir do consumidor vantagem manifestamente excessiva*”. Por ele, veda-se que o fornecedor se prevaleça de seu poderio econômico ou de suas técnicas profissionais com intenção de determinar condições desfavoráveis ao consumidor, de maneira a enfraquecer ainda mais o equilíbrio da relação jurídica de consumo.

No que diz respeito especificamente a Covid-19, pode-se ter uma aproximação entre esse dispositivo e o artigo 156, caput, do Código Civil, que estabelece que: “*configura-se estado de perigo quando alguém, premido da necessidade de salvar-se, ou a pessoa de sua família, de grave dano conhecido pela outra parte, assume obrigação excessivamente onerosa*”. Evidencia-se, assim, que o objetivo é preservar a integridade do consumidor em eventual aproveitamento do estado de debilidade e/ou tensão que tais situações naturalmente acarretam, para exigência de vantagem excessiva por parte do fornecedor comparando-se aspectos patrimoniais dos fornecedores com as necessidades dos consumidores.

Tem-se ainda o inciso X, do supracitado artigo, para consolidar a abusividade com até aqui exposto. Esse último inciso determina como prática abusiva “*eleva sem justa causa o preço de produtos ou serviços*”, independente de haver ou não contrato prévio. Entende-se, que o fornecedor não é simplesmente um repassador de custos, pois o objetivo de seu empreendimento no mercado de consumo é o lucro; por outro lado, o que revela a abusividade do aumento de preços é não ter causa justa.

Devemos mencionar aqui também que a elevação de preços sem justa causa, como bem menciona Guglinski (2020), é definida como ato ilícito pelo artigo 187 do Código Civil, determinando que: “*também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.*”

Cabe mencionar aqui também que a elevação de preços sem justa causa, como bem ventila Guglinski, é definida como ato ilícito pelo art. 187 do Código Civil, determinando que: *“também comete ato ilícito o titular de um direito que, ao exercê-lo, excede manifestamente os limites impostos pelo seu fim econômico ou social, pela boa-fé ou pelos bons costumes.”*

#### **4. A RESPONSABILIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE NAS RELAÇÕES DE CONSUMO, ANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS:**

A Constituição Federal de 1988 consolidou a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, em caráter suplementar, não estando por tanto sujeita ao ordenamento próprio do serviço público. Esta relação jurídica está pacificada na Lei n.º 9.656/98, Lei dos Planos de Saúde, que se submetem as regras do direito privado. O modelo estatal adotado foi de uma agência reguladora, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Em situações normais, nos planos de saúde nas modalidades individual como familiar, existem dois tipos de aumentos nas contraprestações pecuniárias, a saber: os Reajustes Financeiros Anuais – calculados com base nas variações de custos médico-hospitalares e inflacionários, estando limitados à periodicidade mínima de doze meses; os Reajustes por Variação de Faixa Etária do beneficiário, que ocorrem mediante alcance de idade preestabelecida ao titular ou dependente em contrato. Contudo, o Supremo Tribunal Federal pacificou, no julgamento da ADI 1.931/2014, o entendimento de que a Lei dos Planos de Saúde não poderia retroagir a contratos firmados antes de sua publicação. Estando estes casos, entretanto, sob cobertura do Código de Defesa do Consumidor.

No que concerne aos planos coletivos, a atuação da Agência Reguladora restringe-se a monitorar o mercado, sendo os contratos decorrentes da livre negociação entre as operadoras e a pessoa jurídica que o contrata, oportunizando a negociação entre as partes e valores mais vantajosos aos titulares e dependentes. Quanto as variações decorrentes de contraprestações pecuniárias por idade do titular ou dependente deverá ter previsão contratual, de forma clara, com exposição de todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, com risco de invalidação do contrato se não descritos, conforme artigo 15, caput, e 16, IV, da Lei n.º 9.656/1998. Estão os beneficiários com idade acima de sessenta anos isentos se forem contratantes do plano (artigo 15) por mais de dez anos.

Com a entrada no ordenamento jurídico da Lei 10.741/2003, Estatuto do Idoso, foi editada nova Resolução n.º 63/2003 pela Agência Reguladora, ampliando as faixas etárias dos beneficiários para dez, sendo o último para quem completar cinquenta e nove anos, a obedecer, assim, os direitos do idoso, pessoa com idade sessenta anos ou mais. Não podendo o valor desta última faixa ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Diante da situação extraordinária provocada pelo Covid-19 a Agência Reguladora editou a Resolução 453, determinando que os planos de saúde devem garantir a cobertura dos testes diagnósticos para a infecção pela Covid-19 para todos os pacientes. Determinou ainda medidas para

que as operadoras de planos de saúde priorizem os casos relacionados ao Covi-19, incluindo casos de pacientes que possam ter seus tratamentos adiados (sem risco a saúde), prorrogação de prazos para execução de serviços e até suspensão daqueles menos essenciais e urgentes. Tudo para atender a crescente demanda das vítimas do Covid-19.

Na Resolução 453 consta ainda o rol de procedimentos obrigatórios a realização de exames para detecção da Covid-19, aplicável aos usuários de planos de saúde, proíbe cobrança de taxa adicional para atendimento a pacientes com Covid-19 e os orienta a buscarem atendimento em hospitais recomendados pelas operadoras dos planos, pois estas estão controlando o fluxo de atendimento cada vez maior. Houve também flexibilização das regras da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para liberação de medicamentos sem registro durante a pandemia, bem como suspensão no reajuste de preços de medicamentos por sessenta dias pela Medida Provisória 933.

É necessário que toda a sociedade compreenda a situação extraordinária criada com a pandemia, pois devido ao número crescente de casos e a confluência com outros vírus de ação semelhante- como a Sars H1N1-, e de outras enfermidades, a precisão do diagnóstico é fundamental. Do ponto de vista técnico devem os advogados orientarem seus clientes a solicitarem o encaminhamento médico detalhado que se enquadre na definição de caso suspeito ou provável de doença pela Covid-19 definido pelo Ministério da Saúde. Pela Lei dos Planos de Saúde, é garantida a internação aos contratos com segmentação hospitalar, mas não aqueles limitados à cobertura ambulatorial. Além disso, há risco a vida, sendo desnecessário cumprimento do prazo de carência.

O fato extraordinário e imprevisível causador da onerosidade excessiva é aquele que não está coberto objetivamente, por via de contrato, pelos planos de saúde. Mas vale ressaltar que o Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 6, inciso V, consagra a Teoria da Imprevisão em favor do consumidor e dispensando o elemento da imprevisibilidade.

Entretanto, muitas operadoras de planos de saúde do Brasil estão resistentes as adoções da ANS, não assinaram o termo de compromisso (Agência Brasil, online) para manter o atendimento aos inadimplentes até junho de 2020 - considerado ápice da crise pelos estudiosos - algumas aumentaram valores ou cobraram taxa extra para aferição do vírus, apresentaram ainda alegações à Resolução 453, como a negativa em oferecer procedimentos laboratoriais de verificação e testagem da Covid-19.

Tais praticas são do ponto de vista do Código de Defesa do Consumidor consideradas abusivas, bem como sociedades empresariais que negam atendimento, alegando exclusão no contrato por cláusula prefixada ou que tal procedimento não está previsto no rol da Resolução 453. No entendimento do Código de Defesa do Consumidor são práticas que causam um maior desequilíbrio entre o fornecedor e consumidor na relação consumerista. Como normas de ordem pública, as vedações impostas pelo artigo 39 do Código de Defesa do Consumidor não podem, sob hipótese alguma, serem desconsiderada por livre vontade das partes.

Do ponto de vista legal e técnico, se o médico do plano determina algum procedimento o plano não deveria negar atendimento baseado em laudo médico circunstanciado. Segundo Marina Ito (2011), Cláusulas contratuais não podem determinar prazo de internação, local onde o procedimento será realizado, melhores técnicas terapêuticas para tratamento de qualquer enfermidade, bem como

qualquer outra situação ou procedimento que cause constrangimento ao paciente ou prolongue seu tratamento.

O Código de Defesa do Consumidor prevê como abusivas condutas onde o fornecedor exija vantagem manifestamente indevida, elevando sem justa causa o preço de produto ou serviço, aplica fórmula ou índice de reajuste diverso do legal ou contratualmente estabelecido. O mesmo acontece diante da exigência de cheque-calção, nota promissória ou qualquer outra garantia como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, ou de se impor obrigação de preenchimento prévio de formulários administrativos como condição para o atendimento emergencial. Estas situações representam hipóteses de práticas que dificultam a aproximação entre médico e paciente, tais adoções pela legislação visam manter o equilíbrio nas relações de consumo ante a vulnerabilidade do consumidor.

O delito está previsto no artigo 135-A do Código Penal – “Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial” – foi inserido na legislação no ano de 2012, incluindo o referido tipo penal ao capítulo referente as condutas contra periclitacão da vida e da saúde. Sendo crime de mão própria (quando só podem ser cometidos por determinadas classes de pessoas) o tipo penal deve ser praticado por funcionários do estabelecimento médico, mesmo àqueles que não são médicos, mas possuem função administrativa.

O objetivo principal da regra penal é custodiar a vida e a saúde humanas, que devem estar sobrepostas ao interesse de ordem econômica ou patrimonial, pois o fornecedor pode usar seu poder econômico para impor aos consumidores, principalmente aquele que está doente e hipervulnerável que não tem conhecimento ou informação social cobranças que também são indevidas, restrições abusivas.

Ressalta-se que o agente criminoso deve praticá-lo com dolo (intenção de agir consciente do risco e do erro) em condicionar o atendimento médico emergencial a exigências previstas na lei, e que essas exigências correspondam ao verdadeiro imperativo. Deve-se mencionar, ainda, que não há nenhum impedimento legal para que se exijam garantias, seja firmando um contrato de cobrança futura ou preenchimento de formulários, após prestado o atendimento emergência.

Outra prática muito evidenciada no atual cenário pandêmico são as alegações de falta de kits, também considerada abusiva quando o fornecedor negligencia na compra dos mesmos ou alegar impossibilidade devido ao volume de pessoas.

A que se atentar ainda ao fato de que cláusula abusiva anula a cláusula contratual que exclua a cobertura nos casos envolvendo a Covid-19, artigo 51, IV, CDC. Devido à circunstância extraordinária e de força maior não podem as operadoras de planos de saúde estipular em cláusula negativa de cobertura a eventos de natureza ou fatos imprevisíveis ou inevitáveis, como epidemias e pandemias, sendo também consideradas nulas de pleno direito.

Da interpretação do artigo 42, CDC, aduz-se claramente que casos de cobrança indevida, devem ser devolvidos os valores pagos pelos exames realizados nos casos de recusa injustificada.

Devido ao isolamento social imposto pelas autoridades órgãos de proteção ao consumidor, como o Procon, suspenderam atendimento presencial permanecendo a aceitação de denúncias via internet. Sendo neste momento obrigatórias para apuração.

Os seguros de viagem não são modelos de planos de saúde, não contam com as mesmas restrições ou intervenções de Agências Reguladoras. A simples informação, de maneira prévia e ostensiva, ao consumidor são suficientes para excluir o atendimento à doenças pandêmicas.

## 5. MÉTODO

A metodologia utilizada foi a indutiva, em que, a partir de princípios gerais do Direito e do Direito do Consumidor, foram dadas respostas a questões aqui expostas, buscando a solução que o ordenamento jurídico brasileiro apresenta nas esferas cível e penal, para equilibrar as relações afetadas pela pandemia. A revisão de literatura deu-se por ampla pesquisa bibliográfica, em livros, periódicos e sites governamentais, bem como notícias vinculadas pelo meio jornalístico denunciando abusividades contra o consumidor.

## 6. DISCUSSÃO e RESULTADOS

Atualmente, não há vacina para prevenir doenças e infecções ocasionadas pelo novo coronavírus, muito embora diversos estudos estejam sendo realizados com esse objetivo. Como forma de prevenção e de retratação da propagação do patógeno, alerta a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde no Brasil, que deve-se manter o isolamento social, bem como a constante higienização das mãos, com água e sabão ou álcool gel. Ocorre que por necessidade estratégica do próprio governo não há como definir um programa adequado voltado ao combate contra a Covid-19 sem os reais números de infectados, bem como de hospitais e leitos de UTI e de internações disponíveis para os pacientes, bem como do número de vítimas fatais nos Estados da federação.

Observa-se o empenho da Agência Nacional de Saúde Suplementar, atual agência reguladora, assim como dos serviços de proteção ao consumidor (PROCON) no intuito de combater discrepâncias nos serviços de saúde como a proibição de aumento nos valores dos contratos das prestadoras de plano de saúde e de reajuste nos valores de medicamentos por um período de três meses. Também se evidenciou a adoção de medidas de atendimento digital para receber denúncias pelos Procons em todo país de modo a não desamparar o consumidor e facilitar o acesso aos canais de proteção evitando aglomerações. Espera-se uma intensa movimentação de processos nas varas cíveis para tratar de questões pertinentes a pandemia, mas está pacificada pela jurisprudência do STJ o entendimento da vulnerabilidade do consumidor diante do mercado e da hipossuficiência das pessoas mais atingidas pela infecção causa pelo vírus, a saber a crescente população de idosos. Esta crescente demanda por atendimentos e tratamentos multifuncionais especializados, trazida pelos idosos, ainda não foi

contemplada no Brasil por políticas públicas eficientes. Esta deficiência torna-se ainda mais evidente durante a pandemia, quando desigualdades sociais tornaram-se mais evidentes, restando ao Direito dar respostas pontuais a diversas questões.

A pandemia trouxe uma situação extraordinária, tratada no Código Civil e no Código de Defesa do Consumidor como de força maior, que não depende da ação de fornecedores ou prestadores de serviços e muito menos de consumidores, tendo estes últimos a proteção da lei diante da desinformação e da negativa a serviços de saúde fundamentais. Pois o direito a vida é direito fundamental defendido pela Constituição de 1988.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, foi com o advento da Constituição Federal de 1988, que surgiu o marco regulatório das relações de consumo, imprimindo status de direito fundamental ao direito de defesa e proteção ao consumidor.

Decerto que, o Código de Defesa do Consumidor e demais órgãos regulatórios do sistema SNDC, surgiram para corroborar a previsão constitucional, ressaltando a obrigatoriedade, por parte do Estado, de atuar de forma positiva e assim garantir a defesa e a proteção ao consumidor nas relações consumeristas.

Frise-se que o ano de 2020, iniciou com a decretação da pandemia ocasionada pela Covid-19, modificando drasticamente o cenário socioeconômico global, na medida em que, para impedir a disseminação da doença foi imposta a conduta do isolamento social, potencializando as práticas individuais para resguardar a vida.

A velocidade de contágio e propagação da doença, fez com que o Estado brasileiro e algumas cidades decretassem estado de calamidade pública, surgindo a imposição de regras que apesar de questionadas pelas pessoas, forma aceitas ante o cenário mundial de pânico causado pela pandemia.

Busca-se neste trabalho demonstrar a ideologia implantada pela pandemia onde resta latente a força do Estado, interferindo diretamente no arcabouço jurídico e a influência das classes dominantes na atuação estatal.

Vale ressaltar o impacto socioeconômico pela imposição de algumas medidas de enfrentamento da pandemia, em especial a necessidade da prática do isolamento social, bem como que, as consequências econômicas causadas pela Covid-19 não se dão de forma igualitária nos diferentes grupos sociais existentes no Brasil, fazendo com que as contradições sociais sejam claramente perceptíveis.

Pretende-se analisar a legalidade das condutas das operadoras de plano de saúde ante a pandemia ao descumprir o que preceitua o art. 4º, caput, do Código de Defesa do Consumidor por aumentar, injustificadamente, o valor das contratações, caracterizando prática abusiva pela privação de acesso aos serviços, causando danos não só para o consumidor individual, mas a toda a sociedade.

Destarte que, a Constituição Federal de 1988, expressamente consolidou a participação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, em caráter suplementar, bem como a matéria é disciplinada por regramento jurídico específico Lei 9.656/98 que prevê sua submissão às regras de Direito Privado.

Ademais a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência estatal reguladora dos planos de saúde, editou a Resolução nº 453, disciplinando a conduta e as coberturas que devem ser ofertadas pelos planos de saúde no enfrentamento da pandemia, porém muitas operadoras de plano de saúde do Brasil vem resistindo, se recusando adotar tais condutas.

Além disso o estado de excepcionalidade criado pela pandemia, não justifica a alegação, pelos planos de saúde, da ocorrência de fato extraordinário e imprevisível como causadores de onerosidade excessiva e assim motivar a negativa de cobertura de procedimentos, o aumento de preço para contratação dos serviços e/ou a cobrança de taxas extras para cobertura de determinadas demandas, posto que a teoria da imprevisão, consagrada pelo Código de Defesa do Consumidor – CDC, dispensa o fator imprevisibilidade, favorecendo o consumidor.

Por fim o CDC prevê ser abusiva a conduta na qual o fornecedor de produtos e/ou serviços exija vantagem manifestadamente indevida, elevando sem justa causa, o preço de produto ou serviço, causando flagrante desequilíbrio na relação de consumo, bem como a prática desta conduta configura ilícito penal previsto no art. 135-A, do Código Penal.

Sendo assim resta claro que a pandemia trouxe uma situação extraordinária, tratada como de força maior pelo regramento pátrio, relativizando o direito fundamental a vida, em detrimento do consumidor pela falta de informação e pela negativa para cobertura de serviços de saúde fundamentais por parte dos planos de saúde.

## REFERÊNCIAS

ACÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE – ADI 1931. Disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=1741189> Acessada em: 15 de abril de 2020.

AGÊNCIA BRASIL. **Operadoras de planos de saúde não assinam compromisso com ANS.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/operadoras-de-planos-de-saude-nao-assinam-compromisso-da-ans> . Acessada em 25 de abril de 2020

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acessado em 18 de abril de 2020.

BRASIL. **Painel Coronavírus – COVID 19.** Em: <https://covid.saude.gov.br/> Acessado em 05 de abril de 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde.** Ministério da Saúde: Brasília. 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200330\\_ProtocoloManejo\\_ver06\\_Final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200330_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf) Acessado em 29 de abril de 2020.

EFING, Antônio Carlos. **Banco de dados e cadastro de consumidores.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

\_\_\_\_\_. **Contratos e procedimentos bancários à luz do Código de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

Ernesto Hadida entrevista sobre o Covid-19 com **Slavoj Žizek**. Disponível em: [www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597316-as-tres-fases-ideologicas-do-coronavirus](http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/597316-as-tres-fases-ideologicas-do-coronavirus) Instituto Humanitas Unisinos – IHU Revista, 21 de março de 2020. **As três fases ideológicas do coronavírus**. Acessado em 29 de março de 2020.

Fernandes, Alexandre Boccaletti. **Inclusão do teste para Covid19 reforça a taxatividade do rol da ANS**. Acesso em 09/05/2020, disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-14/inclusao-teste-covid-19-reforca-taxatividade-rol-ans>

GAMA, Tácio Lacerda. **Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico**. São Paulo: Quartier Latin: 2003.

GUGLINSKI, Vitor. **Coronavírus e o aumento abusivo de preços de produtos e serviços ao consumidor**. Jusbrasil. 2020. Disponível em: [https://vitorgug.jusbrasil.com.br/artigos/820998974/coronavirus-e-o-aumento-abusivo-de-precos-de-produtos-e-servicos-ao-consumidor#\\_ftn7](https://vitorgug.jusbrasil.com.br/artigos/820998974/coronavirus-e-o-aumento-abusivo-de-precos-de-produtos-e-servicos-ao-consumidor#_ftn7). Acesso em: 15 mar. 2020.

Guilherme Lobo Marchioni. **Imposição de condições para o atendimento médico hospitalar**. Site Ciências Criminais. Disponível em: [https://canalcienciascriminais.com.br/imposicao-de-condicoes-para-o-atendimento-medico-hospitalar/?fbclid=IwAR2ndfBphj8ar\\_0xxzFEHD50fogElMioCaqpJE6u87SMIjmNleDhS23EO-po](https://canalcienciascriminais.com.br/imposicao-de-condicoes-para-o-atendimento-medico-hospitalar/?fbclid=IwAR2ndfBphj8ar_0xxzFEHD50fogElMioCaqpJE6u87SMIjmNleDhS23EO-po) Acesso em 25 de abril de 2020.

JORNAL ESTADO DE SÃO PAULO. **Casos de coronavírus no Brasil**. Disponível em: <https://saude.estado.com.br/noticias/geral,54-8-dos-casos-importados-de-covid-19-para-o-pais-ate-5-de-marco-vieram-da-italia,70003247358>. Acessado em 05 de abril de 2020.

JORNAL O GLOBO. **Parente com suspeita de coronavírus**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/nao-podemos-nem-ter-luto-diz-parente-de-mulher-de-70-anos-morta-com-suspeita-de-coronavirus-na-rocinha-1-24341145>. Acesso em 05.04.2020.

LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13979.htm). Acessado em 15 de abril de 2020.

LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990. **Código de Defesa do Consumidor**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8078.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm) Acessado em 01 de abril de 2020

LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm) . Acessado em 20 de abril 2020.

ITO, Marina. **Resolução não pode limitar prazo de internação**. Conjur, 2011. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2011-mar-28/resolucao-nao-limitar-prazo-internacao-propria-lei-nao-faz>

Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/> Acessado em 15 de abril 2020.

Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Sistema Nacional de Defesa do Consumidor – SNDC**. acesso em 08/05/2020. Disponível em : <https://www.justica.gov.br/seus-direitos/consumidor/a-defesa-do-consumidor-no-brasil/anexos/sistema-nacional-de-defesa-do-consumidor-sndc>

MIRAGEM, Bruno. Curso de Direito do Consumidor. São Paulo: Ed. RT, 2019. (e-book)

OPAS – Organização Panamericana de Saúde. **Regulamento Sanitário Internacional**.

Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamento-sanitario-internacional-rsi&Itemid=812) Acessada em 15 de abril de 2020.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 63 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4> . Acessada em 15 de abril de 2020.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 453, DE 12 DE MARÇO DE 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2MQ==> . Acessada em 20 de abril de 2020

REZENDE JUNIOR, Gilmar. **Da (i)legalidade do aumento por faixa etária nos planos de saúde e o Estatuto do Idoso no entendimento do STJ**. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/74633/da-i-legalidade-do-aumento-por-faixa-etaria-nos-planos-de-saude-e-o-estatuto-do-idoso-no-entendimento-do-stj>. Revista Jus Navigandi, 2019. Acessado em 24 de abril de 2020.

SETOR SAÚDE. **Riscos do novo coronavírus**. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/os-riscos-do-novo-coronavirus-perfil-dos-obitos-por-faixa-etaria/>. Acesso em 05.04.2020.

STJ. RECURSO ESPECIAL/ACÓRDÃO: REsp 1794335- 1915342/2020. Relator Ministro Marco Aurélio Bellizze. Lexml, 2020. Disponível em

<https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:superior.tribunal.justica;turma.4:acordao;resp:2020-02-11;1794335-1915342> Acessado em 24 de abril de 2020.

Simão, Lucas Pinto. **Fundamentos constitucionais do direito do consumidor**. acesso em 08/05/2020. Disponível em: <https://www.revistaambitojuridico.com.br>

Spadacio, C.; Alves, M. G. M. APS em Revista. Vol. 2, n. 1, p. 61-65. **Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da COVID-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde**. Publicada em 15 de abril de 2015

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, editor. Brasília; 2002. 726 p.

STARK, Evan. The epidemic as a social event. **International Journal of Health Services**. v. 07, n. 04, p. 681-705, 1977.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

Vieira, Fernando Borges. **O Direito do Consumidor no Brasil e sua breve história**. acesso em 08/05/2020. Disponível em : <https://www.migalhas.com.br/depeso/163956/o-direito-do-consumidor-no-brasil-e-sua-breve-historia>

\_\_\_\_\_. Acesso em 08/05/2020. Disponível em: [http://www.stj.jus.br/docs\\_internet/SumulasSTJ.pdf](http://www.stj.jus.br/docs_internet/SumulasSTJ.pdf)

WOLKMER, Antonio Carlos. **Introdução ao pensamento jurídico crítico**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

WUNDERLICH, Alexandre. **Direito Penal econômico e empresarial: Estudos dos grupos de pesquisa em Direito Penal Econômico e Empresarial da PUCRS e da FGV DIREITO SP**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

# A HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE SURDO PELOS INTERNOS DE MEDICINA NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS

*HUMANIZATION IN THE CARE OF THE PATIENT DEAFED BY THE INTERNS OF MEDICINE IN THE GENERAL HOSPITAL OF PALMAS*

**NELZIR MARTINS COSTA**

Professora Adjunta FAPAC ITPAC Porto

**GUSTAVO ROCHA FELIPE**

Acadêmico de Medicina FAPAC ITPAC Porto

**LUDMILA RIOS ARAUJO**

Acadêmica de Medicina FAPAC ITPAC Porto

**LUÍS OTÁVIO JONAS**

Professor Adjunto FAPAC ITPAC Porto

**ANA CAROLINE MARTINS BORGES**

Acadêmica de Medicina UNIRG

**RESUMO:** O surdo enfrenta dificuldades para interagir com o mundo. No ambiente hospitalar os profissionais da saúde não atendem as necessidades dos pacientes surdos de forma satisfatória. O objetivo da presente pesquisa foi analisar o conhecimento dos internos do HGP em relação a LIBRAS e seus reflexos no atendimento médico. Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo do domínio linguístico dos internos do HGP. A amostra foi composta por 90 internos, entretanto, 36 aceitaram participar. Resultados: 52,8% foram do sexo masculino e 47,2% do sexo feminino, a média de idade 24. Em relação a instituição de ensino e o período, tem-se respectivamente: UFT 61,1%; ITPAC 25,0% e UNIRG 13,9%; 36,1% cursando o 9º período, 33,3% o 10º e 30,6% o 11º. Dos pesquisados, 53,1% não cursaram a disciplina de LIBRAS; 55,5% não possuem nenhum conhecimento de Libras; 38,8% conhecimento básico e 5,7% conhecimento intermediário.

Entre eles, 41,7% já haviam atendido pacientes surdos e a principal dificuldade encontrada foi a compreensão das informações transmitidas pelo paciente durante a anamnese, com 46,6%. Dos acadêmicos, 93,3% já necessitaram de ajuda para atender os pacientes surdos. Todos julgam ser importante o domínio de Libras. Todavia, mais da metade dos alunos não cursaram a disciplina de Libras, mesmo que 41,7% já haviam atendido pacientes surdos e 93,3% necessitaram de ajuda para conduzir a consulta. Faz-se necessário estudos específicos no uso da Libras e mudanças na grade curricular da graduação em Medicina, objetivando a inclusão de habilidades de comunicação, possibilitando melhor qualificação profissional. Os conhecimentos linguísticos da Libras, dos internos do HGP, não atendam às necessidades da comunidade surda. A formação deixou lacunas no desenvolvimento de habilidades linguísticas para o atendimento aos pacientes surdos.

**Palavras-chave:** Surdo. Libras. Internato de Medicina.

**ABSTRACT:** The deaf face difficulties in interacting with the world. In the hospital environment, health professionals do not meet the needs of deaf patients satisfactorily. The objective of this research was to analyze the knowledge of HGP inmates in relation to LIBRAS and its reflexes in medical care. Methodology: This is a descriptive and qualitative study of the linguistic domain of HGP inmates. The sample consisted of 90 interns, 36 accepted to participate. Results: 52.8% were male and 47.2% female, mean age 24. In relation to the educational institution and the period, there were respectively: UFT 61.1%;

ITPAC 25.0% and UNIRG 13.9%; 36.1% in the 9th period, 33.3% in the 10th and 30.6% in the 11th. Of those surveyed, 53.1% did not attend the LIBRAS discipline; 55.5% have no knowledge of Pounds; 38.8% basic knowledge and 5.7% intermediate knowledge. Among them, 41.7% had already attended deaf patients and the main difficulty was the understanding of the information transmitted by the patient during the anamnesis, with 46.6%. Of the academics, 93.3% already needed help to care for deaf patients. Everyone thinks the dominion of Pounds is important. However, more than half of the students did not attend the Libras course, although 41.7% had already attended deaf patients and 93.3% needed help in conducting the consultation. Specific studies on the use of Libras and changes in the medical curriculum of the undergraduate degree are necessary, aiming at the inclusion of communication skills, enabling better professional qualification. The linguistic knowledge of Libras, of HGP inmates, does not meet the needs of the deaf community. The training left gaps in the development of language skills for the care of deaf patients.

**Keywords:** Deaf. Libras. Medical Internship.

## 1 INTRODUÇÃO

O processo histórico da pessoa com deficiência na sociedade é marcado por distintos momentos que vão da exclusão, segregação, integração e inclusão. Entre o final do século XIX até a década de 1940, a sociedade vivenciou uma política de isolamento e de exclusão das pessoas com deficiência, as quais eram consideradas inúteis vivendo à margem da sociedade e em algumas culturas eram exterminados. No século XX se instaurou a fase da segregação, criando instituições para abrigar em regime de internato, visando o bem-estar das pessoas com deficiência sendo um período assistencial (OLIVEIRA, 2015).

A integração desses grupos ocorreu de 1950 a 1980, induzindo os deficientes ao máximo de esforço para reverter o quadro e se adaptar ao meio social, se conseguissem eram integrados à sociedade, caso contrário, continuariam à margem da sociedade. A fase de inclusão só ocorreu em 1980 e continua até hoje em plena discussão (CHAVEIRO; BARBOSA, 2005).

O deficiente auditivo, mesmo com as medidas de socialização e inclusão, ainda enfrenta dificuldades para compreender e interagir com o mundo. Os surdos desenvolveram uma cultura própria em que se usa muito a linguagem gestual-visual. A Libras é uma língua natural com estrutura gramatical própria, formada por níveis fonológico, morfológico, sintático, semântico, sendo capaz de transmitir conceitos concretos e abstratos do surdo com o meio externo (FELIPE, 2009).

Diante desta realidade observa-se que a Libras é uma ferramenta necessária não só para a comunicação dos surdos, mas como uma conquista com vistas à sua inclusão social e cultural (LEMO; CHAVE, 2012). A surdez não é só a falta da audição, ela afeta a capacidade de comunicação oral e de aprendizagem influenciando no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, interferindo na construção da identidade, dos sentimentos, da compreensão do mundo, nos vínculos sociais, nas interações interpessoais (RAIMUNDO; SANTOS, 2012).

É comum o paciente surdo e o profissional apresentarem dificuldades de comunicar, devido à falta de conhecimentos em Libras pelos profissionais de saúde ou a falta de um intérprete. Estes fatos geram um isolamento da comunidade surda, pois o seu atendimento é prejudicado ou até mesmo incompleto, devido à falta de entendimento da linguagem e comunicação (RAIMUNDO; SANTOS, 2012).

Logo, devido essa problemática que envolve a inclusão do surdo no seu ambiente e as suas necessidades individuais, esse trabalho objetivou analisar a habilidade dos internos do Hospital Geral de Palmas (HGP) em relação ao conhecimento e o domínio da Libras.

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo relacionado ao domínio linguístico dos internos de Medicina matriculados no internato no segundo semestre de 2018. Foram convidados a participarem do estudo os estudantes vinculados ao estágio da Universidade Federal de Tocantins (UFT) e que realizam o internato no HGP nos módulos de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Urgência e Emergência. O projeto foi exposto e apresentado aos alunos, posteriormente mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) os mesmos responderam o questionário padronizado pelos pesquisadores.

Entre os 90 internos cadastrados nos módulos descritos, 36 aceitaram participar. Em seguida foram marcados horários com os mesmos, respeitando sua rotina e comodidade para aplicação dos questionários. Após, foi realizado a análise dos critérios de inclusão pelos pesquisadores e a amostra final foi composta por 36 internos.

O questionário autoexplicativo é composto por onze perguntas conforme descrito no apêndice 1, incluindo dados: sexo; idade; período do internato; Instituição superior de origem; capacitação em LIBRAS; dificuldades no atendimento ao surdo entre outros.

Os questionários foram identificados por meio de codificação para respeitar a privacidade dos envolvidos e facilitar a tabulação dos dados. Os resultados foram digitados no Excel® para confecção de tabelas e gráficos para facilitar a interpretação dos resultados. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - ITPACPORTO, com o parecer de aprovação 2.890.666, de 12 de setembro de 2018.

## **3 RESULTADOS**

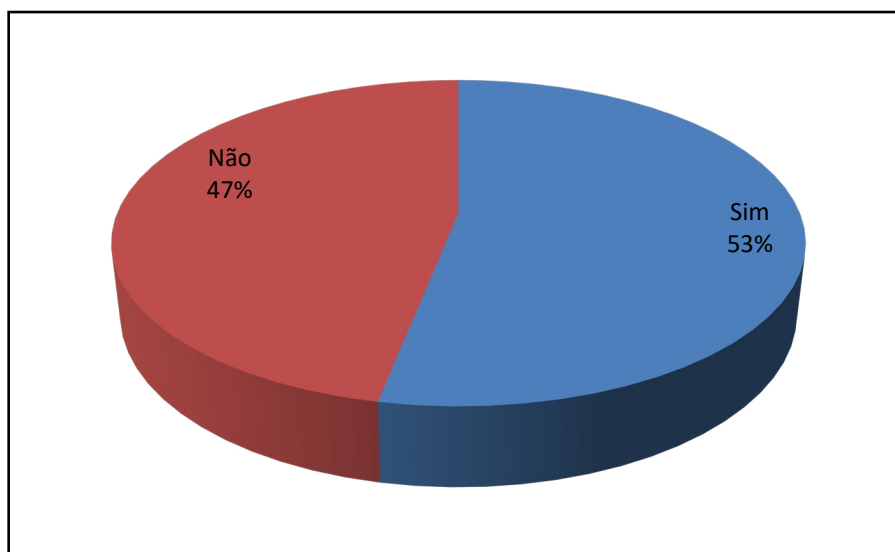
Foram entrevistados 36 estudantes do curso de Medicina, em regime de internato, provenientes das três principais instituições de ensino médico do Estado do Tocantins. Quanto ao sexo, o que

prevaleceu foi o sexo feminino, com 52,8% (19), sendo o sexo masculino, com 47,2% (17). Os entrevistados apresentaram média de idade de 24 anos, variando entre 23 e 30 anos.

Quanto à instituição de ensino e o período em que os mesmos se encontram matriculados tem-se respectivamente: 61,1% (22) pertencem a UFT, 25,0% (9) ao ITPAC e 13,9% (5) à UNIRG; 36,1% (13) estão cursando o 9º período, 33,3% (12) o 10º período e 30,6% (11) estão cursando o 11º período. Não foram entrevistados alunos que estão matriculados no 12º período entre todas as instituições de ensino. Dentre os módulos, 41,6% dos entrevistados estão no módulo de Urgência e Emergência, 36,1% (13) no de Clínica Médica e 22,3% (8), no de Clínica Cirúrgica.

As três instituições de ensino, apresentam a disciplina de Libras na modalidade optativa. Durante a entrevista, os acadêmicos foram questionados sobre a existência da disciplina em sua instituição de ensino, 88,8% (32) responderam que a faculdade possuía a disciplina e 11,2% (4) responderam que a faculdade não possuía. Posteriormente 93,7% (30) responderam que a mesma era ministrada optativamente e 6,3% (2) de forma obrigatória para o curso de Medicina. Dentre os alunos entrevistados mais da metade dos estudantes, 53% (19), não cursaram a disciplina durante o curso de graduação, sendo que 47% (17) afirmaram ter realizado a matéria de forma optativa (gráfico 1).

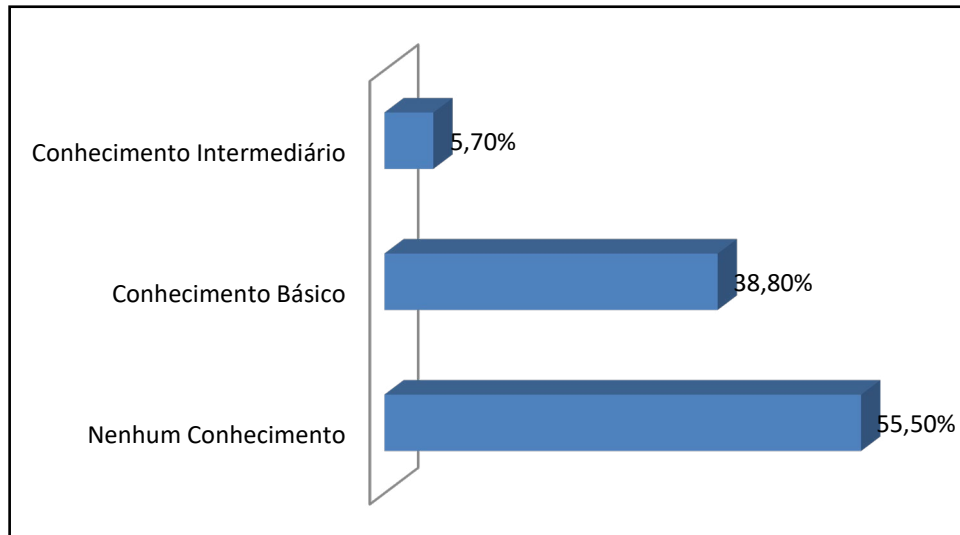
Gráfico 1: Acadêmicos que cursaram LIBRAS durante a graduação em Medicina



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores

Quando questionados em relação ao domínio das Libras, 55,5% (20) dos internos julgavam não possuírem nenhum conhecimento; 38,8% (14) responderam possuir apenas o conhecimento básico e 5,7% (2) responderam ter o conhecimento intermediário. E por fim, nenhum dos estudantes afirmou apresentarem conhecimento avançado da língua de Libras (gráfico 2).

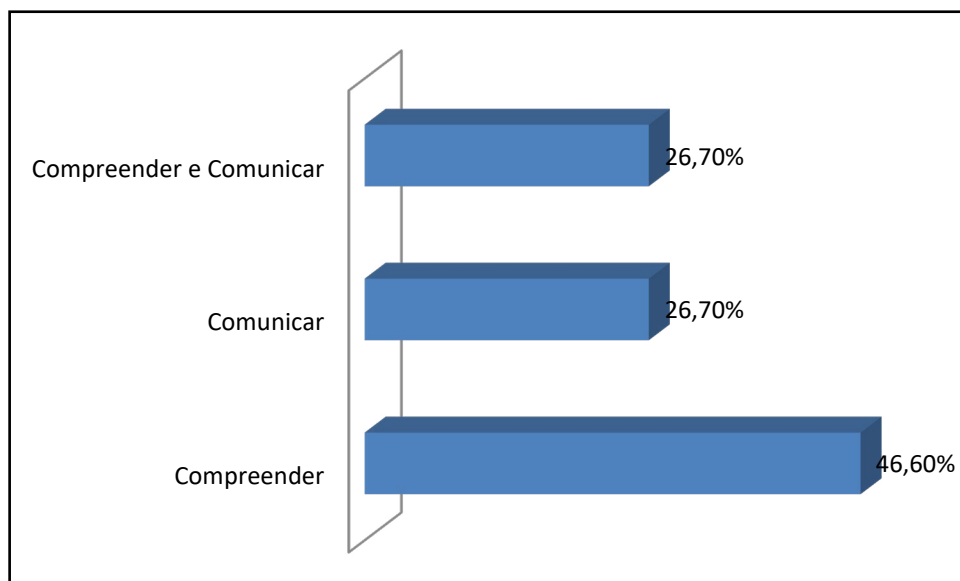
Gráfico 2: Domínio dos acadêmicos em relação a LIBRAS



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Também foi perguntado se os acadêmicos já haviam atendido pacientes com surdez, 58,3% (21) nunca havia atendido pacientes surdos, 41,7% (15) confirmaram o atendimento. A principal dificuldade relatada durante o atendimento médico foi em relação à compreensão das informações transmitidas pelo paciente durante a anamnese, 46,6% (7). Outros 26,7% (2) afirmaram que a principal dificuldade foi comunicar-se com o paciente. No entanto 26,7% (2) consideraram ambas, comunicar-se e compreender, como limitações de igual relevância (gráfico 3).

Gráfico 3: Dificuldades dos acadêmicos durante a consulta médica ao paciente surdo.

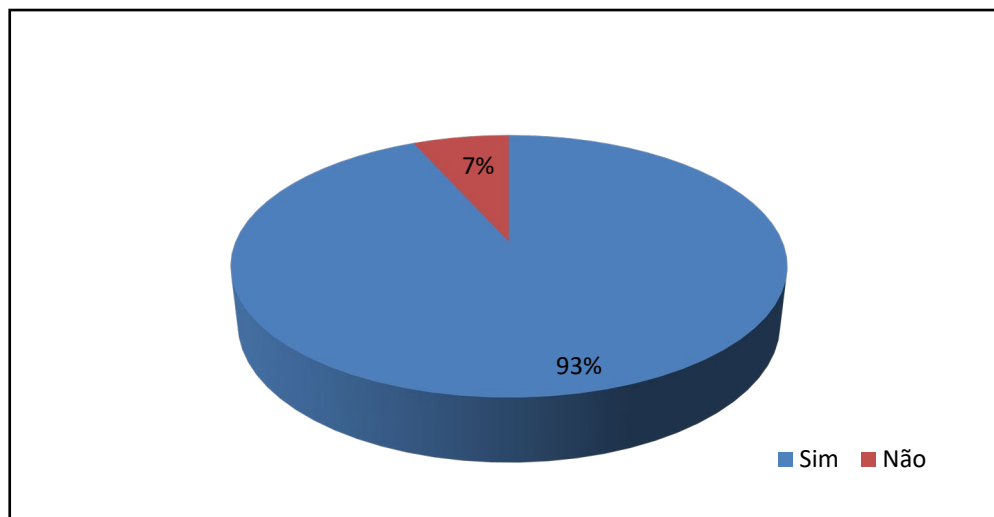


Fonte: Gráfico elaborado pelos autores.

Em relação à necessidade de ajuda para atender estes pacientes 93,3% (14) necessitaram de ajuda e 6,7% (1) declarou não precisar de nenhum auxílio durante a consulta (gráfico 5). Dentre os

entrevistados que necessitaram de ajuda para atender estes pacientes, 86,6% (13) receberam ajuda através de um familiar, 6,7% (1) através de um intérprete, 6,7% (1) através do médico/preceptor. Nenhum dos entrevistados relatou ter obtido ajuda de outros profissionais de saúde.

Gráfico 4: Internos que precisaram de ajuda durante a consulta médica ao paciente surdo.



Fonte: Gráfico elaborado pelos autores

Entre os entrevistados, 96,6% (29) manifestaram vontade de aprender Libras; já 3,4% (1) afirmaram não apresentarem vontade em aprender. Quando questionados a respeito da importância de os profissionais da área da saúde dominarem libras, por unanimidade, 100% (36), dos entrevistados responderam ser importante para a formação profissional médica.

De acordo com a entrevista, apenas 8,4% (3) relataram suas experiências durante o atendimento médico ao paciente surdo, número bastante pequeno, já que 41,7% (15) já tiveram a oportunidade de atender este tipo de paciente. Entretanto, apesar dos atendimentos 91,6% (33) dos entrevistados não quiseram relatar suas experiências. Também verificou-se que não há intérpretes no corpo de profissionais do referido hospital.

#### 4. DISCUSSÃO

Segundo a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002, a Língua Brasileira de Sinais (Libras) foi instituída como a primeira língua das comunidades surdas no Brasil. Regulamentada pelo Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2002; RODRIGUES; DAMIÃO, 2014). Este decreto marcou um grande avanço nos direitos linguísticos dos surdos, passando a ter valorização e transformação social quanto ao uso da Libras (LEMOS; CHAVES, 2012). Esta lei também regulamenta

a profissão do Intérprete em LIBRAS, aceitando e valorizando a diversidade (RAIMUNDO; SANTOS, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, a atenção e inclusão à pessoa portadora de deficiência envolve grandes esforços e desafios de diversos setores. Por isso, o Ministério da Educação busca o estabelecimento de parcerias para adequação dos currículos/metodologias objetivando melhorias na formação de profissionais da área da saúde (DIAS et al., 2017).

O domínio da Libras é bastante relevante para o estabelecimento da comunicação entre o médico e os pacientes surdos (DE SOUZA; PARROZI, 2009). No entanto, neste estudo mais da metade dos entrevistados, não detinham nenhum conhecimento a respeito da Libras. Nota-se também, que apesar de todos os alunos tiveram a oportunidade de realizar a disciplina de Libras durante a graduação médica, a maioria não a cursaram, uma vez que é oferecida de forma optativa. Assim, esses dados são bastante relevantes, tendo em vista que, no mínimo, em dois anos, todos os entrevistados provavelmente estarão em exercício da profissão médica.

Dentre os internos, mais da metade nunca haviam atendido pacientes surdos, número bastante significativo e pode ser explicado uma vez que estes pacientes utilizam o sistema de saúde de modo diferente dos pacientes ouvintes e relatam dificuldades representadas por medo, desconfiança e frustração durante o atendimento pela dificuldade de comunicação. Com isso, conseqüentemente buscam assistência médica com menos frequência, quando comparados aos demais pacientes (CHAVEIRO; PORTO, ALVES BARBOSA, 2009; RODRIGUES; DAMIAO, 2014).

Em contrapartida, alguns dos estudantes já haviam atendido pacientes surdos. Dentre estes a maioria necessitou de ajuda para poder conduzir a consulta médica, situação que evidencia uma clara necessidade de estudos específicos com foco no uso da Libras para que através de seus resultados, possam contribuir para melhorar a comunicação entre os surdos e os profissionais de saúde (FRANÇA et al., 2016). Partindo desse pressuposto, faz-se necessário avaliar mudanças na estrutura curricular da graduação em Medicina, com a finalidade de incluir o desenvolvimento em habilidades de comunicação, possibilitando uma melhor qualificação profissional (DIAS et al., 2017). O ideal seria a inclusão da Libras como disciplina obrigatória na estrutura curricular do curso.

Através da comunicação, o profissional da saúde irá decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia. Através desta interação, estabelecerá um plano de cuidados coerente com as necessidades de cada indivíduo. Apenas com uma comunicação efetiva, o profissional poderá ajudar o paciente a visualizar seu papel no processo de adoecimento, enfrentar os problemas e encontrar novos padrões de comportamento. A ausência de clareza dos procedimentos de cuidados com a saúde pode gerar riscos (DUARTE et al., 2013; MIRANDA; SHUBERT; MACHADO, 2014).

Costa et al. (2009, p. 3) ao discorrer sobre o atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda, apresenta o depoimento de alguns surdos denotando o anseio que possuem para que os médicos saibam a língua de sinais utilizada por eles:

Fui ao médico quando tinha problema dos rins. Não entendia nada do que o médico falava. Minha mãe teve que ir comigo para me ajudar. O médico falava e fiquei perdida; perguntava para minha mãe o que ele falou. Ela me dizia para esperar que em casa me contaria. Então, em casa, minha mãe me contou, mas resumidamente, e no consultório minha mãe e o médico falaram muito e ela só me contou muito pouco (entrevistada).

Depoimentos como este alertam para a necessidade de profissionais da saúde aprenderem Libras e incluírem os pacientes no processo comunicativo nos atendimentos médicos.

Dentre os entrevistados que necessitaram de ajuda para atender estes pacientes, receberam-na através de um familiar. Assim, afirma-se a importância de um acompanhante que saiba se comunicar, durante os atendimentos, facilitando a comunicação e o entendimento de ambos os lados (OLIVEIRA; CELINO; COSTA, 2015). Ao chegar a uma instituição de saúde, o deficiente auditivo se depara com a falta de conhecimento da língua de Libras por parte dos funcionários e a não existência de intérpretes no local, fazendo com que se sinta excluído, dificultando a adesão aos programas de saúde (RODRIGUES; DAMIAO, 2014).

O despreparo dos profissionais prejudica a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a realização de tratamento adequado. Torna-se indispensável que profissionais da saúde conheçam a libras, com o intuito de compreender as pessoas com surdez e não comprometer a assistência prestada (ARAGÃO *et al.*, 2015). Por outro lado, o conhecimento da Libras pelo médico visa romper barreiras comunicativas com os pacientes surdos e é um bom método para se obter escuta qualificada e excelência do cuidado em saúde (DIAS *et al.*, 2017).

De acordo com o Decreto nº 5.626 de 22 de dezembro de 2005, Capítulo VII, Artigo 25, Inciso IX, o Sistema Único de Saúde - SUS e as empresas que detêm concessão ou permissão de serviços públicos de assistência à saúde devem garantir o atendimento às pessoas surdas por profissionais capacitados para o uso de Libras ou para sua tradução e interpretação.

Durante as entrevistas, praticamente todos os entrevistados manifestaram vontade de aprender Libras, tendo em vista que boa parte dos acadêmicos têm boa aceitação e conhecem a necessidade do domínio da Libras para sua atuação médica. Mesmo quase que unânime o reconhecimento da necessidade do domínio da Libras para atender adequadamente o paciente surdo, poucos dos entrevistados detêm o conhecimento básico de Libras e a minoria possui o conhecimento intermediário e nenhum dos estudantes respondeu ter o conhecimento avançado a respeito do assunto.

Dentre o total dos entrevistados, menos da metade cursou a disciplina durante a graduação, sendo que quando questionados em relação à importância dos profissionais da área da saúde em aprender Libras, por unanimidade, responderam ser uma disciplina importante para a formação profissional. Em relação a não tê-la cursado, pode ser explicado devido à existência de disciplinas obrigatórias consideradas difíceis pelos estudantes, exigindo uma grande carga horária de estudo, fazendo com que os mesmos deixem as matérias optativas de lado. Uma estratégia para essa problemática seria a inclusão da Libras como disciplina obrigatória na estrutura dos cursos da área de saúde (DE SOUZA; PORROZZI, 2009).

Um estudo realizado com uma amostra de 25 cursos de graduação da área da saúde, oferecidos por instituições de ensino superior localizadas no nordeste do Brasil, constataram que a estrutura pedagógica desses cursos buscava capacitar e equipar os profissionais com os conhecimentos e habilidades necessárias para a prática profissional, sem se referir ao ensino de Libras. A falta de intérpretes e profissionais de saúde treinados para se comunicar com os surdos é um problema na atenção à saúde (FRANÇA *et al.*, 2016).

Os surdos em muitas situações também não se sentem à vontade em ter que levar alguém para as consultas, que dependendo da especialidade médica, exige uma privacidade maior para o paciente se sentir à vontade em relatar os sintomas ao médico:

Eu queria que aquele psicólogo soubesse Libras, agora intérprete eu não quero. Também ginecologista que soubesse a Libras. Na consulta com outros médicos, pode ter intérprete, sem problema. Psicólogos e ginecologistas têm que saber Libras, pois é uma coisa de privacidade da pessoa. Isso é o que eu queria Entrevistas, COSTA *et. al.*, 2009, p. 3).

Para mensurar a qualidade de vida dos surdos, é imprescindível considerar as características do povo surdo, incluindo aspectos culturais e linguísticos. Para os que se comunicam pela língua de sinais, a qualidade de vida só pode ser efetivamente avaliada por instrumentos traduzidos e adaptados a essa população (CHAVEIRO *et al.*, 2013).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário conhecer as particularidades da identidade e da cultura surda de modo a propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas e melhorar a comunicação entre pacientes surdos e médicos. Tem-se também que as faculdades de Medicina necessitam criar estratégias voltadas para educação e na elaboração de suas matrizes curriculares implementando disciplina de Libras, de forma obrigatória, para que, conseqüentemente, os pacientes surdos possam ser atendidos e compreendidos adequadamente. Uma vez que, ainda há grande quantidade de profissionais que não dominam a língua ou mesmo a conhecem, dificultando o atendimento médico.

Este estudo revelou que a capacitação linguística em Língua Brasileira de Sinais dos internos que contribuem para o atendimento médico no HGP não atende às necessidades da comunidade surda que procura atendimento na instituição. Existe grande dificuldade na adesão dos acadêmicos em obter conhecimentos para adequar seu atendimento aos pacientes surdos. Apesar dos pacientes surdos representarem uma minoria, estes também necessitam de consulta médica de qualidade, objetivando a diminuição das desigualdades através de um atendimento humanizado.

## REFERÊNCIAS

ARAGAO, Jamilly da Silva et al. Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agrivos em saúde expressos em LIBRAS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1014-1023, 2015.

Brasil. **Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005**. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 [online]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5626.htm)> Acessado em 18 de novembro de 2018.

Brasil. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras – e dá outras providências [online]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm)> Acessado em 18 de novembro de 2018.

CHAVEIRO, N.; BARBOSA, M. A. Assistência ao surdo na área de saúde como fator de inclusão. **Revista escola de Enfermagem USP**. v. 39 n. 4 p. 417-22. jul. 2005.

CHAVEIRO, Neuma et al. Instrumentos em Língua Brasileira de Sinais para avaliação da qualidade de vida da população surda. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 616-623, 2013.

CHAVEIRO, Neuma; PORTO, Celmo Celeno; ALVES BARBOSA, Maria. Relação do paciente surdo com o médico. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v.75, n.1, 2009.

COSTA, Luiza S. M. da et. al. O atendimento em saúde através do olhar da pessoa surda: avaliação e propostas. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 2009.

DE SOUZA, Marcos Torres; PORROZZI, Renato. Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. **Revista Práxis**, Rio de Janeiro, v.1, n.2. 2009.

DIAS, Andrezza Resende, et al. Libras na formação médica: possibilidade de quebra da barreira comunicativa e melhora na relação médico-paciente surdo. **Revista de Medicina**. v.96, n.4, p. 209-214, 2017.

DUARTE, Soraya Bianca Reis et al. Historical, social and cultural aspects of the deaf population. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1713-1734, 2013.

Felipe, T.A. **LIBRAS em contexto: curso básico**. Livro do estudante. 9ª ed. Rio de Janeiro: WalPrint; 2009.

FRANCA, Inacia Sátiro Xavier de et al. CLINICAL SIGNS AND SYMPTOMS OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS COMMUNICATED IN LIBRAS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 458-465, 2016.

LEMOS, A. M.; CHAVES, E. P. Disciplina de Libras no ensino superior: da proposição à prática de ensino como segunda língua. **XVI ENDIPE – UNICAMP**, Campinas. 2012.

MIRANDA, Catarina Rodrigo Sousa de; SHUBERT, Carla Oliveira; MACHADO, Wiliam César Alves. A comunicação com pessoas com deficiência auditiva: uma revisão integrativa. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, Minas Gerais, v.6, n.4, p.1695-1706. 2014.

OLIVEIRA, Y. C. A. et al. Comunicação entre profissionais de saúde-pessoa surda: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 9 supl. 2 p. 957-64 fev. 2015

OLIVEIRA, Yanik Carla Araújo de; CELINO, Suely Deysny de Matos; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti. Comunicação como ferramenta essencial para assistência à saúde dos surdos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.25, p. 307-320, 2015.

RAIMUNDO, R.J.S.; SANTOS, T.A. Importância do aprendizado da comunicação em libras no atendimento ao deficiente auditivo em serviço de saúde. **Revista eletrônica de educação da faculdade Araguaia**. Goiás, V. 3, p.184-191, 2012.

RODRIGUES, Silvia Cristina Martini; DAMIAO, Gardênia Costa. Ambiente virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 731-738, 2014.

# CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS GESTACIONAL EM PORTO NACIONAL – TO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 2011 A 2018

*NOTIFIED CASES OF SYPHILIS IN PREGNANT IN PORTO NACIONAL - TO: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF 2011 TO 2018*

**NELZIR MARTINS COSTA**

Professora Adjunta FAPAC ITPAC Porto

**ÉSIO BORGES DE ANDRADE JUNIOR**

Acadêmico de Medicina da FAPAC ITPAC  
Porto

**RODRIGO ARAÚJO BELÉM**

Acadêmico de Medicina da FAPAC ITPAC  
Porto

**GUSTAVO ROCHA FELIPE**

Acadêmico de Medicina FAPAC ITPAC Porto

**FABRICIA GONÇALVES AMARAL**

Mestranda em Estudos Literários UFT

**RESUMO: Introdução** – A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sobretudo de transmissão sexual e vertical. A ocorrência de sífilis gestacional torna evidente as falhas dos serviços de saúde, especialmente da atenção primária referente ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas bastante eficazes na prevenção da doença. O objetivo desse trabalho foi traçar um perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados no município de Porto Nacional - TO entre os anos de 2011 a 2018. **Metodologia** – Trata-se de um estudo baseado em dados do SINAN, retrospectivo dos casos registrados entre 2011 e 2018. **Resultados e Discussão** – Foram notificados um total de 85 casos, com o maior registro no ano de 2018, em que 84 foram confirmados, a maioria das gestantes tinha entre 21 e 30 anos, eram pardas, com baixo nível de

escolaridade, foram diagnosticadas no 3º trimestre de gestação, com sífilis primária e a maioria dos parceiros não recebeu tratamento. **Considerações Finais** – Esse estudo demonstrou um aumento progressivo dos casos de sífilis gestacional no período avaliado, que procede de diversos fatores como uso de anticoncepcionais como único método contraceptivo, não uso de preservativos como a camisinha, o não tratamento do parceiro, melhoria da investigação no pré-natal e o melhoramento da qualidade das notificações, entretanto as subnotificações ainda são muitas.

**Palavras-chaves:** Sífilis. Sífilis gestacional. Infecção. Epidemiologia.

**ABSTRACT: Introduction** - Syphilis is a systemic infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*, especially sexual and vertical transmission, the occurrence of gestational syphilis makes evident the failures of health services, especially prenatal care, since the diagnosis and treatment of pregnant women are relatively simple and fairly effective measures to prevent the disease. The objective of this study was to establish an epidemiological profile of cases of gestational syphilis reported in the municipality of Porto Nacional - TO between the years 2011 to 2018. **Methodology** - This is a study based on SINAN data, descriptive and quantitative of registered cases between 2011 and 2018. **Results and Discussion** - A total of 85 cases were reported, with the largest registry in 2018, in which 84 were confirmed, the majority of pregnant women were between 21 and 30 years old, were brown, with a low level of schooling, were diagnosed in the third trimester of pregnancy, with primary

syphilis and most of the partners did not receive treatment. **Conclusion** - This study demonstrated an expressive increase in gestational syphilis in the period evaluated, which comes from several factors such as contraceptive use, non-use of condoms, non-treatment of the partner, improvement of prenatal research and quality improvement notifications, but the underreporting is still many.

**Key-words:** Syphilis. Gestational syphilis. Infection. Epidemiology.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que possui evolução crônica, apresenta manifestações cutâneas temporárias, sujeita a períodos de latência. Sua evolução é dividida em primária, secundária e terciária. Sua transmissão é **sexual**, na quase totalidade dos casos. Na Sífilis Congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna. A transmissão por transfusão sanguínea é rara nos dias atuais devido a um maior controle exercido nos bancos de sangue (BRASIL, 2010).

A infecção adquirida de forma primária distingue-se por exibir lesão inicial designada como cancro duro, que aparece de 10 a 90 dias, normalmente esvanece em 4 semanas, sem que haja vestígios. As reações treponêmicas tornam-se reagentes a partir da terceira semana pós infecção, simultânea à manifestação do cancro, e as sorologias não treponêmicas tornam-se positivas a partir da quarta ou quinta semana após o contato.

A fase clínica secundária é caracterizada pela disseminação dos agentes treponêmicos pelo organismo. Manifesta-se de 1 a 2 meses do advento do cancro. O sinal mais inicial é caracterizado por exantema máculo-papuloso, com ausência de prurido, a roséola, lesão de pele caracterizado por aparecimento súbito. Em seguida, podem surgir lesões em pápula nas palmas das mãos e plantas dos pés, placas eritematosas em regiões de mucosas, aumento de linfonodos generalizado, alopecia areata e os condilomas planificados. A sorologia é sempre positiva. Na ocasião de Sífilis latente precoce há ausência de sinais e sintomas clínicos, entretanto existe a presença de treponemas em variados tecidos. Logo, apenas por meio de sorologias pode haver diagnóstico. Frequentemente pode ocorrer polimicroadenopatia de linfonodos cervicais, nas epitrócleas e região inguinal (BRASIL, 2010).

Na sífilis tardia ou terciária, ocorre o desenvolvimento de lesões abrangendo pele, regiões mucosas, aparelho cardiovascular e sistema nervoso. Comumente as lesões terciárias se caracterizam pelo surgimento de gomas e escassez quase completa de treponemas. Há a possibilidade ainda de comprometimento ósseo, muscular e hepático. Na pele, as lesões se caracterizam por nodulações (crescimentos anormais da pele), tubérculos (elevações de consistência endurecida) placas ulcerativas, e gomas (nódulos que se liquefazem em sua porção central). Na agressão oral pode surgir espessamento e endurecimento da língua. Acometimentos gomosos podem alastrar-se e causar perfuração no palato duro e assolar a base do septo nasal (osso). A presença de goma localizada no cancro inoculado denomina-se “Cancro redux”, e a goma única localizada no pênis é chamada “pseudocancro redux” (AVELLEIRA *et al.*, 2006).

É estimado que 40% das gestantes portadoras de sífilis primária ou secundária que não recebem devido tratamento sofrem perda fetal. Ademais, mais da metade dos neonatos nascidos de mulheres com a infecção não tratada ou inadequadamente tratadas nascem assintomáticos, com risco de não terem o diagnóstico ao nascimento, resultando futuramente em conseqüências sérias (RODRIGUES e GUIMARÃES, 2004).

Nos últimos anos, observou-se um aumento progressivo dos casos de sífilis em gestantes, congênita que é consequência da infecção do feto através da via placentária e adquirida no qual o acometimento é de forma sistêmica. Esse recrudescimento pode estar associado a expansão da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde a administração da penicilina benzatina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Ademais, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017).

Diante disso, a ocorrência de sífilis gestacional torna evidentes as falhas dos serviços de saúde, especialmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante são medidas relativamente simples e bastante eficazes na prevenção da doença.

O Ministério da Saúde (MS) no ano de 2010 recomenda a realização de exames (teste rápido para a pesquisa da sífilis e/ou *Veneral Disease Research Laboratory* – VDRL) no primeiro trimestre gestacional, no terceiro trimestre e no parto. Diante dos casos positivos para sífilis em gestantes, o Ministério da Saúde preconiza tratamento da paciente e do parceiro com Penicilina Benzatina, além da realização de exame mensal para controle de cura (ARAÚJO, 2018).

O objetivo desse trabalho foi traçar um perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados no município de Porto Nacional - TO entre os anos de 2011 a 2018.

## 2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo sobre Sífilis Gestacional na cidade de Porto Nacional – TO. Para isso, recorreu-se ao banco de dados disponível no setor de epidemiologia da Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional – TO coletados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) em agosto de 2018.

Foram incluídos todos os casos de sífilis gestacional em residentes de Porto Nacional, registrados nos anos de 2011 (janeiro a dezembro) a 2018 (janeiro a agosto). Foram estudadas as variáveis de acordo com as informações da ficha de notificação de sífilis em gestante, a saber: sociodemográficas maternas, realização de pré-natal, realização de tratamento e variáveis clínicas e laboratoriais.

Ademais foi feita uma revisão de literatura que contou com a análise de manuais de doenças infecciosas do Ministério da Saúde e Boletins Epidemiológicos além de artigos científicos retirados das plataformas PUBMED, SCIELO, LILACS entre outros. As palavras – chave pesquisadas foram “Sífilis”, e “Sífilis em Gestantes”.

Os dados foram analisados e transcritos em forma de tabela e gráficos com auxílio do programa *Microsoft Excel/ Word* versão 2013.

### 3. RESULTADOS

Foram registradas 85 notificações de Sífilis em gestante entre os anos de 2011 a 2018 de acordo com a plataforma de dados do SINAN, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Nacional – TO. Essas notificações se apresentaram crescentes em quase todos os anos, tendo o resultado parcial do ano de 2018 com o maior número de notificações, somando 28,23%. Em contrapartida, o ano de 2013 obteve o menor número de casos notificados, como evidenciado na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Frequência por Ano da Notificação segundo mês da notificação.

Mês da Notificação	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (parcial)
Janeiro	1	-	-	1	1	1	1	5
Fevereiro	1	1	-	-	1	2	2	-
Março	-	-	-	-	-	-	2	4
Abril	-	-	-	1	1	1	1	2
Mai	-	-	-	-	2	3	1	4
Junho	1	-	-	-	2	2	1	4
Julho	-	2	-	-	-	1	-	4
Agosto	-	-	1	-	4	-	-	-
Setembro	1	-	1	-	-	1	1	1
Outubro	-	2	1	1	1	-	2	-
Novembro	-	-	-	3	-	1	4	-
Dezembro	1	-	-	1	-	-	2	-
TOTAL	5	5	3	7	12	12	17	24

Fonte: Adaptado de SINAN NET (2018).

Em relação à idade, pode ser visto na Tabela 2, que a maior parcela dos casos ocorreu em gestantes entre 21 e 30 anos (48,2%).

Tabela 2. Frequência de Notificação Segundo Idade Entre 2011 e 2018.

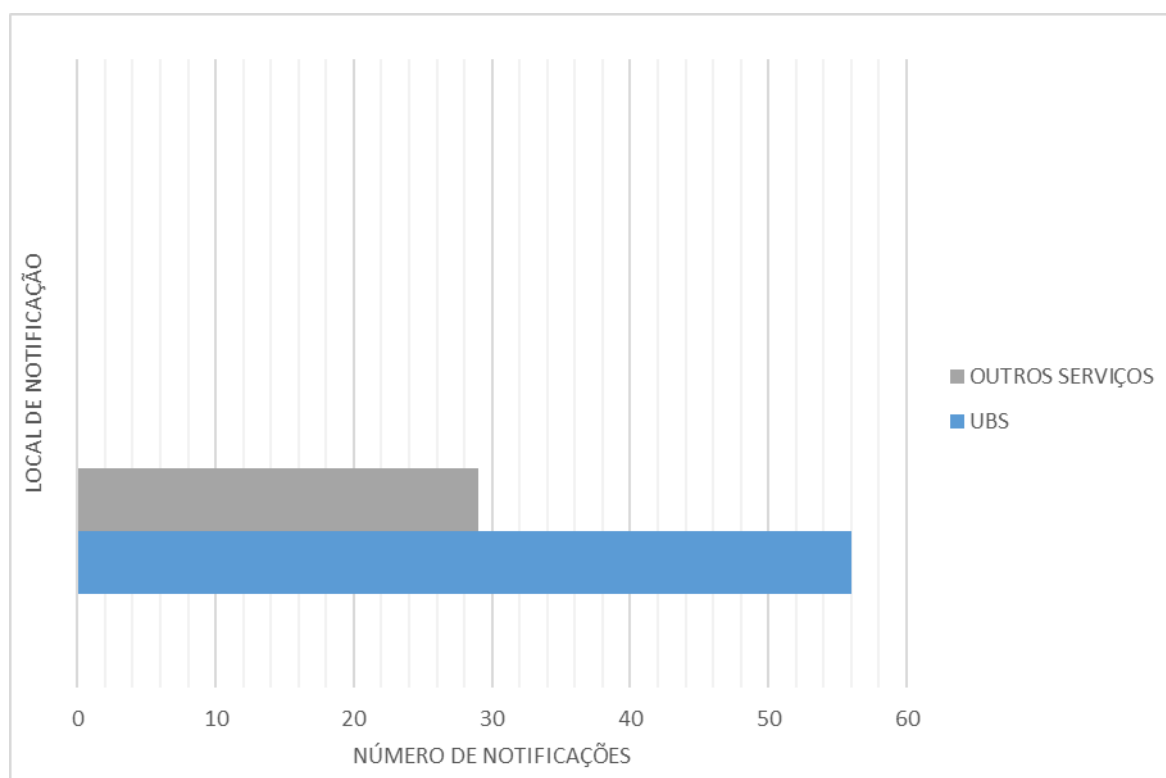
Idade	Frequência
14 a 20 anos	23
21 a 30 anos	41
31 a 41 anos	21

Fonte: Adaptado de SINAN NET (2018).

Segundo a etnia foram registrados 59 casos notificados em pardos (69,41%), 12 (doze) em negros, 6 (seis) em brancos, 1 (um) em amarelo, 1 (um) em indígena e 6 (seis) casos ignorados. Destes, apresentou-se prevalência de casos na área urbana, os quais somaram 72 (84,70%), 9 casos na área rural, e 4 (quatro) casos ignorados. Ademais os dados revelaram que dos 85 casos notificados, apenas 2 (duas) mulheres haviam iniciado ou concluído o ensino superior, 19 iniciado ou concluído o ensino médio, 8 (oito) concluído apenas o ensino fundamental e 27 não concluíram o ensino fundamental, desconsiderou-se os 30 casos ignorados.

Na Figura 1 é possível perceber que 65,88% das notificações foram feitas em Unidades Básicas De Saúde (UBS) enquanto 34,11% foram feitas em outros serviços de saúde como hospitais e serviços ambulatoriais especializados.

FIGURA 1. Frequência de Notificação Segundo Local de Notificação Entre 2011 e 2018.



Fonte: Adaptado de SINAN NET (2018).

Evidenciou-se diante dos dados que 84 casos foram confirmados. Foram realizados Testes Treponêmicos (TT) e Testes não Treponêmicos (TNT) que resultaram em 52 casos reativos, 2 (dois) casos não reativos, 23 não realizados e 8 (oito) ignorados para TT, e TNT com 78 casos reativos, 4 (quatro) não realizados e 3 (três) ignorados.

Diante da Tabela 3, é visto que a maioria das pacientes se apresentava com o estágio evolutivo primário de Sífilis (45,88%); 7% estágio secundário; 10,58% estágio terciário; 5,88% na fase latente e 30,58% casos ignorados.

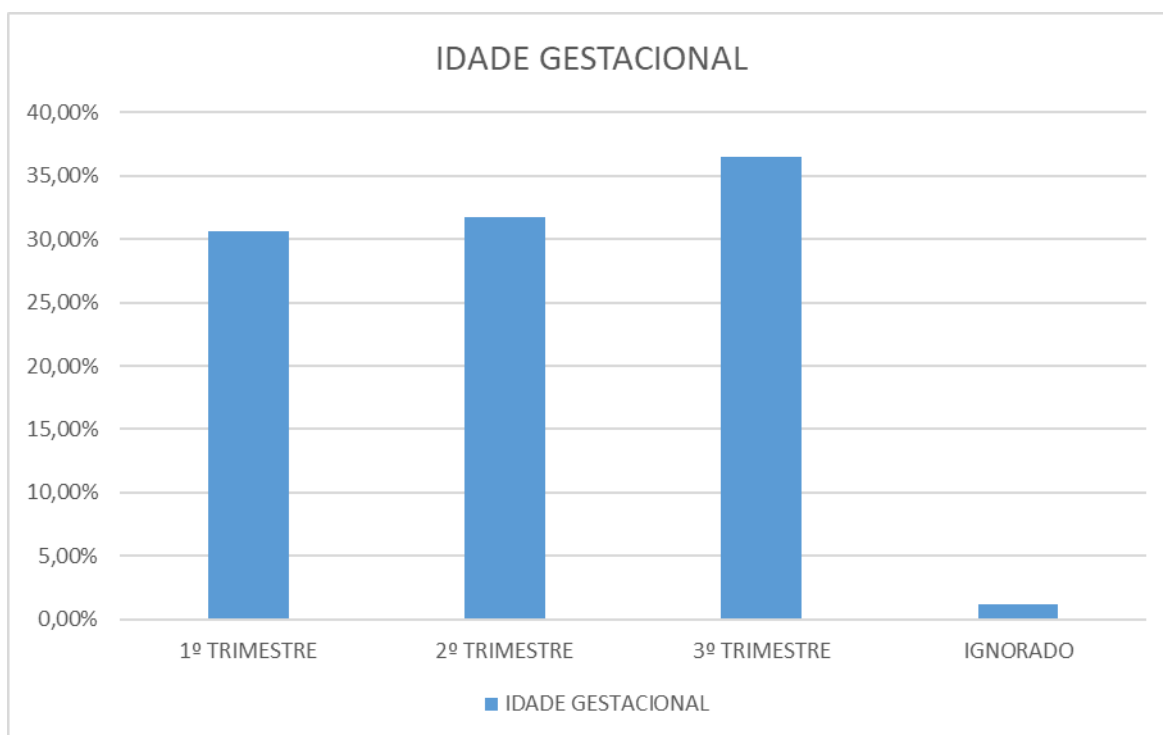
TABELA 3. Frequência de Notificação Segundo Classificação Clínica Entre 2011 e 2018

Classificação Clínica	Total
Ign/Branco	26
Primária	39
Secundária	6
Terciária	9
Latente	5
Total	85

Fonte: Adaptado de SINAN NET (2018).

Ao analisar a Figura 2, em relação à idade gestacional, nota-se que 36,47% dos diagnósticos foram feitos no terceiro trimestre de gestação, 31,76% no segundo trimestre e 30,58% no primeiro trimestre. Apenas em 1 (um) caso a idade gestacional foi ignorada.

FIGURA 2. Frequência de Notificação Segundo Idade Gestacional Entre 2011 e 2018.



Fonte: Adaptado de SINAN NET (2018).

Na variável segundo esquema de tratamento, 52 pacientes receberam o esquema de Penicilina G Benzatina 2,4 milhões de Unidades Internacionais (UI), 2 (duas) o esquema de Penicilina G Benzatina 4,8 milhões de UI, 17 receberam Penicilina G Benzatina 7,2 milhões de UI, 5 (cinco) gestantes receberam outro esquema, 8 (oito) não foram tratadas e 1 caso foi ignorado. Apenas em 34

casos o parceiro da paciente também recebeu o tratamento, 41,17% dos parceiros não foram tratados e 18,82% dos casos foram ignorados.

#### 4. DISCUSSÃO

Diante dos resultados demonstrados nesse estudo, percebeu-se que o número de casos registrados tem aumentado com o passar dos anos evidenciando o aumento no número de casos, conforme os dados, o que remete à hipótese de haver a intensificação na busca e notificação de casos, tendo em vista que o pré-natal possui como indispensável o rastreio da sífilis gestacional. Domingues *et al.* (2014) sugeriram que esse aumento é devido ao fortalecimento desses serviços de pré-natal por meio da Rede Cegonha, que é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil.

Araújo *et al.* (2018) confirmaram em seu estudo que a faixa etária mais acometida estava entre 21 e 30 anos, apresentando uma média de 25,7 anos, caracterizando um perfil jovem de gestantes portadoras de Sífilis. Magalhães *et al.* (2013), além de descreverem um perfil jovem e de etnia parda, em sua pesquisa associaram a infecção ao baixo grau de instrução materna como mostrado nesse estudo em que 31,76% das pacientes não haviam concluído o ensino fundamental, evidenciando a relevância em demonstrar esse quesito por traçar um perfil de vulnerabilidade.

Ratificando estudo realizado na cidade de Sobral por Nonato *et al.* (2015) e a maioria dos estudos brasileiros avaliados, 84,70% dos episódios das infecções se deram em zona urbana, provavelmente devido a práticas sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros serem mais comum nessa zona de moradia.

Quanto ao diagnóstico da infecção, de acordo com a pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2017) o TNT foi positivo em 89,2%, confirmando o presente estudo em que 92,8% dos casos foram reagentes. Em contrapartida quanto ao TT, Barbosa *et al.* (2017) tiveram como resultado que 70,6% das pacientes não realizaram o teste, quando 61,9% das notificações desse estudo tiveram o teste reagente.

Os testes não treponêmicos como *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) e o *Rapid Plasma Reagin* (RPR) são quantitativos e de alta sensibilidade. Eles podem apresentar positividade por longos períodos, ainda que tenha havido a cura da infecção. Entretanto, as titulações, diminuem de maneira progressiva até que se tornam não reagentes após tratamento adequado (MILANEZ, 2008).

Os testes treponêmicos como *fluorescence treponemal antibody-absorption* (FTA-ABS), *microhemagglutination-Treponema pallidum* (MHA-TP), *Treponema pallidum hemagglutination* (TPHA) e *Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay* (ELISA) são qualitativos e utilizam o microrganismo *T. pallidum* como antígeno com a finalidade de confirmar a reatividade de TNT e em situações em que os TNT têm baixa sensibilidade, como na sífilis tardia. A capacidade de reação positiva é mais rápida

que os testes não treponêmicos (alta especificidade). Na maioria dos pacientes tratados com sucesso, os resultados permanecem reativos por anos ou até mesmo por toda a vida (AVELLEIRA, 2006).

Conforme dados do Ministério da Saúde no ano de 2010, que em dados gerais, ao avaliar a idade gestacional de diagnóstico da sífilis em gestantes, observou-se, em 2016, que a maior proporção das mulheres (37,0%) foi diagnosticada no primeiro trimestre, corroborando com a taxa de 40,9% dos casos de Porto nacional no período estudado.

Ao se tratar de classificação clínica, foi possível notar que a sífilis primária é a que representa maior parte dos casos. Esse dado foi verificado por Mesquita *et al.* (2012) e reafirmado pela presente pesquisa (45,88%).

Pela análise dos dados constatou-se que 65,88% das notificações foram feitas em unidades básicas de saúde (UBS), demonstrando a importância da realização e acompanhamento de pré-natal pela atenção básica.

Campos *et al.* (2010) perceberam que apenas 24,1% dos parceiros das gestantes foram tratados, enquanto no município de Porto Nacional 41,17% receberam o tratamento. Ademais, quanto ao esquema de tratamento da gestante eles afirmam que 53,6% receberam o esquema de 7,2 milhões de UI de Penicilina G Benzatina, enquanto nesse estudo a maioria das gestantes recebeu o esquema de Penicilina G Benzatina 2,4 milhões.

O perfil dos casos avaliados, foi traçado segundo a supremacia das notificações. As gestantes normalmente tinham entre 21 e 30 anos, eram pardas, moradoras da zona urbana, com baixo nível de escolaridade, foram diagnosticadas com a fase primária, no terceiro trimestre gestacional, geralmente na atenção primária em saúde (Unidades Básicas), a maior parte recebeu o tratamento, porém muitos parceiros não foram tratados.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças que exigem notificação compulsória têm como objetivo o acúmulo de dados que permitam a apreciação e análise que resultem em planos de intervenção para a minimização do número de casos ou das complicações dos mesmos. Em se tratando da notificação da sífilis em gestantes, o objeto é a redução significativa de sua incidência com a finalidade de reduzir as taxas de sífilis congênita, resultante da infecção vertical do agente. A sífilis congênita aparece como importante origem de morbimortalidade, em crianças e sobretudo em fetos, não obstante o tratamento financeiramente barato e facilidade de sua prevenção.

Esse estudo demonstrou um aumento expressivo dos casos de sífilis gestacional no decorrer dos anos, possivelmente esse aumento procede do uso de anticoncepcionais como único método contraceptivo e a suspensão do uso de preservativos, o aprimoramento do pré-natal por meio da Rede Cegonha, e o aperfeiçoamento da qualidade das notificações, mesmo que ainda haja subregistros nos prontuários e fichas de investigação dos agravos.

Um agravo importante encontrado foi o não tratamento dos parceiros sexuais das gestantes averiguado nos resultados dessa pesquisa. A minoria deles recebeu tratamento, o que motiva a reinfecção das gestantes e, conseqüentemente, as complicações no parto e o recrudescimento das taxas de sífilis congênita.

A reversão desse quadro com significativa redução de casos de sífilis gestacional e por consequência da Sífilis Congênita só serão realidade a partir de medidas de prevenção e controle eficientes. Para esse fim, é imprescindível o envolvimento direto de gestores e profissionais da saúde na ampliação de estratégias, que visem a melhoria do serviço prestado às gestantes.

Assistência pré-natal adequada, profissionais qualificados, completo registro no prontuário e no cartão da gestante são quesitos indispensáveis para que haja o acompanhamento integral e sistemático da gestante, permitindo que os ajustes e as ações necessárias sejam realizados.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, Eliete da Cunha; MONTE, Paula Carolina Brabo; HABER, Aranda Nazaré Costa de Almeida. Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 33-39, mar. 2018. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232018000100033&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000100033&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 27 out. 2018.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 out. 2018.

BARBOSA DRM, Almeida MG; Silva AO; Araújo AA; Santos AG. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional. *Rev. enferm. UFPE on line*; 2017 Nov 11(5): 1867-1874, mai. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23335/18934>.

BATISTA, Angélica; MORAES, Priscila. Perfil Epidemiológico Da Sífilis Gestacional E Congênita na Cidade de Varginha-MG no Período de 2009 a 2015: Comparação Com Dados Brasileiros e do Estado. In: **Anais do IV Congresso Internacional do Unis**. Anais. Varginha(MG) Unis-MG, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da Saúde**, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, DF. 2017.

CAMPOS, Ana Luiza de Araujo et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1747-1755, Set. 2010.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, Sept. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 setembro de 2018.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun., 2013.

MESQUITA KO, LIMA GK, FILGUEIRA AA, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral: Contribuições para assistência Pré-natal. DST – **J. Bras Doenças Sex Transm** [periódico na Internet]. 2012; 24(1): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-2-2012/JBDST%20completa%202012241.pdf>. Acesso em: 25 de out. 2018.

MILANEZ, Helaine; AMARAL, Eliana. Por que ainda não conseguimos controlar o problema da sífilis em gestantes e recém-nascidos?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 325-327, Jul. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100=72032008000700001-&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100=72032008000700001-&lng=en&nrm=iso). Acesso em 24 out. de 2018.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, Dec. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400681&lng=en&nrm=iso). Acesso em 27 de out. de 2018.

RODRIGUES CS, GUIMARÃES MDC, Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. n.16, v. 3, p. 168–75, 2004.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Notificação/Investigação Sífilis em gestante de 2011-2018**. Porto Nacional (TO): Secretária de Vigilância Epidemiológica de Porto Nacional (TO), 2018.

# USO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA EM PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: REVISÃO INTEGRATIVA



### **JULIANA GUIMARÃES DE FREITAS CRUVELO D'ÁVILA**

Programa de Pós-Graduação Assistência e Avaliação em Saúde (PPGAAS), Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **JÚLIO CÉSAR COELHO DO NASCIMENTO**

Programa de Pós-Graduação Assistência e Avaliação em Saúde (PPGAAS), Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **JESSICA DA SILVA CAMPOS**

Programa de Pós-Graduação Assistência e Avaliação em Saúde (PPGAAS), Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **VANESSA GUIMARÃES DE FREITAS CRUVELO D'ÁVILA**

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPCS), Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **VALÉRIA FRANÇA DA SILVA** Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN).

### **EIZECSON BATISTA DA PAZ** Faculdade Alfredo Nasser (UNIFAN).

### **DRA. LUDIMILA CRISTINA SOUZA SILVA** Universidade Federal de Goiás (UFG).

### **DR. YVES MAURO FERNANDES TERNES** Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG).

**RESUMO:** **Introdução:** A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva letal, de grande impacto, caracterizada pelo acometimento seletivo e progressivo dos neurônios motores superiores e inferiores, sendo

assim, a perda de neurônios motores do córtex cerebral, tronco encefálico e medula espinal. Os principais sintomas da doença são redução gradual de força e coordenação muscular, perda da capacidade de engolir e até respirar. Quando os músculos responsáveis pela ventilação são acometidos, o paciente evolui para o óbito. A ventilação não invasiva (VNI) vem sendo usada como proposta de melhoraria para a dispneia noturna, insônia e desconforto respiratório, proporcionando maior sobrevida aos pacientes. Diante disso, **Objetivo:** Levantar evidências acerca da aplicabilidade da VNI em pacientes portadores de ELA. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa com análise descritiva e qualitativa. As informações foram obtidas através da busca em bases de dados eletrônicas da BVS e PubMed. A busca foi realizada por dois revisores de forma independente. Resultados: Insuficiência respiratória foi à complicação mais citadas da doença (ELA). Quanto aos benefícios associado utilização da VNI os mais pontuados foram melhoria na qualidade de vida dos portadores, bem como menor taxa de mortalidade, entre outros. As complicações associada ao uso desses dispositivos levantadas nesse estudo foram sete, sendo: Risco de remoção acidental da máscara, possibilidade de retenção de secreções, Depressão do estado de consciência, traumatismo de face e incapacidade de eliminar secreções. **Conclusão:** Através da análise observou-se que a VNI melhora significativamente a sobrevida e a qualidade de vida do indivíduo portador de ELA, no entanto, é necessária atenção no que se refere ao percurso da doença para a oferta do suporte ventilatório.

**Palavras-chave:** Esclerose Lateral Amiotrófica. Ventilação Não Invasiva. Doença Neurodegenerativa. Sobrevida.

**ABSTRACT: Introduction:** Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) is a lethal progressive neurodegenerative disease, of great impact, characterized by the selective and progressive involvement of upper and lower motor neurons, thus, the loss of motor neurons in the cerebral cortex, brain stem and spinal cord. The main symptoms of the disease are gradual reduction in muscle strength and coordination, loss of ability to swallow and even breathe. When the muscles responsible for ventilation are affected, the patient progresses to death. Noninvasive ventilation (NIV) has been used as a proposal to improve nighttime dyspnea, insomnia and respiratory distress, providing greater survival to patients. Therefore, **Objective:** To raise evidence about the applicability of NIV in patients with ALS. **Materials and Methods:** This is an integrative review with descriptive and qualitative analysis. The information was obtained by searching the electronic databases of the VHL and PubMed. The search was carried out by two reviewers independently. **Results:** Respiratory failure was the most cited complication of the disease (ALS). As for the benefits associated with the use of NIV, the most scored were improvements in the patients' quality of life, as well as lower mortality rates, among others. The complications associated with the use of these devices raised in this study were seven, being: Risk of accidental removal of the mask, possibility of secretion retention, Depression of the state of consciousness, facial trauma and inability to eliminate secretions. **Conclusion:** Through the analysis it was observed that NIV significantly improves survival and quality of life of the individual with ALS, however, attention is needed with regard to the path of the disease to offer ventilatory support.

**Keywords:** Amyotrophic Lateral Sclerosis. Noninvasive Mechanical Ventilation. Neurodegenerative disease. Survival.

## 1. INTRODUÇÃO

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e debilitante. Acomete os neurônios motores superiores e inferiores, com a perda de neurônios motores do córtex cerebral, tronco encefálico e medula espinal. Sua incidência na população varia de 0,6 a 2,6 casos para 100 mil habitantes<sup>1</sup>. A idade é o fator preditor de maior relevância para a sua ocorrência, sendo mais prevalente nos pacientes entre 55 e 75 anos de idade (SUH *et al.* 2018).

Clinicamente, a doença evolui causando debilidade e atrofia progressiva da musculatura respiratória e dos membros, espasticidade, distúrbios do sono, estresse psicossocial e sintomas de origem bulbar como disartria e disfagia, resultando a necessidade de ventilação mecânica permanentemente, e posteriormente evoluindo para óbito<sup>1</sup>. Apresenta-se como característica inicial a fraqueza muscular em aproximadamente 60% dos pacientes (SUH *et al.* 2018).

Normalmente, a ELA inicia-se entre a quinta e a sexta década de vida e provoca a degeneração e morte dos neurônios motores superiores e inferiores (ANDERSEN *et al.* 2018; SUH *et al.* 2018). Quando os músculos responsáveis pela ventilação são acometidos, o paciente evolui para o óbito em alguns anos em decorrência da insuficiência respiratória (SUH *et al.* 2018).

O efeito do uso da ventilação não invasiva (VNI) na sobrevivência é controverso e o impacto sobre as causas da morte é desconhecido. No entanto, tem sido usada com frequência crescente em pacientes portadores de ELA para melhorar a dispneia noturna, insônia e desconforto respiratório, e pode ainda prolongar a vida<sup>3</sup>. Adicionalmente, a evolução da doença pode exigir a indicação de ventilação mecânica invasiva (VI). Uma vez efetuada a traqueostomia, o paciente pode ser mantido

vivo durante anos, ainda que inteiramente paralisado. A morte do paciente com ELA decorre de insuficiência respiratória, pneumonia por aspiração ou embolia pulmonar após imobilidade prolongada (HESS, 2012).

A VNI consta na administração de ventilação mecânica sem que haja a necessidade de vias aéreas artificiais, podendo ser oferecida ao paciente por meio de ventiladores mecânicos ou através de aparelhos denominados Pressão Positiva Bifásica nas Vias Aéreas<sup>4</sup>. Com a evolução e o agravamento da ELA, é preferível a utilização da VNI por pressão positiva, o BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*), pois esse método aumenta a ventilação alveolar do paciente, proporcionando um conforto respiratório maior e prolongando a sobrevida por muitos meses, além de poder melhorar a qualidade de vida (LUDOLPH *et al.* 2015; KURIAN, *et al.* 2009).

Atualmente, recomenda-se que os pacientes com ELA sejam tratados com uma equipe multidisciplinar. Embora a ELA e suas variantes sejam reconhecidas pelos neurologistas, cerca de 10% dos pacientes são mal diagnosticados e a demora na confirmação diagnóstica localidade não é incomum (BROOKS, *et al.* 2000).

Frente às alterações respiratórias causadas pela ELA e pela dificuldade em instituir um tipo de ventilação artificial, emergiu o seguinte questionamento: VNI melhora a sobrevida de pessoas com ELA?

Diante da complexidade da doença, e das dificuldades enfrentadas em instituir uma terapia respiratória eficaz a esse tipo de paciente, torna-se de grande relevância estudos que possam destacar os critérios para o uso da VNI em pacientes com ELA. Desta forma, o objetivo deste estudo é levantar evidências acerca da aplicabilidade da VNI em paciente portadores de ELA.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual se refere a um método que analisa e sintetiza as pesquisas de maneira sistematizada, e contribui para aprofundamento do tema investigado, e a partir dos estudos realizados separadamente e possível construir uma única conclusão, pois foram investigados problemas idênticos ou parecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para desenvolver uma revisão integrativa é necessário seguir seis etapas: 1º. Identificação do tema e formulação da questão norteadora da pesquisa; 2º. Definir critérios de inclusão e exclusão, bem como realizar a busca na literatura; 3º. Definir as informações relevantes que deverão ser extraídas dos estudos se incluídos, bem como a sua categorização; 4º. Avaliar os estudos incluídos; 5º. Discussão e interpretação dos resultados; 6º. Síntese do conhecimento evidenciado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O estudo foi realizado por meio de busca na literatura sobre VNI para pacientes com ELA. A obtenção dos dados ocorreu através de buscas processadas por meio das bases Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed).

Para realizar a busca foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os operadores booleanos “AND” e “OR” para fazer a conexão dos termos, sendo dos principais: “Doenças Neurodegenerativas”, “Esclerose Amiotrófica Lateral” e “Ventilação não Invasiva”.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos que respondessem a questão norteadora, bem como os objetivos da pesquisa; sem limite de data de publicação; artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.

O acesso à base de dados e a coleta de dados foram realizados por dois pesquisadores independentes. Na primeira fase foi realizada a leitura apenas dos títulos e resumos, em seguida, aqueles que atenderam aos critérios de inclusão foram lidos na íntegra.

Após a leitura na íntegra de cada um dos artigos, foi preenchido um instrumento, elaborado pelos autores/revisores contendo: identificação do artigo, ano e país de publicação, idioma, tipo de instituição onde foi realizado o estudo, metodologia empregada e o nível de evidência.

A avaliação do nível de evidência foi classificada conforme proposto por Camanho<sup>10</sup>: Nível 1 – revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos; Nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3 – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4 – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5 – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível 7 – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas. As evidências pertencentes aos níveis I e II são consideradas fortes, de III a V evidências moderadas e VI e VII evidências fracas (CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 2009).

Para otimizar o tempo da pesquisa optou pelo uso do gerador de referência bibliográfica, Mendeley Version 1803, proposto por Yamakawa et al (YAMAKAWA *et al.* 2014).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 45 estudos, contudo, somente 20 foram utilizados, pois atenderam aos critérios de inclusão do estudo, sendo que o ano que obteve maior número de publicação foi em 2015, com oito (40%), seguido pelo ano de 2013, com 5 (25%) e o ano que teve menor número de publicação foram os anos de 2018 com três (15%), 2017 com 2 (10%), 2016 e 2014 com 1 (5%).

Quanto ao nível de evidências cinco dos estudos incluídos (25%) apresentaram níveis I e II (evidências fortes), 12 (60%) foram classificados como nível III a V (evidências moderadas) e três (15%) dos estudos VI e VII (evidências fracas). Portanto, a maior parte dos estudos foram estudos de evidências moderadas.

Os estudos foram submetidos uma análise criteriosa e as evidências encontradas quanto as principais complicações associadas a ELA foram expostas no quadro abaixo (Quadro 1). No qual se

observou que insuficiência respiratória, amiotrofia, fraqueza muscular e a disfagia disartria, podem ser consideradas as principais complicações associadas a ELA.

**Quadro 1:** Distribuição dos estudos quanto as principais complicações associadas a ELA.

<b>Principais complicações associadas a esclerose lateral amiotrófica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Insuficiência respiratória	10	50%
Amiotrofia, Fasciculações Espasticidade	06	30%
Fraqueza Muscular	06	30%
Disfagia Disartria e alterações fonatórias	06	30%
Fadiga Crônica	01	5%
Alterações metabólicas	01	5%
Redução do Volume Corrente	01	5%

Dentre os principais benefícios associado à utilização da VNI em pacientes portadores ELA, os que obtiveram mais destaque foram: A melhora na qualidade de vida do paciente e a redução na mortalidade (Quadro 2).

**Quadro 2:** Distribuição dos estudos quanto aos principais benefícios da utilização da VNI em pacientes portadores de ELA.

<b>Benefícios da utilização da VNI em paciente portadores de ELA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Melhora a qualidade de vida do paciente	04	20%
Causa menor de mortalidade	03	15%
Melhora a função pulmonar	01	5%
Qualidade de sono	01	5%
Não Lesiona a via aérea	01	5%
Menor risco de infecção nosocomial	01	5%
Mais facilidade no desmame	01	5%

Dentre os estudos analisados, apenas sete relataram sobre as complicações relacionadas com a utilização da VNI em pacientes portador de ELA, sendo que tais estudos apresentaram o mesmo percentual para cada complicação pontuada (Quadro 3).

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos quanto as principais complicações relacionadas com a utilização da VNI em paciente portador de ELA.

<b>Principais complicações relacionadas com a utilização da VNI em paciente portadores de ELA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Risco de remoção acidental da máscara	01	5%
Possibilidade de retenção de secreções	01	5%
Depressão do estado de consciência	01	5%
Traumatismo de Face	01	5%
Incapacidade de eliminar secreções	01	5%
Hemorragia gastrointestinal ativa	01	5%
Risco de aspiração	01	5%

As doenças neuromusculares, como é o caso da ELA, prejudicam a renovação do ar alveolar e, por esta razão, produzem insuficiência respiratória crônica levando o paciente a apresentar um quadro de hipoventilação alveolar. De instalação lenta e progressiva, não é comumente diagnosticada, tão pouca tratada até que aconteça um episódio de insuficiência respiratória aguda (VANDENDERGHE, *et al.* 2018).

Como proposta terapêutica, a VNI, segundo Sferrazza Papa *et al.*<sup>14</sup>, pode reduzir o declínio da função pulmonar e conseqüentemente melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos pacientes afetados pela doença. Trata-se é um modo de ventilação mecânica alveolar que não necessita de via endotraqueal. Foi na década de 80 que a utilização da VNI aumentou de forma significativa, com reconhecimento à eficácia ventilatória (GEORGES, *et al.* 2016).

O BiPAP é um aparelho de VNI que proporciona que o paciente possua interação social no ambiente extra-hospitalar. O aparelho é de fácil manuseio e quando os familiares tem a capacitação adequada. Nos casos mais avançados da doença que requer a utilização por um período prolongado ou constante há uma melhora da qualidade de vida e sobrevida nesses pacientes (MELLO, 2009).

Embora o uso atual de opções terapêuticas seja determinado pela condição médica em analogia às diretrizes clínicas, o paciente tem o direito de optar pelas diferentes alternativas disponíveis de recursos terapêuticos. Em um estudo realizado por Andersen *et al.*: (2018), a VNI foi a mais escolhida na Alemanha, no entanto, na Suécia a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) ainda continua sendo a primeira opção entre os pacientes, já entre os poloneses, grande parte ainda se encontravam indecisos a respeito da escolha terapêutica.

Os pacientes que se beneficiam com o BiPAP possuem maior conforto respiratório principalmente no período noturno uma vez que o aparelho proporciona menor esforço respiratório aos pacientes com ELA. A VNI, neste caso, evita que o paciente necessite de uma via aérea invasiva e artificial. O uso da VNI possui menor risco de desenvolvimento de infecção causada pelos suportes ventilatório (MELLO, *et al.* 2009).

Em comparação a VI, a VNI é o modo de ventilação seguro e eficaz mais confortável para o doente, podendo ser usada de forma intermitente não lesiona a via aérea com tubo endotraqueal e tem menor risco de infecção nosocomial. O doente mantém a fala, a deglutição e os mecanismos de defesa das vias aéreas possibilitando a eliminações de secreções de forma fisiológica, reduzindo o tempo de hospitalização, gerando menores custos, maior facilidade no desmame e causa menor mortalidade (BURKHARDT, *et al.* 2017).

O uso da VNI em pacientes acometidos por ELA contribui para uma melhor qualidade de sono, sobrevida e qualidade de vida. Também foi evidenciado uma melhora significativa nos sintomas de hipoventilação alveolar, visto que tal sintoma, bem como a hipercapnia são mais frequentes por causa da fraqueza muscular respiratória que estão submetidos (VRIJEN, *et al.* 2017).

As desvantagens da VNI nem sempre permitem optar por este modo ventilatório. A necessidade de colaboração do doente, a possibilidade de retenção de secreções, a fuga de ar e o risco de remoção acidental da máscara, em associação com o inconveniente de não permitir a administração de volumes constantes, torna a VNI mais lenta na correção das alterações gasométricas (MELLO, *et al.* 2009).

Burkhardt *et al* comprovaram que o uso de VNI prolonga a sobrevivência em até 10 meses a mais em comparação com o grupo de paciente com VI para pacientes portadores de ELA. Todavia, os pacientes em uso de VNI apresentaram mais broncopneumonia que aqueles em uso de VI<sup>17</sup>.

A VNI quando realizada de maneira efetiva nos pacientes com ELA proporciona uma maior sobrevida e normalmente necessitam desse recurso por um tempo maior. Vale ressaltar que o tempo de uso da VNI é bem mais longo nesses indivíduos em comparação os que apresentam doença pulmonar. Além disso, por se tratar de uma doença progressiva, torna-se necessário realizar ajustes dos parâmetros ventilatórios de maneira contínua de acordo com a mudança no curso da doença (NICHOLSON, *et al.* 2017).

Estudo realizado por Nicholson *et al.* (2017), verificou que os pacientes acometidos com ELA apresenta um ciclo respiratório espontâneo e portanto destaca a relevância de prescrever um parâmetro adequado para uso da VNI, capaz de assegurar um tempo inspiratório mínimo diminuindo as chances de respiração superficial curta e com isso colaborando para que diminua desenvolvimento da fadiga muscular.

Para fraqueza muscular respiratória e a disfunção respiratória que acometem esses indivíduos parece ser indicado o uso de uma frequência respiratória de retorno durante a VNI. A comparação entre os parâmetros ventilatórios entre os ciclos volumétricos e volume corrente inspiratório (VCI) em meio de pressão demonstrou uma sobrevida similar (GEORGES, *et al.* 2016; NICHOLSON, *et al.* 2017; BOENTERT *et al.* 2015).

Para melhorar a qualidade do sono dos indivíduos com ELA sugere a utilização da titulação polissonográfica noturna por facilitar os ajustes da VNI sendo possível dosar a pressão mais adequada para condição clínica desses pacientes (VRIJEN *et al.* 2017).

Até o momento, não há tratamento curativo e, em consequência, o paciente requer assistência quanto à mobilidade e atividades da vida diária, atenção de diversos profissionais de saúde e ventilação

mecânica. A progressão inexorável da ELA exige que os profissionais proponham metas terapêuticas diversas, as quais diferirão de acordo com seu estado funcional. Torna-se imprescindível identificar e documentar as disfunções existentes, de modo reprodutível, por meio de escalas funcionais (HESS, 2012).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método VNI tem se mostrado eficaz para pacientes que necessitam de ventilação durante o enfrentamento da doença. No entanto, vale ressaltar que nem os todos pacientes recebem indicação deste suporte ventilatório, é necessário uma avaliação clínica por uma equipe multiprofissional para atender as necessidades do paciente.

Quanto aos benefícios do BiPAP no tratamento para os pacientes com ELA possuem mais vantagens do que desvantagens. As desvantagens são mínimas quando o paciente é colaborativo e faz o uso da máscara do respirador de forma adequada, obtém-se uma melhora na qualidade de vida do paciente e conseqüentemente na redução da mortalidade por eventos adversos.

Portanto, o uso VNI é um método importante para o acompanhamento dos pacientes portadores de ELA, podendo aumentar a sobrevida, oferecendo ainda uma melhor qualidade de vida. Porém, a indicação do uso do BiPAP no início do tratamento ainda não é utilizada pela falta conhecimento dos benefícios no estado inicial da doença. Diante disso, tornam-se necessárias novas pesquisas nessa área para que seja comprovado a eficiência do BiPAP no início do tratamento.

#### 5. REFERÊNCIAS

ANDERSEN, P.M. et al. Therapeutic decisions in ALS patients: crosscultural differences and clinical implications. **J Neurol**, v. 265, p.1600, 2018. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8861-4>.

BACH, J. R, MARTINEZ, D. Duchenne muscular dystrophy: continuous noninvasive ventilatory support prolongs survival. **Respir Care**, v.56, n.6, p.744-750, 2011.

BROOKS, B. R. et al. El Escorial revisited: revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis. **Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord**, v.1, p.293-9, 2000.

BURKHARDT, C. et al. Is survival improved by the use of NIV and PEG in amyotrophic lateral sclerosis (ALS)? A postmortem study of 80 ALS patients. **PLoS ONE**, v.12, n.5, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177555>.

BOENTERT, M. et al. Effects of non-invasive ventilation on objective sleep and nocturnal respiration in patients with amyotrophic lateral sclerosis. **J Neurol**, v.262, p.2073–2082, 2015. DOI10.1007/s00415-015-7822-4.

CAMANHO, G. L. Nível de evidência. **Rev. bras. ortop.**, v.44, n.6,2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3616200900060000>

CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION (CRD). Systematic Reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York, 2009. Disponível em: [https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic\\_Reviews.pdf](https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf)

GEORGES, M., *et al.* Initiation of non-invasive ventilation in amyotrophic lateral sclerosis and clinical practice guidelines: Single-centre, retrospective, descriptive study in a national reference centre. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, v.18, p.1-2, 2016. <https://doi.org/10.1080/21678421.2016.1236817>

HESS, D. R. The growing role of noninvasive ventilation in patients requiring prolonged mechanical ventilation. *Respir Care*, v.57, n.6, p. 900-918, 2012.

KURIAN, K. M. *et al.* Cause of death and clinical grading criteria in a cohort of amyotrophic lateral sclerosis cases undergoing autopsy from the Scottish Motor Neurone Disease Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, v.80, p.84-7, 2009. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2008.149708>.

LUDOLPH, A. *et al.* A revision of the El Escorial criteria: 2015. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, v.16, p.291-292, 2015. DOI:10.3109/21678421.2015.1049183.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enfermagem*, v.17, n. 4, p.758-764, 2008.

MELLO, M. P., *et al.* O paciente oculo: Qualidade de vida entre cuidadores e paciente com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica. *Rev Bras Neurol*, v.45, n.4, p. 5-16, 2009.

NICHOLSON, T. T. *et al.* Respiratory pattern and tidal volumes differ for pressure support and volume-assured pressure support in amyotrophic lateral sclerosis. *Ann Am Thoracic Soc.*, v.14, p.1139-46, 2017. <https://doi:10.1513/AnnalsATS.201605-346OC>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D, CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, v.8, p.102-6, 2010.

SFERRAZZA, P. G. F, *et al.* Respiratory muscle testing in amyotrophic lateral sclerosis: a practical approach. *Minerva Med*, v.109, n.6, p.11-9, 2018. DOI: 10.23736/S0026-4806.18.05920-7

SUH, M. R. *et al.* Five-Year Follow-Up and Outcomes of Noninvasive Ventilation in Subjects With Neuromuscular Diseases. *Respiratory Care March*, v.63, n.3, p. 274-281, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.05475>.

VRIJSEN, B. *et al.* Randomized cross-over trial of ventilator modes during non-invasive ventilation titration in amyotrophic lateral sclerosis. *Respirology*, v.22, p.1212-8, 2017. <https://doi:10.1111/resp.13046>

VANDENBERGHE, N. *et al.* Absence of airway secretion accumulation predicts tolerance of noninvasive ventilation in subjects with amyotrophic lateral sclerosis. *Respir Care*, v.58, p.1424-32, 2013.

YAMAKAW, E. K. *et al.* Comparativo dos softwares de gerenciamento de referências bibliográficas: Mendeley, EndNote e Zotero. *TransInformação*, v.26, n.2, p.167-176, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-37862014000200006>.

# ADESÃO AO BUNDLE DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO ASSOCIADA A CATETER: UM ESTUDO OBSERVACIONAL



### JÚLIO CÉSAR COELHO DO NASCIMENTO

Enfermeiro, Mestrando - Programa de Pós-Graduação em Assistência e Avaliação em Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia, GO, Brasil.

### JESSICA DA SILVA CAMPOS

Enfermeira, Mestranda - Programa de Pós-Graduação em Assistência e Avaliação em Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia, GO, Brasil.

### ANA CAROLINY FARIA ALVES

Enfermeira - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, Brasil.

### DULCELENE DE SOUSA MELO

Enfermeira do Hospital das Clínicas - HC-UFG, Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem para Infecções Associadas à Assistência à Saúde (NEPIH). Professora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia-GO, Brasil.

### SERGIANE BISINOTO ALVES

Enfermeira do Hospital das Clínicas - HC-UFG, Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem para Infecções Associadas à Assistência à Saúde (NEPIH). Professora da Universidade Católica de Goiás – PUC-GO, Goiânia-GO, Brasil.

### SILVANA DE LIMA VIEIRA DOS SANTOS

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem para Infecções Associadas à Assistência à Saúde (NEPIH). Professora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia-GO, Brasil.

### HELINY CARNEIRO CUNHA NEVES

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem para Infecções Associadas à Assistência à Saúde (NEPIH). Professora da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia-GO, Brasil.

### IEDA MARIA SAPATEIRO TORRES

Farmacêutica, Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás - UFG, Goiânia, GO, Brasil.

Programa de Pós-Graduação em Assistência e Avaliação em Saúde Laboratório de Microbiologia de Medicamentos e Alimentos - LAMIMA.

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, Brasil.

**RESUMO:** O cateterismo urinário é vivenciado como uma prática de rotina na UTI. O uso do cateter urinário por tempo prolongado favorece complicações e contribui para o desenvolvimento de infecção do trato urinário associada a cateter (ITU- AC). As ITU-AC são preveníveis, desde que estratégias sejam implementadas. O *bundle* de prevenção e controle das ITU-AC mostra-se bastante eficiente na redução das taxas desta infecção. Diante disso, esse estudo objetivou avaliar a adesão ao *bundle* de prevenção de ITU-AC em UTI de um hospital público de Goiás. Trata-se de um estudo observacional prospectivo. Os dados foram obtidos por amostragem de conveniência no período de janeiro a março de 2020. Realizou-se uma análise estatística simples e des-

critiva dos dados obtidos durante a observação *in loco*. Foram realizadas 236 observações diretas, sendo 230 de manutenção e 6 de inserção do cateterismo vesical de demora. Foi possível observar que a taxa de conformidade da adesão ao *bundle* de prevenção de ITU-AC no momento da inserção cateter foi maior que a taxa de manutenção. A não conformidade na manutenção foi de 80,9%, ou seja, apenas 19,1% aderiram ao *bundle*. A não conformidade foi evidenciada principalmente nos indicadores relacionados a higiene diária do meato uretral e na verificação diária da necessidade de manter o cateter vesical. Observou-se que as não conformidades estão diretamente ligadas a problemas como: falta de prescrição de enfermagem “higiene do meato urinário”; registro no prontuário pela equipe de enfermagem do procedimento realizado; registro na evolução médica diária sobre a necessidade de manter o cateter e identificação do momento da inserção (data, hora e executor). Portanto, recomenda-se a implementação de programas de educação permanente e de treinamento dos profissionais mais frequentes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de Terapia Intensiva; Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; Infecção do Trato Urinário Associado a Cateter; Pacotes de Assistência ao Paciente.

**ABSTRACT:** Urinary catheterization is experienced as a routine practice in ICUs. The prolonged use of the urinary catheter favors complications and contributes to the development of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTI). CAUTI are preventable, as long as strategies are implemented. The CAUTI prevention and control bundle is very efficient in reducing the rates of this infection. Therefore, this study aimed to assess adherence to the CAUTI prevention bundle in the ICU of a public hospital in Goiás. This is a prospective observational study. The data were obtained by convenience sampling from January to March 2020. For simple statistical analysis, a descriptive analysis of the data obtained during on-site observation was performed. 236 direct observations were made, 230 of which were for maintenance and 6 for insertion of delayed bladder catheterization. It was possible to observe that the compliance rate of adherence to the CAUTI prevention bundle at the time of catheter insertion was higher than the maintenance rate. Maintenance non-compliance was 80.9%, that is, only 19.1% joined the bundle. Non-compliance was evidenced mainly in the indicators related to daily hygiene of the urethral meatus and in the daily verification of the need to maintain the bladder catheter. It was observed that non-conformities are directly linked to problems such as: lack of nursing prescription “hygiene of the urinary meatus”; registration in the medical record by the nursing team of the procedure performed; record in the daily medical evolution about the need to maintain the catheter and identification of the moment of insertion (date, time and executor). Therefore, it is recommended to implement permanent education and training programs for professionals.

**KEY-WORDS:** Intensive Care Units; healthcare-associated infections; Catheter-Associated Urinary Tract Infections; Patient Care Bundles.

## 1 INTRODUÇÃO

O Cateter Vesical de Demora (CVD) é amplamente utilizado em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e este é responsável por até 80% das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) (TOLENTINO, 2017).

Pacientes com cateterismo vesical apresentam risco estimado de 3% a 7% de desenvolver Infecção do Trato Urinário (ITU) por dia de cateterismo. Dentre os fatores de risco, o tempo de

permanência contribui significativamente com o desenvolvimento das Infecções do Trato Urinário Associada a Cateter (ITU-AC) (TOMINAGA et al. 2014).

As complicações associadas ao cateterismo vesical, além de causar desconforto para o paciente, prolonga o tempo de internação, conseqüentemente aumento dos custos hospitalares e o aumento das taxas de mortalidade (CAMPOS et al. 2016). Diante disso, a implementação do *bundle* para prevenção e controle das ITU-AC é de extrema relevância para a saúde pública, considerando que a IRAS é um problema de abrangência mundial.

Apesar dos avanços, no que se refere às medidas para a prevenção e controle das IRAS, Gilhooly et al. (2019) afirmam que a baixa adesão pelos profissionais de saúde às recomendações dos *bundles* vem sendo um desafio para as instituições de saúde.

Como pacote de medidas para a prevenção das ITU-AC, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2017) recomenda: adesão à higiene de mãos, capacitação da equipe, técnica asséptica na introdução do CVD, manutenção correta e vigilância; cateter intermitente como medidas alternativas possíveis; direcionar o uso de CVD apenas para os casos com indicações claras e evitar manter o CVD por tempo desnecessário.

Além disso, Mota e Oliveira (2019) sugerem a implementação de programas de melhoria da qualidade com abordagem ativa, por meio de auditorias de processo para avaliar a adesão dos profissionais envolvidos na inserção e manutenção do cateter. Esse programa deve avaliar a manutenção, cuidados com a fixação do cateter vesical; bolsa coletora com menos de três quartos de sua capacidade preenchida, abaixo do nível da bexiga e sem contato com o chão; fluxo urinário desobstruído e uso de sistema de drenagem fechado.

A construção do *bundle* não garante a prevenção e o controle das IRAS. Faz-se necessário avaliar a conformidade do *bundle* com a prática assistencialista para garantir a melhoria contínua da qualidade e a segurança do paciente (SILVA et al. 2014).

Uma pesquisa realizada em UTIs nos Estados Unidos da América (EUA) verificou que a instituição de *bundle* não é a única medida que consegue obter impactos na redução da incidência e na ocorrência de complicações relacionadas às IRAS, é necessário que os profissionais conheçam e adotem às diretrizes recomendadas (DANTAS et al. 2017). Para tanto, as diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e da ANVISA (2017) sugerem a avaliação da adesão dos profissionais da saúde às medidas de prevenção recomendadas pelo *bundle* (GOULD et al. 2009).

Portanto, verificar a adesão dos profissionais de saúde quanto às medidas preventivas recomendadas pelo *bundle*, principalmente daqueles que manuseiam e realizam a instrumentação do trato urinário, segundo Bork, Gaspar e Reche (2015), constitui-se etapa diagnóstica fundamental para as instituições de saúde que visam melhorar os processos e conseqüentemente os resultados relacionados aos cuidados ao paciente.

Diante disso, o presente estudo objetivou avaliar a adesão ao *bundle* de prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Goiás.

## 2 MATERIAS E MÉTODOS

Estudo observacional, de modo prospectivo, realizado em um hospital público de Goiás, referência na região centro-oeste do Brasil, que oferece inúmeras especialidades de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, é também voltado para o ensino e pesquisa.

O local de estudo possui três UTIs, sendo uma destinada à internação de clientes adultos para tratamento clínico, outra para clientes no pós-operatório imediato de grandes cirurgias e uma UTI neonatal. As UTIs selecionadas para o estudo totalizam 14 leitos, oito destinados aos clientes no pós-operatório e seis para clientes clínicos.

Os dados foram obtidos por amostragem de conveniência no período de janeiro a março de 2020, ininterruptamente, por dois enfermeiros, devidamente capacitados.

O acompanhamento durante a inserção e a manutenção do cateter vesical foi observacional, de forma direta, não participante, sem qualquer intervenção, e os profissionais não sabiam que estavam sendo observados, para evitar o efeito *Hawthorne*.

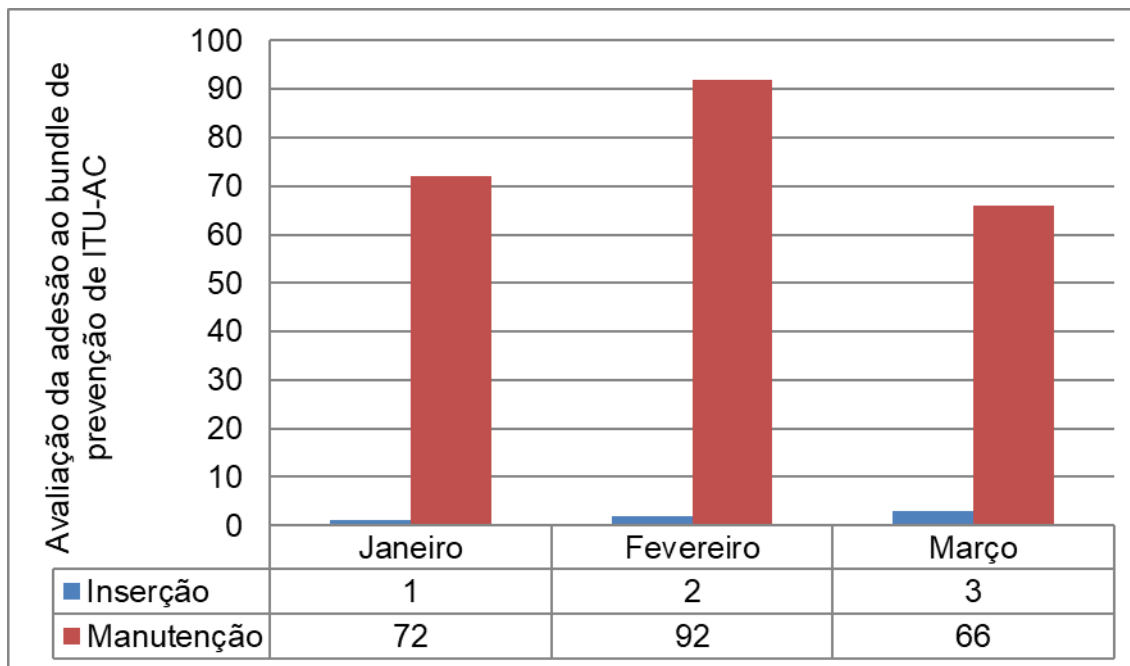
As observações foram conduzidas com auxílio de roteiro estruturado contemplando os indicadores de processo relacionados à inserção e a manutenção, elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS) da própria instituição, contendo recomendações para prevenção e controle das ITU-AC, e foram realizadas durante todos os dias da semana, de forma alternada, nos períodos matutino, vespertino e noturno.

O estudo é ancorado ao projeto intitulado “Indicadores epidemiológicos das infecções relacionadas aos cuidados em saúde no município de Goiânia – GO”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 48765815.0.0000.5078, parecer nº 3.114.433, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Os dados foram tratados no programa Microsoft Office Excel®, e apresentados por meio de tabelas e estatística descritiva.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 236 observações diretas, sendo 230 de manutenção e seis de inserção do cateterismo vesical de demora, distribuídas conforme apresentadas no gráfico abaixo.



Fonte: os autores.

A tabela 1 demonstra os resultados da avaliação da adesão dos profissionais às medidas para prevenção da infecção do trato urinário durante a inserção do cateter vesical de demora na UTI.

**Tabela 1.** Avaliação da adesão às medidas para prevenção da infecção do trato urinário durante a inserção do cateter vesical.

INDICADORES	n%	
	SIM	NÃO
- Higienizou as mãos (água e sabão ou álcool a 70%).	6 (100)	0
- Reuniu o material e o organizou sobre a mesa auxiliar previamente desinfetada.	6 (100)	0
- Conferiu e confirmou a identificação do paciente.	6 (100)	0
- Houve paramentação	6 (100)	0
- Higienizou as mãos com solução antisséptica (Clorexidina 2% ou PVPI 1% degermante).	6 (100)	0
- Montou bandeja de cateterismo mantendo a técnica asséptica.	6 (100)	0
- Conectou o cateter vesical ao sistema de drenagem fechado e testou o balonete.	5 (83,3)	1 (16,6)
- Lubrificou o cateter vesical com xilocaína gel estéril de uso único.	6 (100)	0
- Fez a antisepsia com PVPI 1% a partir do meato urinário com movimentos circulares e unidirecionais e aguardou o tempo de ação do antisséptico (3').	6 (100)	0
- Trocou as luvas por outras esterilizadas.	6 (100)	0
- Delimitou campo asséptico com campos amplos (fenestrado e médio).	6 (100)	0
- Transferiu o sistema de drenagem e cateter para o campo asséptico.	6 (100)	0
- Inseriu o cateter mantendo a técnica asséptica.	6 (100)	0

- Verificou a drenagem de urina pelo cateter ou sistema de drenagem e preencheu o balonete do cateter com água destilada.	6 (100)	0
- Removeu a solução antisséptica residual e retirou os campos mantendo o sistema de drenagem fechado.	6 (100)	0
- Fixou o cateter com esparadrapo na região supra púbica; ou face interna da coxa – sexo feminino).	6 (100)	0
- Fixou a bolsa coletora na parte lateral do leito mantendo-a sempre abaixo do nível da bexiga.	4 (66,6)	2 (33,3)
- Identificou a bolsa coletora com data, hora e nome do executor da técnica.	6 (100)	0
- Higienizou as mãos com água e sabão após o procedimento.	5 (83,3)	1 (16,6)
- Registrou o procedimento em prontuário.	4 (66,6)	2 (33,3)

Fonte: os autores.

Foi possível observar que a taxa de conformidade da adesão ao bundle de prevenção de ITU-AC no momento da inserção do cateter foi maior que a taxa de manutenção. A maioria dos indicadores alcançaram índices de 100% de adequação, a conformidade geral não foi prejudicada.

A não conformidade na manutenção foi de 80,9%, conforme pode ser observado na tabela 2, onde apresenta os resultados dos indicadores relacionados a manutenção do cateter.

**Tabela 2.** Resultados dos indicadores relacionados a manutenção do cateter.

INDICADORES	n (%)	
	SIM	NÃO
<b>O sistema de drenagem está fechado.</b>	226 (98,2)	4 (1,8)
<b>Verificou-se que a bolsa de drenagem está abaixo do nível da bexiga.</b>	229 (99,5)	1 (0,5)
<b>Verificou-se que a bolsa de drenagem está abaixo do nível da bexiga e 10 cm distante do chão.</b>	220 (95,6)	10 (4,4)
<b>Verificou-se que o fluxo de urina está livre e o sistema de drenagem está sem dobras e acotovelamentos.</b>	225 (97,8)	5 (2,2)
<b>Verificou-se que a bolsa coletora está com volume de urina menor que 2/3 da sua capacidade (menor que 1300 mL).</b>	221 (96,1)	9 (3,9)
<b>Verificou-se que a bolsa coletora contém a identificação do momento da inserção (data, hora e executor).</b>	137 (59,5)	93 (40,4)
<b>Verificou-se que a sonda estava fixada corretamente.</b>	224 (97,3)	6 (2,7)
<b>Identificado a prescrição de enfermagem “higiene do meato urinário”.</b>	125 (54,3)	105 (45,7)
<b>Identificado a checagem da prescrição de “higiene do meato urinário”.</b>	85 (36,9)	145 (63,1)
<b>Identificado o registro na evolução médica diária.</b>	102 (44,3)	128 (55,7)
<b>Adesão ao bundle de manutenção do CVD</b>	44 (19,1)	186 (80,9)

Fonte: os autores.

Na avaliação da adesão ao *bundle* de prevenção de ITU-AC nesta investigação, observou-se que as não conformidades estão diretamente ligadas a problemas como: falta de prescrição de enfermagem “higiene do meato urinário”; registro no prontuário pela equipe de enfermagem do procedimento realizado; registro na evolução médica diária sobre a necessidade de manter o cateter e identificação do momento da inserção (data, hora e executor).

AS ITU-AC são consideradas um evento adverso possível de prevenção, no entanto, as instituições de saúde enfrentam grandes problemas na adesão dos profissionais quanto às estratégias de prevenção e controle e isso compromete diretamente a qualidade da assistência prestada (GRAY et al. 2016).

No que se refere aos indicadores de processo que necessitam de atenção, o item “verificou-se que a bolsa coletora contém a identificação do momento da inserção (data, hora e executor)” apresentou uma taxa de 40,4% de não conformidade. Trata-se de uma taxa alarmante, uma vez que, este indicador é extremamente importante para o rastreamento de informações necessárias para a prevenção e controle das ITU-AC, conforme assegura Farias et al. (2019).

A taxa de não conformidade do indicador “o registro na evolução médica diária” foi de 55,7% o que é preocupante para a segurança do paciente. Revisar a necessidade da manutenção do cateter; implantar visita diária com médico e enfermeiro revisando a necessidade da manutenção do cateter, conforme recomendado pela ANVISA (2017), é essencial para a prevenção e controle das ITU-AC. A falta da avaliação diária possibilita o aumento do tempo necessário de cateterização o que oportuniza o desenvolvimento das ITU-AC.

Na manutenção do cateter de demora, Farias et al. (2019) afirmam que a higiene do meato uretral 3 vezes ao dia, com água e sabão, tem se mostrado uma estratégia importante na diminuição da incidência de ITU, no entanto, observou-se que esses dois indicadores “prescrição e checagem da higiene do meato urinário pela equipe de enfermagem” apresentaram uma taxa de não conformidade preocupante.

A taxa de não conformidade da prescrição de enfermagem foi de 45,7% e de checagem foi 63,1% o que compromete tanto a assistência prestada diretamente aos pacientes como também os indicadores de qualidade.

Uma *scoping review* realizada por Gilhooly et al. (2019) com uma amostra significativa de noventa e nove publicações quantitativas, revisadas por pares para extração de dados, demonstrou que a não adesão aos *bundles* implementados pelas instituições de saúde se deve em razão da falta de conhecimento ou às dificuldades em mudar hábitos consolidados ao longo do exercício profissional. Os mesmos problemas foram apontados por Silva e Oliveira (2018) em uma revisão integrativa constituída com dezesseis artigos.

As não conformidades aos indicadores de processo na manutenção do CVD apresentam risco para a segurança do paciente, principalmente no indicador da evolução médica diária, uma vez que o tempo de cateterismo contribui significativamente com o desenvolvimento das ITU-AC,

possibilitando complicações, maior tempo de internação na UTI e até mesmo o óbito (BARBOSA; MOTA; OLIVEIRA, 2019).

Práticas baseadas em evidências apontam que a adesão ao *bundle* é alicerçada pelas intervenções educativas com toda equipe envolvida no processo, incluindo a participação dos enfermeiros gestores (SHIMABUKURO; PAULON; FELDMAN, 2014).

Em 2014, Sachetti et al. avaliaram a adesão ao *bundle* de ventilação mecânica em uma UTI e este apresentou taxa de adesão de 66,7% após uma intervenção educativa. O estudo demonstrou aumento da adesão dos seguintes indicadores: elevação da cabeceira de 18,7% para 34,5%, ausência de líquidos no circuito do ventilador de 55,6% para 72,8%, higiene oral de 48,5% para 77,8%, e pressão do *cuff* de 29,8% para 51,5%. Diante disso, evidencia-se que a educação em saúde na prática clínica é extremamente importante.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de *bundle* para prevenção e controle de infecções em UTI é apresentado através das evidências científicas como uma ferramenta de baixo custo e amplamente utilizada pelas instituições de saúde. Todavia, a adesão ainda é um problema que deve ser levado em consideração, principalmente em ambientes que contribuem significativamente com o desenvolvimento das IRAS.

Nesta investigação, observou-se que as não conformidades estão diretamente ligadas a problemas passíveis de mudanças imediatas: falta de prescrição de enfermagem “higiene do meato urinário”; registro no prontuário pela equipe de enfermagem do procedimento realizado; registro na evolução médica diária sobre a necessidade de manter o cateter e identificação do momento da inserção (data, hora e executor). No entanto, requer conscientização dos profissionais que manuseiam o CVD e de que as medidas reconhecidas para prevenção da ITU-AC devem ser adotadas de forma coletiva, incluindo a participação dos gestores.

Acredita-se que a não adesão ao *bundle* se deve principalmente às dificuldades em modificar hábitos fortalecidos ao longo do exercício profissional. É por isso que as intervenções educativas se fazem necessárias com mais frequências, principalmente nas UTIs, por ser um local propício ao desenvolvimento de IRAS.

Ao avaliar a adesão ao *bundle* de prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público de Goiás foi possível identificar as lacunas na prática clínica. A partir dessa observação, acredita-se que este estudo permitirá a elaboração de estratégias mais pontuais direcionadas as etapas de inserção e principalmente manutenção do cateter, favorecendo assim a qualidade do cuidado e conseqüentemente, a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

BARBOSA, L.R.; MOTA, E.C.; OLIVEIRA, A.C. Infecção do trato urinário associada ao cateter vesical em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Epidemiol Control Infect**, Santa Cruz do Sul – RS, v.9, n.2, p.103-108, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v9i1.11579>

BORK, L.C.A; GASPAR, M.D.R.; RECHE, P.M. Adesão às medidas preventivas de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Epidemiol Control Infect**. Santa Cruz do Sul – RS, v.5, n.1, p. 12-16, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5i1.4885>.

CAMPOS, C.C.; ALCOFORADO, C.L.G.C.; FRANCO, L.M.C. et al. Incidence of catheter-related urinary tract infections: a cohort study. **REME – Rev Min Enferm**. Belo Horizonte – MG, p. 20:e973, 2016. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160043>

DANTAS, G.D.; OLIVEIRA-FIGUEIRÊDO, D.S.T.; NOBRE, A.M.D et al. Adesão da equipe de enfermagem às medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. **Rev enferm UFPE online**, Recife - PE, v.11, n.10, p. 3698-3706, 2017. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201701>.

FARIAS, R.C.; NASCIMENTO, C.C.L.; SOUZA, M.W.O. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: elaboração de Bundle. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.11, n.11, p. e510, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e510.2019>.

GILHOOLY, D.; GREEN, S.A; MCCANN, C. et al. Barriers and facilitator to the successful development, implementation and evaluation of care bundles in acute care in hospital: a scoping review. **Implement Sci**, Novi Sad, Sérvia, v.14, n.47, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0894-2>

GOULD, C. V.; UMSCHIED, C.A.; AGARWAL, R.K. et al. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. *Healthc Infect Control Pract Advis Committe* v.1, n. 67, 2009.

GRAY, D.; NUSSLE, R.; CRUZ, A. et al. Effects of a catheter-associated urinary tract infection prevention campaign on infection rate, catheter utilization, and health care workers perspective at a community safety net hospital. **Am J Infect Control**. Nova York, NY, v.44, n.1, p.115-116, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.08.011>

MOTA, E.C.; OLIVEIRA, A.C. Prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: qual o gap na prática clínica? **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, p. 28:e20180050, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0050>.

SACHETTI, A.; RECH, V.; DIAS, A.S. et al. Adesão às medidas de um bundle para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev. bras. ter. intensiva**, v.26, n.4, p. 355-359, 2014. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140054>.

SHIMABUKURO, P.M.; PAULON, P.; FELDMAN, L. B. Implantação de bundles em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria – RS, v. 4, n1, p. 227-236, 2014.

SILVA, S.G.; SALLES, R.K.; NASCIMENTO, E.R.P. et al. Avaliação de um bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, SC, v. 23, n.3, p. 744-750, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014002550013>

SILVA, A. G.; OLIVEIRA, A.C. Impacto da implementação dos bundles na redução das infecções da corrente sanguínea: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis - SC, v. 27, n.1, p.e3540016, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003540016>.

TOLENTINO, A.C.M. S.; PEREGRINO, A.A.F.; MARTA, C.B.; et al. O custo do cateterismo vesical de demora nos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. **J res fundam care online**, Rio de Janeiro-RJ, v.9, n.4, p.1170-1176, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1170-1176.

TOMINAGA, G.T.; DHUPA, A.; MCALLISTER, S.M.; CALARA, R. et al. Eliminating catheter- associated urinary tract infections in the intensive care unit: Is it an attainable goal? **Am J Surg**, Birmingham- EUA, v.208, n.6, p.1065-1070, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.08.013>.

# ACÇÃO INTERVENCIONISTA ACERCA DAS BOAS PRÁTICAS NO PARTO EM USF: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE



**BRUNA MOURA SILVA**

Universidade Estadual de Santa Cruz

**CAUAN BARBOSA NERY**

Universidade Estadual de Santa Cruz

**JESSICA MIRANDA COSTA**

Universidade Estadual de Santa Cruz

**PRISCILLA DOS SANTOS NASCIMENTO**

Universidade Estadual de Santa Cruz

**ROSANA NEVES DE MOURA**

Universidade Estadual de Santa Cruz

**KÁTIA BOMFIM DE CARVALHO  
GUERREIRO**

Universidade Estadual de Santa Cruz

de garantir que estas tenham conhecimento dos seus direitos para um parto seguro e humanizado. O presente artigo é um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por discentes de Enfermagem na escolha, reformulação e aplicação de um recurso didático acerca das boas práticas no parto para gestantes em uma USF. A partir da análise da ação, foi possível perceber a relevância da educação em saúde uma vez que as respostas das gestantes eram embasadas nas suas vivências pessoais, classificando que as boas práticas no parto não eram importantes/eficazes e que as práticas reproduzidas pelo modelo tecnocrático define-se como o método correto de assistência. Assim, é necessária a reflexão e orientação acerca da divergência entre a assistência preconizada e a realidade vivenciada pelas gestantes durante a parturição. A violência obstétrica ainda é uma realidade na assistência em saúde, até mesmo na persistência de práticas ultrapassadas que já se provaram maléficas à saúde da mulher e do bebê.

**RESUMO:** O parto é considerado um momento singular e marcante na vida da mulher e o cuidado realizado no processo do parto é determinante tanto para a vida e saúde da mãe quanto para o bebê. A busca pela humanização no processo do parto torna o papel da educação em saúde fundamental na orientação e instrução de gestantes e sua rede de apoio quanto ao curso da gestação, ao parto e ao puerpério. Na busca por metodologias eficientes para a educação popular em saúde, os recursos didáticos vêm se mostrando cada vez mais eficazes e dinâmicos no processo de ensino-aprendizagem. Entendendo a importância de vivências intervencionistas, objetiva-se relatar a experiência de uma ação de educação em saúde a partir da aplicação de um recurso didático acerca das boas práticas no parto para gestantes a fim

**PALAVRA-CHAVE:** Enfermagem; Educação em Saúde; Recursos em Saúde; Gestantes; Parto Humanizado.

**ABSTRACT:** Childbirth is considered a unique and remarkable moment in the woman's life and the care provided in the delivery process is decisive for both the life and health of the mother and the baby. The search for humanization in the delivery process makes the role of health education fundamental in the guidance and instruction of pregnant women and their support network regarding the course of pregnancy, childbirth and the puerperium. In the search for efficient methodologies for popular health education, teaching

resources have been shown to be increasingly effective and dynamic in the teaching-learning process. Understanding the importance of interventionist experiences, the aim is to report the experience of a health education action based on the application of a didactic resource about good practices in childbirth for pregnant women in order to ensure that they are aware of their rights for a safe and humanized childbirth. This article is a descriptive study of the experience report type, experienced by nursing students in the choice, reformulation and application of a didactic resource about good practices in childbirth for pregnant women in a USF. From the analysis of the action, it was possible to perceive the relevance of health education since the responses of the pregnant women were based on their personal experiences, classifying that the good practices in childbirth were not important / effective and that the practices reproduced by the technocratic model it is defined as the correct method of assistance. Thus, reflection and guidance on the divergence between the recommended care and the reality experienced by pregnant women during childbirth is necessary. Obstetric violence is still a reality in health care, even in the persistence of outdated practices that have already proved harmful to the health of women and babies.

**KEYWORDS:** Nursing; Health Education; Health Resources; Pregnant Women; Humanizing Delivery

## 1. INTRODUÇÃO

O parto é considerado um momento singular e marcante na vida da mulher, com sentimentos construídos e reconstruídos a partir da particularidade e da cultura de cada parturiente. Neste sentido, têm-se atualmente, uma linha de debate no cenário da saúde da mulher que direciona para a assistência obstétrica humanizada, que é aquela que visa à promoção do respeito, dos direitos da mulher e da criança, amparada em condutas baseadas em evidências científicas. Nessa conjuntura, as ações voltadas à humanização do parto e do nascimento, proporcionam reflexão sobre a assistência obstétrica adotada atualmente. Dito isso, o cuidado realizado no parto pode refletir de modo positivo ou negativo na vivência da mulher, do recém-nascido, do companheiro, da família e da comunidade (LOPES et al, 2009; GALLO et al., 2011; DA SILVA et al., 2016).

A atenção à parturiente no cenário brasileiro ainda permanece como um desafio, considerando tanto a qualidade da assistência, quanto os princípios filosóficos do cuidado, que permanecem centrados em um modelo biomédico e medicalizante. (BARBEIRO et al., 2015; SANTOS e RAMOS, 2012; LOPES e, AGUIAR, 2020).

Visando orientar os modelos assistenciais ao redor do mundo, em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação por categoria das boas práticas ao parto e nascimento, com orientações do que deve ou não ser feito no processo do parto, sendo: Categoria A reunindo práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; Categoria B relacionadas às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C que refere-se às práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e por fim, Categoria D com as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Essa classificação foi atualizada em 2018 por uma versão mais abrangente e consolidada das diretrizes sobre cuidados intraparto para gestantes que reúne novas recomendações para o atendimento de qualidade e baseado em evidências.

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS), a fim de implantar no Brasil as recomendações dadas pela OMS (1996) realizou, por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), um amplo processo de humanização da assistência obstétrica. Tal estratégia visava aumentar a qualidade da assistência obstétrica, bem como torná-la humanizada e integral durante a gestação, o parto e o puerpério, com a participação ativa dos estados e municípios (BRASIL, 2000).

Antagônico a isso, evidências epidemiológicas apontavam que o Brasil vivenciava um panorama de cesarianas desnecessárias e indesejadas, tornando-se na última década a via de parto mais comum. A mudança no padrão de nascimento atingiu 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde e 40% no sistema público de saúde, números muito superiores aos 15% recomendados pela OMS. Diante desse fato, evidencia-se, que os partos cesáreos sem indicação, contribuem para o aumento da morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2015; DA SILVA et al., 2016).

Em 2011, com o aumento das exigências de uma assistência humanizada na atenção à saúde da mulher e as boas práticas ao parto, o MS instituiu uma rede de cuidados denominada Rede Cegonha que tinha como objetivo: fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Nesse cenário de mudanças visando a integralidade, a Educação Popular em Saúde (EPS) vem ganhando força e dedicou-se na formulação de uma política que, em 2013, foi estabelecida pela Portaria nº 2.761, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). O exercício da PNEP-SUS é baseado na promoção de atos que contribuam para a garantia da integralidade, ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, além de fortalecer a atenção básica como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

O percurso histórico da Educação Popular em Saúde foi percorrido por intelectuais orgânicos na área da saúde, a exemplo de Paulo Freire considerado precursor e fonte inspiradora. Paulo Freire, hoje símbolo da EPS, acreditava que “não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes”, o que nos permite compreender que os conhecimentos se complementam e que a cultura/vivência de cada indivíduo deve ser considerada (e respeitada) na assistência em saúde que lhe é prestada (FREIRE, 1970; BRASIL, 2014).

Com o intuito de utilizar as ferramentas disponíveis no SUS, a associação da educação popular em saúde como instrumento de ensino-aprendizagem na atenção à saúde da mulher, no pré-natal, vem se mostrando muito importante para que os profissionais possam assistir as gestantes quanto ao seu empoderamento e autonomia a fim de reforçar o desenvolvimento de habilidades e motivar para um cuidado mais integral, sendo, no grupo de gestantes, fundamentais para a realização de um parto seguro e desejado. (VASCONCELOS, 2016; ALMEIDA et al., 2019).

A Enfermagem, dentro do contexto do cuidado, protagoniza a assistência direta ao usuário do sistema de saúde, ofertando-lhe orientação, assistência propriamente dita e apoio psicoemocional,

definindo sua atuação no desenvolver das suas ações cotidianas, como de educador em tempo integral. Assim, a produção do cuidado realizada pelo profissional de Enfermagem, com destaque para a educação popular promove, entre outros, acesso à informação e ganho de autonomia na realização do autocuidado, a partir de tecnologias de trabalho/ensino/cuidado pensadas como estratégias criativas e inovadoras, a exemplo dos jogos didáticos. Entende-se que os cuidados e as orientações quando atrelados a uma tecnologia educativa, tornam-se mais eficazes quando comparados aos cuidados utilizados na rotina de forma isolada (ALVES et al., 2019; DE FARIAS, NERY, DE SANTANA, 2018).

Dito isto, o objetivo desse artigo é relatar uma ação de educação popular em saúde desenvolvida com gestantes assistidas por uma unidade com programa Estratégia de Saúde da Família visando construir o conhecimento necessário acerca das boas práticas no parto para a vivência de um parto seguro e humanizado em um município do sul da Bahia.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência acerca da prática de educação popular em saúde direcionada a gestantes por enfermeiras (o) em formação. Os fundamentos conceituais que orientaram as atividades foram pautados nos estudos desenvolvidos por Paulo Freire.

A proposta de intervenção surgiu como atividade avaliativa referente à disciplina Práticas Pedagógicas em Saúde, ofertada no sétimo semestre do curso de bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz, no ano de 2019. Inicialmente foram apresentados e sugeridos diversos jogos didáticos para que estes fossem analisados pelos discentes e, posteriormente, escolhidos e adaptados para serem usados como recurso educacional em saúde no processo pedagógico de livre escolha.

O recurso “Boas práticas no parto”, foi idealizado e confeccionado pelos discentes do referido curso na mesma instituição de ensino, por discentes da turma 2018.1, na disciplina supracitada, sob orientação da mesma docente. Este recurso, apesar de não caracterizar-se como um jogo, visto que não se aplica por uma competição entre os participantes, foi escolhido pela afinidade dos autores com a temática proposta pelo recurso e por julgarem ser um assunto de extrema importância, mas que ainda é uma realidade distante da maioria das gestantes no Brasil.

O processo metodológico foi construído durante o primeiro semestre de 2019 e se deu por etapas, que incluíram desde a reformulação do recurso, o planejamento da ação educativa até a sua intervenção. A ação intervencionista ocorreu em 12 de agosto em uma Unidade de Saúde da Família selecionada para este plano interventivo por localizar-se próxima à universidade, facilitando assim o desenvolvimento das atividades, e também por conta de experiências anteriores na referida unidade de saúde proporcionadas pela graduação em Enfermagem no decorrer do curso. Visando adesão das gestantes à proposta, os discentes se reuniram com a enfermeira da unidade para que fosse definida uma data que coincidissem com o atendimento da assistência pré-natal da unidade.

A ação ocorreu na sala de espera da unidade, enquanto as gestantes aguardavam atendimento na consulta do pré-natal com a enfermeira. Contou com a participação de 2 gestantes que consentiram com a participação. Para aplicação 2 facilitadores foram selecionados, pertencentes ao mesmo grupo responsável pela reformulação e aplicação do recurso didático. Os demais componentes do grupo, 7 discentes ao total, responsabilizaram-se pela observação, apoio, registro da ação e posterior confecção de um relatório, a ser entregue e computado como produtivo avaliativo na disciplina em questão. A docente da disciplina esteve presente para avaliação e orientação.

Primeiramente foi realizada a apresentação do grupo e o acolhimento às gestantes com o intuito de fortalecer a relação interpessoal. Em seguida ocorreu a explicação da dinâmica programada e a importância da participação das mesmas no processo de aprendizagem acerca das boas práticas no parto, e consultado o interesse de participação das gestantes.

Após o consentimento verbal das gestantes foram dadas as devidas orientações. O recurso didático-pedagógico é composto por 14 cartas em duplicata, duas lixeiras e duas malas, distribuídas entre as gestantes. As facilitadoras iniciaram com uma breve apresentação lúdica que introduzia o recurso a partir de uma estória na qual era narrado o dia do nascimento de seus filhos e que as mães deveriam preparar-se para o parto. As malas disponibilizadas pelo jogo simbolizavam as malas que as gestantes deveriam levar para a maternidade e as lixeiras simbolizavam um local de descarte para tudo aquilo que elas não gostariam de levar para este momento, como anseios, inseguranças e complicações.

Em seguida, as mesmas facilitadoras do jogo selecionaram cartas, uma por vez, nas quais constavam imagens/ideias relacionadas ao parto, sem atribuição de valor ou conceitos de “certo” ou “errado”. Após analisarem as cartas, cada gestante deveria escolher se aquele conceito/ideia/ação deveria ser descartada na lixeira, simbolizando que esta não gostaria de vivenciar aquilo ou considerava errado/ruim; ou deveria guardar na mala as cartas que continham as práticas que elas julgassem certas/boas para o parto, simbolizando o desejo de vivenciar aquilo ou considerar uma prática correta em geral.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

À medida que a aplicação do jogo transcorria e os cartões eram apresentados e escolhidos, os comentários fornecidos pelas gestantes, em sua maioria, demonstravam desconhecimento do que é considerado ideal ou recomendável quando se trata de humanização no parto. As gestantes, aqui nomeadas de “Gestante 1” e Gestante “2”, ao analisar-se a dinâmica do recurso, que propunha guardar ou descartar os conceitos contidos nos cartões, preferiam guardar (significando concordância ou aceitação) as imagens que refletiam ações do modelo tecnocrático de parto em detrimento das boas práticas preconizadas pela assistência no parto humanizado, como pode ser observado na tabela a seguir (TABELA 1):

Tabela 1: Resultado da distribuição das cartas nas maletas e lixeiras

CARTAS	GESTANTE 1	GESTANTE 2
LIBERDADE DE POSIÇÕES NO PARTO	LIXEIRA	LIXEIRA
POSIÇÃO GINECOLÓGICA	MALETA	MALETA
TRICOTOMIA	MALETA	MALETA
EPISIOTOMIA	MALETA	MALETA
TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR	LIXEIRA	LIXEIRA
APLICAÇÃO DE OCITOCINA	MALETA	MALETA
CONHECER A MATERNIDADE ANTES DO PARTO	LIXEIRA	MALETA
TOQUE VAGINAL	LIXEIRA	LIXEIRA
RESTRIÇÃO ALIMENTAR	LIXEIRA	MALETA
AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA	MALETA	MALETA
LAVAGEM RETAL	LIXEIRA	MALETA
PRESENÇA DO ACOMPANHANTE	MALETA	MALETA
MANIPULAÇÃO ATIVA DO FETO	LIXEIRA	LIXEIRA
ORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE	MALETA	MALETA

Aplicado o jogo, foram classificadas como práticas incorretas/ruins por ambas as gestantes a liberdade de posições para saída do feto e as técnicas não farmacológicas para alívio da dor e, como práticas corretas/boas, a tricotomia, posição ginecológica, episiotomia e aplicação de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, evidenciando como as experiências anteriores influenciam no entendimento das boas práticas no parto e de saúde dessas gestantes, segundo relatado pelas mesmas.

No que diz respeito à liberdade de posições no parto, ambas as gestantes consideraram desnecessário essa prática por parte das parturientes, o que mostra o desconhecimento dos benefícios da liberdade de movimentação para o trabalho de parto, assim como das dificuldades que a posição ginecológica oferece ao parto. De acordo com as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, propostas pelo Ministério da Saúde, a posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina deve ser desencorajada e a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2017).

Para Niy et al. (2019) quando a mulher se posiciona de maneira verticalizada e se movimenta durante o trabalho de parto, há benefícios físicos e psicológicos, como: aumento do senso de controle pela mulher resultando em contrações mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina, conforme já evidenciado pela literatura.

A tricotomia foi uma prática aceita pelas duas gestantes, entretanto a diretriz de número 99 de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017), traz que a tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira como preparação para o trabalho de parto. De acordo com a OMS e o MS, a utilização da tricotomia está atrelada ao entendimento de que essa prática possa reduzir o risco

de infecção na episiotomia (incisão cirúrgica na região do períneo), facilitar a episiorrafia (sutura da incisão cirúrgica no períneo) e produzir uma melhor higiene no pós-parto. No entanto, ainda não há comprovações e evidências científicas claras que corroborem com os benefícios da sua prática. No sentido contrário, sua utilização pode gerar desconforto durante sua execução e oferece risco de transmissão de doenças quando os pêlos começam a crescer, além do risco de transmissão de doenças quando realizadas com uso de lâminas não descartáveis, recomendáveis, apenas, quando for desejo da parturiente (BRASIL, 2001).

Outra prática aceita por ambas as gestantes e não recomendada pelo Ministério da Saúde é a episiotomia. De acordo com a diretriz 141 de assistência ao parto normal, a episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo não deve ser realizada (BRASIL, 2017). Segundo Sales et al. (2020), o modelo tecnológico da assistência obstétrica brasileira reflete no cuidado a mulher, utilizando-se de tecnologias intervencionistas durante o trabalho de parto e parto. O uso dessas tecnologias, quando empregadas de forma desnecessária, podem ser consideradas violência obstétrica, pois violam a integridade e a autonomia da mulher, sendo a episiotomia um exemplo disso. Além da mulher estar sujeita as alterações físicas e hormonais do processo gravídico-puerperal, a prática da episiotomia de forma rotineira, impacta e ocasiona repercussões na vida da mulher, sendo submetida a implicações de autoestima, sexualidade e maior risco de infecção, incontinência urinária fecal e limitações no puerpério.

Ainda que não recomendada pela OMS, Lopes et al. (2012) argumentam que para muitas mulheres a dor no trabalho de parto pode ser abreviada pelo uso da episiotomia, que auxilia no nascimento do bebê e cessa a sensação dolorosa. Tais concepções contribuem para que essas ideias, perpassadas ao longo do tempo, incentivem as mulheres a aceitarem o procedimento como forma de facilitar o parto, o que justifica a escolha das gestantes/participantes do jogo como uma prática benéfica, necessária e positiva.

Quando apresentadas à possibilidade do uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, as gestantes não consideraram a importância da utilização dessas terapias. De acordo com as diretrizes de assistência ao parto normal (BRASIL, 2017), as mulheres devem ser informadas durante o pré-natal acerca das estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método farmacológicos e não farmacológicos como, por exemplo, banheiras, chuveiros, massagens, etc. Araújo et al. (2018) consideram os métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto, de suma importância, uma vez que esses métodos auxiliam no conforto e diminuem a ansiedade, medo, aflição da parturiente e conseqüentemente reduz a dor. Além disso, permite que a parturiente vivencie o seu protagonismo e iniba os estímulos estressores do parto.

Quando a carta relacionada ao uso de ocitocina sintética foi apresentada às gestantes, elas alegaram não gostar, mas julgaram ser importante baseado em experiências passadas, afirmando que *“toda vez colocam aquele sorinho na gente”*, então guardaram na maleta por julgarem que, devido à frequência, esta deveria ser uma prática indispensável, ainda que elas não saibam explicar o motivo. Ressalta-se que a utilização de qualquer meio para aceleração do trabalho de parto tem impacto direto na diminuição dos partos espontâneos e se constitui uma prática extremamente perigosa que pode acarretar em situações prejudiciais para a mãe e o feto. Todavia, não raro é possível observar a

utilização de ocitocina sintética indiscriminadamente, inclusive em ambientes hospitalares em que há a presença de enfermeira obstetra. Isso pode ser reflexo tanto da influência que o modelo tecnocrático ainda exerce sobre as práticas profissionais, em especial na forma de nascer, quanto à autonomia médica, uma vez que estes são os responsáveis pela prescrição adotada (SOUZA et al, 2016).

No tocante a conhecer a maternidade antes do momento do parto as gestantes divergiram nas respostas. Uma delas achou interessante conhecer o local e a equipe que a atenderia, justificando que por estar vivenciando sua primeira gestação desejava ter maior familiaridade com o contexto do parto e, por isso, guardou a carta na maleta. A outra gestante disse que *“isso nunca acontece onde eu moro, ou pelo menos não aconteceu comigo na primeira gravidez e nem com ninguém que eu conheço. Nem sabia que podia”* e descartou a imagem na lixeira.

É preciso repensar a forma como se nasce no Brasil. Torna-se imperativo resgatar o protagonismo da mulher para que esta se sinta sujeito ativo e participe de todo processo que envolve a parturição, no qual a protagonista é ela. Não apenas mera espectadora de um processo verticalizado cujas ações são fundamentadas no modelo tecnocrático em que o protagonismo está no profissional e não na parturiente. É preciso destacar que as mudanças necessárias no cenário obstétrico têm acontecido paulatinamente na medida em que as boas práticas que envolvem desde o acolhimento no pré-natal, perpassando pela escolha e visita da maternidade, quando houver mais de uma na cidade, para conhecimento da estrutura e equipe, até o momento do parto e nascimento são implementadas (PEREIRA et al, 2018).

Ao ser apresentada a carta que demonstrava a prática do toque vaginal, ambas as gestantes a descartaram e afirmaram que era um procedimento extremamente doloroso e realizado desnecessariamente em muitas situações. Fato claramente expresso na fala de uma delas: *“fui no médico por que tava gripada e o médico queria fazer, eu disse não. Ele disse que só iria me atender se fizesse, fui embora”*.

É sabido que a avaliação da cérvix uterina através do toque vaginal deve ser realizada em momentos específicos e estritamente necessários para fornecimento adequado de informações concernentes à evolução do trabalho de parto. A literatura não estabelece um número específico para que essa avaliação aconteça, mas preconiza que seja realizada em menor número possível empregando-se a técnica adequada, visto que toques sucessivos são dolorosos, traumáticos e favorecem infecções. Todavia, infelizmente, isso não corresponde à realidade de muitos serviços de saúde, como expresso no relato anterior (ALMEIDA, et al 2016; ZUGAIB, 2016).

Quanto à restrição da alimentação durante o trabalho de parto, as respostas foram divergentes. A gestante 1 descartou a prática, justificando que *“a mulher tá lá sentindo dor, como vai comer? Acho que não pode”* e a gestante 2 guardou na maleta alegando ser importante para, segundo ela, *“ficar forte”*. É bastante comum a prática de proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos durante o trabalho de parto devido ao medo de aspiração de conteúdo gástrico em decorrência de uma anestesia. No entanto, é preciso destacar que tal risco existe quando a anestesia geral se faz necessária. Dessa forma, à luz das boas práticas, a oferta de alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto é tão importante quanto a promoção do conforto e bem-estar, e que essa prática não aumenta a incidência

de complicações, pelo contrário, possibilita a manutenção da hidratação e aporte calórico adequados (ANDRADE & LIMA, 2014).

As participantes concordaram em destinar à maleta a carta referente à amamentação na primeira hora, considerando esta uma prática importante e benéfica. Tal prática corresponde ao 4º Passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e consiste em ofertar aleitamento materno ao recém-nascido, logo após o nascimento e ainda na sala de parto, quando o estado clínico do binômio mãe-bebê é favorável. Sabe-se que o aleitamento materno, quando ofertado na primeira hora de vida do recém-nascido, é considerado um fator de diminuição nos índices de mortalidade neonatal, associado a um efeito protetor à saúde do bebê com impacto na imunidade e inúmeros outros fatores de desenvolvimento saudável (ANTUNES et al., 2017).

Quanto à lavagem retal (enema), a gestante 1 destinou a carta para a lixeira, enquanto a gestante 2 considerou uma prática necessária, destinando-a à maleta. Ressalta-se que tal prática consta na categoria de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, segundo a classificação da OMS. Entende-se que o uso de enemas em mulheres em situação de trabalho de parto não tem efeito significativo nas taxas de infecção, além de estar associada a desconforto e ao pudor das mulheres que, em geral, revelam insatisfação sobre essa prática que, portanto, deve ser desencorajada (SILVA et al., 2019).

Considerada uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada, a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e a parturição propriamente dita, ambas as gestantes consideraram uma carta relevante e que deveria ser destinada à maleta. É importante considerar que estudos apontam que a presença e o apoio de um acompanhante, escolhido pela parturiente, está associado às boas práticas e à movimentação, sendo capaz, em alguns casos, de reduzir a dor e a duração do trabalho de parto (SILVA et al., 2019).

Para além dos efeitos fisiológicos, há na legislação brasileira o direito ao acompanhante, na chamada “Lei do Acompanhante” referente à Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Esta determina que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, sendo este acompanhante indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa de sua escolha (BRASIL, 2007).

As gestantes 1 e 2 descartaram na lixeira a carta referente à manipulação ativa do feto no momento do parto, em concordância com a OMS que considera esta uma prática que não possui evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com precaução até que mais pesquisas esclareçam a questão, conforme definido pela Categoria C, mencionada anteriormente. Esta prática consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê, é uma técnica comumente em situações como sofrimento fetal, falta de progresso do parto e exaustão materna, entretanto oferece riscos potenciais que devem ser considerados com cautela (SOUSA et al., 2016).

Por fim, a carta referente às orientações prestadas pela equipe de saúde foi destinada à maleta de ambas as gestantes. Sabe-se que as equipes que integram a assistência ao parto e ao nascimento devem fornecer as devidas orientações e esclarecimentos visando uma assistência humanizada,

considerando informações baseadas em evidências científicas, devendo sempre adequar o discurso ao usuário, garantindo que eficácia na educação em saúde e resultados satisfatórios de maneira integral (SOUSA et al., 2016).

Uma vez que todas as cartas foram apresentadas e as gestantes estavam com malas e lixeiras preenchidas com as mesmas, as facilitadoras retomaram as cartas, sem expor as gestantes sobre suas decisões, mas apresentando, baseado em evidências científicas, o que era considerado correto/ideal e o que era considerado errado/prejudicial, propondo uma discussão entre os presentes para reflexão e, assim, cumprir-se o objetivo do recurso: acesso a informação, orientação e educação popular em saúde. As gestantes puderam compartilhar suas experiências anteriores, esclarecer dúvidas, e avaliaram a atividade como positiva e enriquecedora.

## 5. CONSIDERAÇÕES

Dessa forma, conclui-se que a aplicação do recurso didático demonstrou efetividade e resultados positivos no que se refere à abordagem das boas práticas no parto, resultando em envolvimento direto das gestantes no processo de ensino-aprendizagem. A aplicação do recurso didático-pedagógico permitiu a interação das participantes com a equipe de saúde, representada pelos discentes de saúde, possibilitando a oportunidade de compreender quais são as ideias que permeiam o imaginário social acerca do que é ideal, ou não, no momento do parto. Sob a ótica dos discentes/aplicadores do recurso, a experiência demonstrou-se satisfatória, contribuiu para na formação profissional destes, uma vez que demonstrou que os recursos didáticos são tecnologias úteis e eficazes para promover educação em saúde e que o enfermeiro, dentro de suas atribuições, pode e deve lançar mão destes recursos, pois proporcionam uma aprendizagem mais consistente, esclarece dúvidas recorrentes e permite vínculo e uma melhor interação entre a equipe de Enfermagem e os usuários do Sistema Único de Saúde.

## 6. REFERENCIAS

ALMEIDA, B.F; RIBEIRO, J.F; ARAÚJO, KLEITON, R.S; LAVÔR, T.B.S.L. **Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do Estado do Piauí, 2015.** Rev. enferm. atenção saúde; 5(2): 45-56, 2016.

ALMEIDA, M.S. et al. **A educação popular em saúde com grupos de idosos diabéticos na estratégia saúde de da família:** uma pesquisa-ação. Revista Ciência Plural, v. 5, n. 2, p. 68-93, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16954>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

ALVES, F.L.C. et al . **Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde.** Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, vol. 40, e20180023, 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000100401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100401&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. de C. **O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos.** In: Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

ANTUNES, M.B. et al. **Amamentação na primeira hora de vida:** conhecimento e prática da equipe multiprofissional. Av Enferm., Bogotá, 2017; vol. 35, n.1, pag. 19-29. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002017000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ARAÚJO, A.S.C.; CORREIA, A.M.; RODRIGUES, D.P.; et al. **Métodos não Farmacológicos no Parto Domiciliar.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(4):1091-6, abr., 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-970725>.

BARBEIRO, F.M.S; FONSECA, S.C; TAUFFER, M.G; FERREIRA, M.S.S; SILVA, F.P; VENTURA, P.M. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. Rev. Saúde Pública. 2015;49(22):01-15. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Visita aberta e direito ao acompanhante. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília (DF): MS; 2000a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em: 24 jul. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> . Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2761, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)> . Acesso em: 24 jul. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)> . Acesso em: 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante:** a operação Cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).

DA SILVA, T.C; BISOGNIN, P; PRATES, L.A; WILHELM, LA; DE BORTOLI, C.F.C; RESSEL, L.B. **As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros.** Biblioteca Lascasas, 2016; 12(1). Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0886.php>> . Acesso em: 24 jul. 2020.

DE FARIAS, D.L.S; NERY, R.N.B; DE SANTANA, M.E. **O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal.** Enfermagem em Foco, [S.l.], vol. 10, n. 1, fev. 2019. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1486/490>>. Acesso em: 27 jul. 2020. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1486>.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GALLO, R.B.S. et al. **Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.** FEMINA. v. 39, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf>> . Acesso em: 24 jul. 2020.

LOPES, C.V. et al. **Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho.** CogitareEnferm. v. 14, n. 3, p. 484-490, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view-File/16178/10697>> . Acesso em: 24 jul. 2020.

LOPES, D.M.; BONFIM, A.S.; SOUSA, A.G.; REIS, L.S.O.; et al. **Episiotomia: Sentimentos e Repercussões Vivenciadas pelas Puérperas.** R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. jan./mar. 4(1):2623-35. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750892007.pdf>.

LOPES, L.C.S; AGUIAR, R.S. **Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura.** REvisa. 2020; 9(1): 133-43. Doi: <<https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n1.p133a143>> . Acesso em: 24 jul. 2020.

NIY, D.I.; OLIVEIRA, V.C.; OLIVEIRA, L.R.; ALONSO, B.D.; DINIZ, C.S.G. **Como superar a cultura da imobilização física das parturientes?** Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180074>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS; 1996. Disponível em: <[http://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.p](http://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.p)> . Acesso em: 24 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

PEREIRA, S.B; DIAZ, C.M.G; BACKES, M.T.S; FERREIRA, C.L.L; BACKES, D.S. **Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1313-9. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>.

SALES, J.L.; QUITETE, J.B.; KNUPP, V.M.A.O.; MARTINS, M.A.R. **Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso.** Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:108-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7092>. Disponível em: [http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7092/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7092/pdf_1)

SILVA, T.P.R. et al. **Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, vol. 72, supl. 3, p. 235-242, dez. 2019. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000900235&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900235&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2020.

SOUZA, A.M.M; SOUZA, K. V; REZENDE, E.M; MARTINS, E.F; CAMPOS, D; LANSKY, S. **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm; 20(2): [S1] p. 324-331, abr.-jun. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em 27 jul. 2020.

VASCONCELOS, E.M; CRUZ, P.J.S.C; PRADO, E.V. **A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde.** Interface (Botucatu). 2016 Dec; 20(59):835-838. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400835](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400835)>. Acesso em: 24 jul. 2020.

ZUGAIB, M; FRANCISCO, R.P.V. (eds). **Zugaib Obstetrícia.** 3. ed. - Barueri, SP: Manole, 2016. 1329p.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO



**BENEDITO DO CARMO GOMES  
CANTÃO**

Universidade do Estado do Pará

**KELANIA ARAÚJO E SILVA**

Instituto Carlos Chagas

**ANDERSON BENTES DE LIMA**

Universidade do Estado do Pará

**JOSÉ BENEDITO DOS SANTOS BATISTA  
NETO**

Universidade do Estado do Pará

**HERBERTH RICK DOS SANTOS SILVA**

Universidade do Estado do Pará

**JAYLEN FRANÇA CUNHA**

Universidade do Estado do Pará

**RAFAEL ALVES FREIRES**

Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências  
Humanas Gamaliel

**GENISLAINE FERREIRA PEREIRA**

Universidade Anhanguera - UNIDERP

**RESUMO:** Em 2005 houveram 127.633 óbitos por traumas no Brasil, representando 12,67% do total de óbitos. Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, houve 76.583 internações por traumas no País. Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes. É de suma importância que o profissional de enfermagem conheça e identifique os tipos de lesões politraumáticas, de modo que possa atuar com mais se-

gurança. O objetivo deste estudo é identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado em Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com análise quantitativa, pelo uso do método da pesquisa bibliográfica. Para a elaboração do trabalho, foram avaliados 16 artigos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) no período de 2008 a 2018. Os resultados encontrados apontaram que as lesões traumáticas podem ser classificadas, de acordo com o mecanismo, em contusas, penetrantes, por explosão ou térmicas. As pesquisas apontam predomínio do trauma fechado sobre o trauma penetrante. É necessário destacar as ações de enfermagem ao paciente politraumatizado nas unidades de saúde, direcionando ao setor de urgências e emergências da Unidade de Terapia Intensiva. Concluiu-se que os pacientes de traumas requerem cuidados complexos e especializados para corrigir as disfunções fisiológicas prevalentes e prevenir complicações. A equipe de enfermagem ter capacidade de monitorar, reconhecer precocemente os sinais e sintomas de disfunções e complicações do trauma, implementar imediatamente intervenções terapêuticas com segurança e atualizar-se frequentemente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de Enfermagem. Politraumatismo. Atendimento Emergencial.

**ABSTRACT:** In 2005, there were 127,633 deaths from trauma in Brazil, representing 12.67% of the total deaths. Trauma was the leading cause

of death between one and 39 years of age; 58,969 adults between 20 and 39 years old died. In December 2007, there were 76,583 hospitalizations for trauma in the country. In addition, there are those who have suffered temporary or permanent injuries. It is of utmost importance that the nursing professional knows and identifies the types of polytraumatic injuries, so that he can act more safely. The aim of this study is to identify nursing care activities in emergency care for polytrauma patients in Intensive Care Units. It is a descriptive-exploratory research, with quantitative analysis, using the bibliographic research method. For the preparation of the work, 16 articles extracted from the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (Scielo) databases from 2008 to 2018 were evaluated. The results found pointed out that the traumatic injuries can be classified, according to the mechanism, into blunt, penetrating, explosive or thermal. Research shows a predominance of blunt trauma over penetrating trauma. It is necessary to highlight the nursing actions for polytrauma patients in health units, directing them to the urgency and emergency department of the Intensive Care Unit. It was concluded that trauma patients require complex and specialized care to correct prevalent physiological disorders and prevent complications. The nursing team has the ability to monitor, recognize early signs and symptoms of dysfunctions and complications of trauma, immediately implement therapeutic interventions safely and update themselves frequently.

**KEYWORDS:** Nursing Assistance. Polytrauma. Emergency care.

## 1. INTRODUÇÃO

As unidades de urgência e emergência, surgem em meados do século XIX, quando Florence Nightingale atuou-se como pioneira em reconhecer a importância de se reservar uma área isolada no hospital na qual o paciente agudamente comprometido pudesse receber cuidados especiais (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

Dados do Ministério da Saúde apontam que houve 127.633 óbitos por traumas no Brasil em 2005, representando 12,67% do total de óbitos. Trauma foi a principal causa de morte entre um e 39 anos de idade; morreram 58.969 adultos entre 20 e 39 anos. Em dezembro de 2007, houve 76.583 internações por traumas no País. Somam-se aqueles os que sofreram lesões temporárias ou permanentes (BRASIL, 2005).

Os casos mais comuns e de grandes impasses na área de urgência e emergência é o tratamento e cuidado com pacientes politraumatizados, cujo procedimento de enfermagem é algo significativo e requer sistematização. A experiência do trauma reflete uma referência individual, que pode ser comum a muitos, mas é vivida como dado biográfico e reflete conhecimentos peculiares a cada pessoa (PAIVA et al., 2010). Por conseguinte, o processo de enfermagem se refere a um estilo de pensamento do enfermeiro para fazer julgamentos clínicos apropriados.

Justifica-se essa temática para reflexão, pois uma assistência de enfermagem sistematizada e adequada de fato deve responder às necessidades do paciente, tanto na prestação de cuidados como na orientação para o autocuidado.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado em Unidades de Terapia Intensiva.

Afinal, é importante que os profissionais de enfermagem tenham conhecimento acerca do politraumatismo, uma vez que lhes permite visar situações que representam risco iminente de vida à vítima, da mesma forma possibilitam fazer as intervenções necessárias e ter o entendimento de toda complexidade que envolve o atendimento ao politraumatizado (MELLO; BRASILEIRO, 2010).

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com análise quantitativa, pelo uso do método da pesquisa bibliográfica.

Foi realizada revisão da literatura em livros e levantamento de dados nas revistas eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) no período de 2008 a 2018. Conforme destaca Lakatos e Marconi (2007) optou-se por este método da pesquisa bibliográfica, porque se trata de levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. (LAKATOS; MARCONI, 2007).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: serem publicados nos últimos dez anos e responderem ao objetivo do estudo que foi identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado em Unidades de Terapia Intensiva. O intuito foi analisar como ocorre a assistência de enfermagem e avaliação do estado de saúde o paciente politraumatizado nas Unidades de Terapia Intensiva e Nas fases do cuidado e tratamento tem se considerado os aspectos fisiológicos e psicossociais do paciente.

Foram selecionados 16 artigos analisados, porém a amostra quantitativa final foi de 80% da SciELO e 20% da LILACS. Em seguida, fez-se uma abordagem sobre a importância dos conhecimentos técnicos do profissional e enfermagem nas unidades de urgência e emergência.

## **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO MUNDO E NO BRASIL**

No início do século XX foram criadas as chamadas “salas de recuperação” para onde os pacientes eram levadas após alguma neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins (EUA) (BERTHELSEN; CRONQVIST, 2003). Contudo, é importante ressaltar que as UTIs, como são conhecidas hoje originaram-se na década de 1950, com a evolução dos avanços tecnológicos na área da saúde.

Após o descobrimento de fármacos anestésicos e antibióticos, o aprimoramento de técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de equipamentos que permitiam oferecer um suporte ventilatório aos pacientes com insuficiência no sistema respiratório, surgem às primeiras unidades de atenção aos

pacientes graves, como as unidades de choque, de queimados e neurocirúrgicas nos Estados Unidos e as salas de observação na Dinamarca (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2010).

No Brasil, essa modalidade de assistência surgiu no final da década de 1960, vindo a ser inserida na legislação apenas recentemente, por meio da Lei do Exercício Profissional (n. 7498, de julho de 1986), e regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de julho de 1987. A partir desse decreto, a profissão foi definitivamente disciplinada, ocorrendo a delimitação da atividade profissional e o estabelecimento de atividades privativas do enfermeiro, como dirigir, liderar, planejar, organizar, coordenar, avaliar e executar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de morte, e de maior demanda na vertente técnica e que exigem a capacidade de se tomar decisões imediatas sob o abrigo de conhecimentos científicos adequados. Em face disso, a Enfermagem Brasileira apropriou-se de grande autonomia profissional nessa área do saber (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

Quanto à implantação do processo de enfermagem na UTI no nível mais complexo da hierarquia dos serviços hospitalares, há a necessidade de organização e estruturação da assistência de enfermagem, de maneira a contribuir positivamente para a qualidade das ações e segurança do paciente e da equipe multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2012).

Em síntese, as UTIs foram pensadas com o objetivo principal de proporcionar atenção contínua e suporte avançado aos pacientes críticos, com risco de morte, lançando mão de recursos de alta tecnologia que auxiliam ou substituem a função de órgãos vitais. Na presença de falência pulmonar, os ventiladores substituem os pulmões; os cardiotônicos, os antiarrítmicos e os fármacos vasoativos conseguem manter o funcionamento cardiocirculatório; e os dializadores fazem o trabalho renal (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2010).

### **3.2. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POLITRAUMÁTICAS**

É de suma importância que o profissional de enfermagem conheça e identifique os tipos de lesões politraumáticas, de modo que possa atuar com mais segurança. Portanto, agora, baseado na literatura, apresenta-se a classificação.

O trauma contuso refere-se às lesões que ocorrem em razão da transferência de energia, causando compressão tecidual, como nas quedas; nesses casos, os tecidos não são penetrados por um objeto externo (DEITCH; DAYAL, 2006).

Logo, as lesões traumáticas são classificadas, de acordo com o mecanismo, em contusas, penetrantes, por explosão ou térmicas (DEITCH; DAYAL, 2006). Segundo Melo, Moreira e Marchiori (2003) um estudo institucional multicêntrico sobre trauma, realizado nos EUA, demonstrou predomínio do trauma fechado sobre o trauma penetrante.

O trauma penetrante resulta de penetração da pele e de tecidos por objetos, sem ponto de saída, como nos ferimentos por arma de fogo (FAF), em que o projétil entra, mas não sai do corpo. Já o trauma perfurante é causado por objetos que entram e saem do corpo. Um exemplo são os FAF, em que o projétil apresenta ponto de entrada e de saída (DEITCH; DAYAL, 2006).

O trauma por explosão ocorre na exposição direta ou indireta a esta. Se o paciente estava próximo ao local, pode ter sofrido danos diretos relacionados ao calor e aos objetos deslocados. Se estava um pouco mais afastado, pode ter sofrido lesões nas vísceras ocas, ocasionadas pelo deslocamento de ar (DEITCH, DAYAL, 2006). Na casuística do estudo realizado por Melo, Moreira e Marchiori (2003), os autores, apontaram que as lesões por arma de fogo predominaram com quatro casos, representando cerca de 36,4%, seguidas pelo atropelamento, presente em três casos (27,2%).

No caso do trauma térmico consiste em lesão por aplicação de calor ou substâncias químicas à superfície externa ou interna do corpo, causando destruição, como em incêndios, contato com fios elétricos desencapados e hipotermia (SHERRIFF, 2005). O doente necessita de cobertores aquecidos para proteção com dispositivos de aquecimento externos para prevenir a ocorrência de hipotermia no serviço de emergência, pois a temperatura ambiente deve ser mantida em níveis adequados (SMELTZER E BARE, 2002).

Os traumas de cabeça e de pescoço, de tórax, de abdome e os ortopédicos – incluindo ferimentos de coluna vertebral – são considerados lesões major, independentemente do mecanismo que os tenha causado (O'SHEA, 2005).

### **3.3. ATENDIMENTO AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

Quanto ao objetivo principal do atendimento ao paciente politraumatizado tem-se como meta a diminuição e, se possível, a abolição de sequelas do trauma. Neste sentido, cabe ao profissional que presta assistência a responsabilidade pela avaliação inicial, em caráter de emergência, com o intuito de proporcionar ao paciente o equilíbrio fisiológico, por meio da identificação e tratamento das lesões. Denomina-se essa avaliação de exame primário, onde irá preceder a identificação de outras lesões no exame secundário e das orientações para os cuidados definitivos (SANCEVERINO; SILVÉRIO, 2015).

Sobre procedimentos de atendimento ao paciente politraumatizado em UTI cabe a equipe de enfermagem avaliar o estado de saúde do paciente em todas as fases de seu tratamento, respeitando os aspectos fisiológico e psicossociais. Em seguida, deve estabelecer os diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções, assegurar a implementação de medidas de prevenção e controle de infecções, estabelecer o cuidado de enfermagem. Para tanto, é necessário que a assistência de enfermagem esteja organizada a partir de um método científico que contribua para a avaliação do paciente, para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e para o planejamento da assistência, isto é, que esteja organizada com base no Processo de Enfermagem (PE) (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Há uma padronização de atendimento ao paciente politraumatizado que demonstra melhoria dos desfechos relativos à morbimortalidade. Na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, o cuidado terciário deve seguir respeitando o mnemônico ABCDE, com objetivos principais de controle homeostático e de prevenção de complicações (DEITCH; DAYAL, 2006).

Diferenças dos murmúrios vesiculares entre os pulmões podem indicar pneumotórax, hemotórax, hemopneumotórax ou derrame pleural e indicação de toracocentese para drenagem (CIPRIANO; DESSOTE, 2011).

No contexto da circulação, uma vez que o choque hipovolêmico causa uma lesão de isquemia-reperusão global, resultando em lesão celular e orgânica direta ou indiretamente, a ressuscitação consiste em restauração efetiva do volume sanguíneo por meio de infusão de cristaloides, coloides, derivados do sangue e, nos casos refratários, drogas vasoativas. É importante lembrar que a infusão rápida de líquidos pode levar a hemodiluição e, se em temperatura ambiente, ocasionar hipotermia (WEAVER, 2013; DEITCH; DAYAL, 2006).

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a seleção dos 16 artigos a serem trabalhados neste estudo, elaborou-se o quadro 1, o qual apresenta o perfil destes artigos.

**Quadro 1.** Perfil dos artigos pesquisados

Qt.	Ano	Revista	Região	Tema
1.	2008	Acta Paul Enferm	Sudeste	Pacientes vítimas de politrauma com insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva
2.	2010	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Sudeste	Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências.
3.	2012	Rev Bras Enferm	Centro-Oeste	Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo
4.	2012	Rev Bras Promoção Saúde	Sudeste	Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina.
5.	2015	Rev enferm UFPE on line	Nordeste	Politraumatismo: conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais
6.	2016	Rev Col. Bras. Cir.	Sul	Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes

Ademais, também foi elaborado o quadro 2, o qual discorre dos principais conhecimentos que estudantes e profissionais de enfermagem possuem acerca de politraumatismo.

**Quadro 2.** Conhecimentos dos enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre politraumatismo

1.	Conhecimento da escala de trauma.
2.	Sobre a obtenção da via aérea adequada como suporte respiratório e circulatório é o procedimento primário ao politraumatizado.
3.	Acerca do quadro de hipovolemia.
4.	Acerca dos parâmetros avaliados pela escala de coma de Glasgow.
5.	Sobre o suporte ventilatório imediato.
6.	Apontam que não é recomendada a utilização de diuréticos de alça na prevenção da IRA.

Em um estudo, ao avaliarem o conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais voltadas ao paciente politraumatizado com 70 estudantes de uma instituição privada da Paraíba, os autores detectaram que 65,8% dos entrevistados possuem conhecimento acerca do suporte ventilatório imediato; 60% e 90%, respectivamente, relataram que a obtenção da via aérea adequada como suporte respiratório e circulatório é o procedimento primário ao politraumatizado; 97,2% mostraram que tem conhecimento acerca do quadro de hipovolemia; 72,80% possuem conhecimento acerca dos parâmetros avaliados pela escala de coma de Glasgow. Dessa forma, concluíram com êxito que os estudantes conseguiram obter conhecimento necessário para adentrarem no mercado de trabalho e prestarem uma assistência segura, ágil e eficaz (BEZERRA et al., 2015).

Sobre os pacientes com traumas renais contusos, detectou-se que a maioria, ou seja, 90%, dos pacientes com não são submetidos ao tratamento cirúrgico, por outro lado, a maioria dos pacientes, com trauma penetrante, deve ser submetida ao tratamento cirúrgico, fato associado à maior gravidade do trauma (KANSAS et al., 2004).

Por conseguinte, a partir da análise dos 16 artigos, também surgiu o quadro 3, que evidencia os componentes específicos da avaliação terciária de vítimas de trauma.

**Quadro 3.** Componentes específicos da avaliação terciária de vítimas de trauma

<b>Componente</b>	<b>Descrição</b>
Comunicação entre os profissionais envolvidos	O caso deve ser comunicado por diferentes profissionais, para que não haja foco apenas em um número limitado de problemas específicos no manejo do paciente. Profissionais experientes devem realizar a avaliação terciária de maneira precoce. Não se deve hesitar em entrar em contato com o serviço de emergência pré-hospitalar ou com o hospital de referência que prestou assistência ao paciente. Dados sobre o histórico de saúde prévio, como medicamentos e alergias, também devem ser obtidos.
Exame físico	Avaliação da via aérea, da respiração, da circulação e da disfunção neurológica e exame céfalo-podálico completo, incluindo o dorso. Pacientes que não tenham lesões de coluna descartadas devem ser movimentados em bloco. Se possível, manter a sedação mínima, para possibilitar a avaliação neurológica. Quando for necessária sedação, utilizar medicamentos de curta duração. Controlar a dor com doses baixas de narcóticos de curta duração. Reavaliar quaisquer alterações que tenham sido verificadas no setor de emergência e acompanhar novas alterações.
Revisão das investigações anteriores.	A interpretação inicial dos exames de imagem e laboratoriais deve ser refeita, a fim de discutir possíveis achados não identificados anteriormente.
Solicitações de novos exames de imagem.	Exames de imagem de todas as vítimas de trauma contuso incluem radiografias de tórax e de pele, ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada de crânio, coluna, tórax, abdome e pelve. Exames adicionais devem ser solicitados conforme a queixa. O momento dos exames depende da condição geral do paciente e potencial complicação.

Fonte: MURAKAMI; SANTOS, 2015.

Na UTI, possivelmente haverá necessidade de monitoramento invasivo, e pacientes em ventilação espontânea podem demandar estabelecimento de via aérea definitiva. Vale ressaltar que, se houver fraturas faciais, traqueias ou laringeas, a passagem de sondas pelo nariz é contraindicada por causa do risco de introdução do tubo na base do crânio. Esse tipo de lesão é suspeitada na presença de drenagem de líquido cefalorraquidiano pelo nariz e pela orelha, de equimose periorbital e de equimose na região do mastoide (sinal de Battle) (BAIRD; BETHEL, 2011; WEAVER, 2013).

Os pacientes politraumatizados mais graves podem apresentar síndromes incapacitantes que comprometem várias funções corporais. As lesões neurológicas, por exemplo, caracterizam-se por alterações da motricidade, da sensibilidade superficial e profunda e distúrbios autonômicos dos segmentos e órgãos do corpo localizados abaixo da lesão (ALVES et al., 2009).

Acerca do traumatismo renal, os autores apontam como responsável por uma incidência que varia de 1% a 5% das hospitalizações por trauma (SILVA; TEIXEIRA; REZENDE, 2013; YEUNG; BRANDES, 2012). Da mesma forma o estudo de Starling et al. (2007) já haviam mostrado uma taxa semelhante a estas, ou seja, 4,15% das lesões, em um período de aproximadamente dois anos, eram lesões renais. Dentre os traumas urológicos decorrentes de acidentes automobilísticos, o trauma renal representa a maioria, com uma taxa variando de 43% a 51%, sendo que as lesões do parênquima são as mais frequentes.

Os sobreviventes de traumas graves, admitidos nas unidades de terapia intensiva, têm deficiências significativas relacionadas às complicações múltiplas, decorrentes de perda significativa de massa muscular e déficits cognitivos (MELIONE; JORGE, 2008).

Como o objetivo de analisar as características de pacientes vítimas de trauma, com lesões renais atendidos em um hospital universitário de Curitiba, os autores consideram as seguintes variáveis: idade, sexo, mecanismo de trauma, grau das lesões renais, conduta individualizada de acordo com o grau da lesão renal, lesões associadas, complicações e óbitos. Os resultados apontam dentre os 794 prontuários, a lesão renal foi encontrada em 33 pacientes, a média de idade foi 29,8 anos, a maioria dos pacientes era (87,8%) do sexo masculino. O trauma penetrante foi responsável por 84,8% dos casos. As lesões mais frequentes foram as de grau II (33,3%), seguidas pelas lesões de grau I (18,1%) e pelas lesões de grau III, IV e V. Foram tratadas com nefrectomia, 45,4% das lesões, 73,3% por nefrectomia total e 45,4%, por nefrorragia. Em 9% o tratamento não foi cirúrgico. Apenas 12,1% dos pacientes apresentaram lesões renais isoladas. Concluíram, então, que existe uma relação direta entre lesão renal e complicações, óbitos ou com o tipo de conduta empregada (GUARESCHI et al., 2015).

Segundo estudo sobre o quadro hemodinâmico nos pacientes com trauma de órgãos abdominais sólidos há uma referência para o algoritmo diagnóstico e terapêutico, determinando ou excluindo o tratamento não operatório seletivo (REIS et al., 2013).

#### 4.1. OS PROFISSIONAIS UTILIZAM A ESCALA DE TRAUMA NA ASSISTÊNCIA

Há vários índices de trauma, com diferentes níveis de complexidade para aplicação prática. Por isso é importante que os profissionais conheçam e utilizem a escala de trauma na assistência em unidades de terapia intensivas.

No caso, o Escore de Trauma Revisado (RTS) é muito utilizado pelos serviços de emergência em todo o mundo. Este escore é classificado como fisiológico, uma vez que leva em consideração parâmetros das funções vitais do paciente. Trata-se de um aperfeiçoamento do Trauma Score (TS), criado em 1981, porém sem a avaliação do enchimento capilar e esforço respiratório, variáveis difíceis de serem analisadas na prática (GABBE; CAMERON; FINCH, 2003 apud ALVAREZ, 2016).

Quando se analisa o RTS, utilizam-se Três parâmetros: avaliação neurológica pela Escala de Coma de Glasgow (ECG), avaliação hemodinâmica pela pressão arterial sistólica (PAS) e frequência respiratória (FR). Dependendo do resultado de cada parâmetro, existe um valor correspondente na escala RTS, capaz de avaliar a morbimortalidade do politraumatizado e, dependendo da gravidade do caso, indicar o recrutamento de equipes mais especializadas, a fim de aperfeiçoar a abordagem a esse tipo de paciente.

Os valores das variáveis devem ser ponderados e somados, mediante a fórmula:  $RTS = 0,9368 \times ECG_v + 0,7326 \times PAS_v + 0,2908 \times FR_v$ , onde v é o valor (de 0 a 4) correspondente às variáveis na admissão do paciente. Dessa maneira, o RTS poderá variar de 0 a, aproximadamente, 8, permitindo frações. Quanto maior o valor final, melhor será o prognóstico, sendo possível o conhecimento da probabilidade de sobrevivência (CHAMPION et al., 1989 apud ALVAREZ, 2016).

Portanto, os autores ao analisarem o perfil epidemiológico e a mortalidade associada ao escore de trauma revisado (RTS) em vítimas de trauma atendidas em um hospital universitário, pelo método de estudo transversal descritivo de protocolos de trauma (coletados prospectivamente) de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014, incluindo vítimas de trauma admitidas na sala de emergência do Hospital Universitário Cajuru. Três grupos foram criados: (G1) trauma penetrante em abdome e tórax, (G2) trauma contuso em abdome e tórax, e (G3) trauma cranioencefálico.

As variáveis analisadas foram: sexo, idade, dia da semana, mecanismo de trauma, tipo de transporte, Escore de Trauma Revisado (RTS), tempo de internamento e mortalidade. Os resultados analisaram 200 pacientes, com média de idade de  $36,42 \pm 17,63$  anos, sendo 73,5% do sexo masculino. A média de idade no G1 foi significativamente menor do que nos demais grupos ( $p < 0,001$ ). A maioria (40%) dos atendimentos ocorreu nos finais de semana e o serviço de transporte pré-hospitalar mais frequente (58%) foi o SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência). O tempo de internamento foi significativamente maior em G1, em comparação aos demais grupos ( $p < 0,01$ ). Quanto à mortalidade, houve 12%, 1,35% e 3,95% de óbitos nos grupos G1, G2 e G3, respectivamente. A mediana do RTS entre os óbitos foi 5,49, 7,84 e 1,16, respectivamente, para os três grupos. Concluíram que a maioria dos pacientes eram homens jovens. O RTS mostrou-se efetivo na predição de mortalidade no trauma cranioencefálico, entretanto falhou ao analisar pacientes vítimas de trauma contuso e penetrante (ALVAREZ, 2016).

## 4.2. TRATAMENTO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM POLITRAUMATISMO

Acerca do tratamento é preciso que seja feito um atendimento a vítima de trauma contemplando todos os passos do atendimento ao politraumatizado. A sistematização proposta pelo ATLS® do Colégio Americano de Cirurgiões é de fundamental importância, pois garante pronto diagnóstico e tratamento com um ganho de tempo fundamental (VIEIRA et al., 2011).

O mecanismo de lesão, forças de lesão, localização da lesão, e o estado hemodinâmico do paciente determinam a prioridade e o melhor método de avaliação (VIEIRA et al., 2011).

Com relação à qualidade da assistência prestada, a sistemática do ATLS é a principal referência na avaliação e tratamento do politraumatismo. Neste protocolo, deve haver um exame primário, ressuscitação das funções vitais, uma revisão secundária e estabelecimento de cuidados definitivos (VIEIRA et al., 2011). Segundo este protocolo, faz-se necessário:

- Sistematizar o atendimento inicial dos pacientes politraumatizados segundo o Advanced Trauma Life Support (ATLS).
- Padronizar alternativas de atendimento a pacientes politraumatizados quanto a capacidade
- Disponibilizar ao paciente vítima de trauma os melhores recursos propedêuticos e terapêuticos o mais rápido possível.
- Diminuir permanência hospitalar por diagnóstico e tratamento precoce. 5. Diminuir gastos com internação hospitalar e com procedimentos desnecessários.
- Estratificar os padrões de trauma de acordo com sua etiologia.
- Padronizar o atendimento ao politraumatizado conforme o quadro hemodinâmico.
- Padronizar procedimentos diagnósticos e estabelecer prioridades de acordo com o mecanismo do trauma.
- Evitar a liberação de pacientes com alto risco de desfecho desfavorável;
- Evitar internações desnecessárias naqueles de baixo risco de evolução desfavorável.
- Aprimorar a capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento desses pacientes.
- Melhorar a qualidade na assistência prestada à população (VIEIRA et al., 2011).

A Avaliação primária do paciente com trauma maior deverá ocorrer conforme o protocolo de atendimento inicial do politraumatizado recomendado pelo ATLS. Reanimação frente a parada cardiocirculatória é realizada imediatamente após o diagnóstico. Avaliação primária e reanimação ocorrem simultaneamente, em uma sequência lógica de condições de risco à vida, conhecida como “ABCDE” (CHIARA, 2009 apud VIEIRA et al., 2011). A avaliação ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposition - Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) é efetuada e esta avaliação primária em até 2 a 5 minutos. Caso necessite de especialista e/ou exame propedêutico na Unidade de Saúde: Encaminhar o paciente para Centro do Trauma com capacidade instalada após estabilização hemodinâmica através do SAMU (VIEIRA et al., 2011).

Diante disso, constata-se a necessidade urgente de formação em nível de Especialização para equipe de enfermagem, uma vez que a especialização em cuidados intensivos, emergência e trauma se impõem, sobretudo pelo avanço progressivo e rápido dos novos conhecimentos na área, bem como pelo aparato tecnológico presente nas Unidades de Terapia Intensiva e no Atendimento de Pacientes Vítimas de Trauma.

## 5. CONCLUSÃO

Acerca do objetivo deste estudo que foi identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado em Unidades de Terapia Intensiva percebeu-se que os causos de trauma ou enfermidade, colocam os indivíduos diante de limitações físicas e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, daí a importância que o atendimento seja feito com emergência, eficácia e de maneira humanizada.

Percebeu-se que o traumatismo, ocorre em três situações de incidência de complicações e morte: minutos após a lesão (aproximadamente 50% dos casos), até 48 horas após o trauma (aproximadamente 30%) e de 1 a 4 semanas depois (aproximadamente 15%). Dessa maneira é imprescindível que os profissionais de saúde que atuam na UTI estejam bem treinados para o rápido atendimento do paciente nos diversos momentos.

Reforçamos neste, que os pacientes de traumas requerem cuidados complexos e especializados para corrigir as disfunções fisiológicas prevalentes e prevenir complicações. A equipe de enfermagem ter capacidade de monitorar, reconhecer precocemente os sinais e sintomas de disfunções e complicações do trauma, implementar imediatamente intervenções terapêuticas com segurança e atualizar-se frequentemente.

Recomenda-se, a partir da literatura, algumas ações de assistência em enfermagem, importantes: Verificar a necessidade de troca de dispositivos invasivos como sondas, cateteres e tubo orotraqueal (se passados durante o atendimento de emergência); monitorar a perviedade das vias aéreas, posicionamento do tubo orotraqueal e insuflação do *cuff*, padrão e frequência respiratórias, saturação de oxigênio, valores de gasometria arterial e parâmetros da ventilação mecânica; realizar aspiração de vias aéreas sempre que necessário; realizar decompressão gástrica por meio de sondagem nasogástrica ou orogástrica para a prevenção de êmese e broncoaspiração; pacientes com trauma cranioencefálico devem ser mantidos com a cabeceira elevada a 30°, alinhada com o tronco para promover drenagem venosa e prevenção de pneumonia aspirativa (no caso de lesões de coluna vertebral ou pélvica associadas, deve-se usar a posição de Trendelenburg reversa); manter colar cervical, coxins e faixas de tecido estabilizando a cabeça e/ou a pelve, se houver fraturas nessas regiões; trocar o colar cervical rígido por um macio o mais rápido possível para minimizar danos à pele; avaliar os riscos e benefícios do posicionamento e da mudança de decúbito.

A imobilização e as mudanças de decúbito com pouca frequência são importantes para reduzir os riscos de piorar as lesões da coluna vertebral, o sangramento e as lesões nervosas associadas a

fraturas de pelve, mas, por outro lado, a imobilidade expõe os pacientes ao risco de desenvolver úlceras por pressão e piora da função pulmonar; lateralizar em bloco caso seja necessário movimentar um paciente com trauma de crânio e/ou raquimedular; realizar rotação lateral contínua (rotação lenta do paciente ao longo do eixo longitudinal da cama em 40° de cada lado) para diminuição da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e à atelectasia lobar; avaliar a necessidade de manter pacientes com lesões pulmonares unilaterais em posição lateralizada ou prona para facilitar a ventilação e a oxigenação.

Em suma, é um assunto complexo e interessante, por isso sugerem-se novas pesquisas a fim de identificar as características dos pacientes e suas peculiaridades. É importante um trabalho em equipe multiprofissional com a utilização de protocolos assistenciais.

## 6. REFERÊNCIAS

ALVAREZ, B. D.; et al. Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes. **Rev Col Bras Cir**, v. 43, n. 5, p. 334-340, 2016.

ALVES, A. L. A.; et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 154-160, 2009

BAIRD, M. S.; BETHEL, S. **Trauma**. In: BAIRD, M. S.; BETHEL, S. *Manual of critical care nursing: nursing interventions and collaborative management*. 6 ed. St Louis: Mosby, 2011. p. 235-331.

BERTHELSEN, P. G.; CRONQVIST, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 47, n. 10, p. 1190-5, 2003.

BEZERRA, Y. C. P., et al. Politraumatismo: conhecimento dos estudantes de enfermagem acerca das práticas assistenciais. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 11, p. 9817-25, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde: estatísticas vitais. Brasília, 2005. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B-378C5D0E0F359G22H0I1Jd5L25M0N&VInclude=../site/infsaude.php>. Acesso em: 20 dez. 2019.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2. Ed. Barueri, SP: Manole, 2016.

CIPRIANO, F. G.; DESSOTE, L. U. Drenagem pleural. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 44, n. 1, p. 70-8, 2011.

DEITCH, E. A.; DAYAL, S. D. Intensive care unit management of the trauma patient. **Crit Care Med**, v. 34, p. 2294-301, 2006.

GUARESCHI, B. L. V.; et al. Análise epidemiológica de politraumatizados com lesões renais em um hospital universitário. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 42, n. 6, p. 382-385, 2015.

KANSAS, B. T.; EDDY, M. J.; MYDLO, J. H.; UZZO, R. G. Incidence and management of penetrating renal trauma in patients with multiorgan injury: extended experience at an inner-city trauma center. **J Urol**. v. 172, p. 1355-60, 2004.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

- MELLO, A. C.; BRASILEIRO, M. E. A importância do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar (APH): Revisão Bibliográfica. **Rev eletrônica enferm**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2010.
- MELIONE, L. P.R.; JORGE, M. H. P. Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 17, p. 205-215, 2008.
- MELO, A. S. A.; MOREIRA, L. B. M.; MARCHIORI, E. Lesões traumáticas do mediastino: aspectos na tomografia computadorizada. **Radiol Bras**, v. 36, n. 5, p. 283-286, 2003.
- MURAKAMI, B. M.; SANTOS, E. R. **Enfermagem em terapia intensiva**. Barueri, SP: Manole, 2015.
- OLIVEIRA, A. P. C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, p. 601-612, 2012.
- O'SHEA, R. A. **Principles and practice of trauma nursing**. Philadelphia: Elsevier, 2005. p.37-60.
- PAIVA, L.; et al. Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010.
- REIS, L. O.; et al. Atualização da classificação e tratamento das lesões renais complexas. **Rev Col Bras Cir**, v. 40, n. 4, p. 347-50, 2013.
- SANCEVERINO, M. L.; SILVÉRIO, M. R. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Catarina. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 25, p. 182-91, 2012.
- SHERRIFF, H. **Trauma care in context**. In: O'SHEA, R. A. **Principles and practice of trauma nursing**. Philadelphia; Elsevier, 2005. P.3-13.
- SILVA, L. F.; TEIXEIRA, L. C.; REZENDE, N. J. B. Abordagem do trauma renal – artigo de revisão. **Rev Col Bras Cir**, v. 36, n. 6, p. 519-24, 2009.
- SILVA, M. J. P. da; ARAÚJO, M. M. T.; PUGGINA, A. C. G. **Humanização em UTI**. In: **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**, 2010.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddart: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 9 ed.v. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1821-1851.
- STARLING, S. V., et al. Ruptura isolada da pelve renal secundária ao trauma abdominal contuso. **Rev Col Bras Cir**, v. 34, n. 3, p. 208-9, 2008.
- VIEIRA, C.A.S.; MAFRA, A.A. et al Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Protocolo Clínico sobre Trauma**. Belo Horizonte, 2011.
- WEAVER, A. **Enfermagem em terapia intensiva desmistificada: um guia de aprendizado**. Porto Alegre: AMGH, 2013. p. 271-316.
- YEUNG, L. L.; BRANDES, S. B. Contemporary management of renal trauma: differences between urologists and trauma surgeons. **J Trauma Acute Care Surg**, v. 72, n. 1, p. 68-75, 2012.

# A VISÃO SUPERFICIAL DE ALGUNS MORADORES DE TEÓFILO OTONI-MG SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS AO SANEAMENTO BÁSICO NA CIDADE



**TATIANE BURMANN HIRLE**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**RANDER MARTINS SANTOS**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**TAMIRES SILVA SANTOS**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**JOÃO PAULO DE JESUS VIEIRA**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**LUANA APARECIDA SILVA**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**IZABEL CRISTINA MARQUES**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**ELTON SANTOS FRANCO**

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

eficiência, no qual serviços como: abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto ocasiona a melhoria da qualidade de vida da população. Perante as exigências propostas, a lei ao qual delega determinadas obrigações aos municípios. Para tanto, foi elaborado o Plano Municipal de Saneamento Básico que leva em consideração o levantamento de informações regionais, atendo aos objetivos, metas traçadas, programas e ações para que os segmentos alcancem os seus princípios básicos. Com isso, tem-se o intuito de desenvolver serviços nos âmbitos de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem pluviais e limpeza urbana com qualidade e responsabilidade, possibilitando um processo com melhorias na saúde pública, social, econômica e ambiental. Por fim, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a visão de alguns moradores de Teófilo Otoni-MG sobre as questões relacionadas ao saneamento básico na cidade por meio da disponibilização de um formulário com questões relacionadas ao saneamento básico local. Esse foi enviado de forma aleatória através de recursos virtuais, como redes sociais, o qual proporcionou uma visão superficial sobre as questões correlacionadas ao saneamento básico, drenagem e coleta de lixo local.

Palavras-chave: Abastecimento público; esgotamento sanitário; drenagem e limpeza urbana.

**RESUMO:** A arte de promover e recuperar a saúde por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população. Entretanto, quando se encontra em condições precárias, cria-se um cenário propício à proliferação de doenças oriundas do descarte inadequado. Vale ressaltar que, um pilar essencial para o estudo da visão de um serviço de saneamento básico é a medição da sua

**ABSTRACT:** The art of promoting and recovering health through measures of collective reach and motivation of the population. However, when it is in precarious conditions, a favorable scenario is created for the proliferation of diseases arising from inadequate disposal. It is worth mentioning that, an essential pillar for the study of the vision of a basic sanitation service is the measurement of its efficiency, in which services such as: drinking

water supply, sewage collection and treatment causes an improvement in the population's quality of life. In view of the proposed requirements, the law to which it delegates certain obligations to the municipalities. To this end, the Municipal Basic Sanitation Plan was prepared, which takes into account the survey of regional information, meeting the objectives, goals set, programs and actions so that the segments reach their basic principles. With this, the intention is to develop services in the areas of water supply, sanitation, storm drainage and urban cleaning with quality and responsibility, enabling a process with improvements in public, social, economic and environmental health. Finally, the objective of the present work was to evaluate the vision of some residents of Teófilo Otoni-MG on issues related to basic sanitation in the city through the provision of a form with questions related to local basic sanitation. This was sent at random through virtual resources, such as social networks, which provided a superficial view on issues related to basic sanitation, drainage and local waste collection.

**Keywords:** Public supply; sanitary sewage; urban drainage and cleaning.

## INTRODUÇÃO

O Saneamento Básico é a arte de promover e recuperar a saúde por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população (ITB, 2013). No Brasil, é direito constitucional, sendo o conjunto dos serviços: infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem e limpeza urbana (FERREIRA E GARCIA, 2017).

O saneamento precário cria o ambiente propício a muitas doenças, como por exemplo, diarreia, hepatite, verminoses dentre outras doenças. Além disso, intensifica as condições necessárias para a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, que é responsável pela Dengue, Chikungunya e Zika Vírus.

Segundo o IBGE (2015), as doenças de transmissão feco-oral (diarreias, febres entéricas e hepatite A) foram responsáveis por 87% das internações causadas pelo saneamento ambiental inadequado no período de 2000 a 2013.

Diante os dados fornecidos pelo IBGE, tem-se a necessidade de planejamento do saneamento básico impulsionado através da promulgação da Lei 11.445/2007. Essa determina as diretrizes nacionais para o saneamento juntamente com a lei 11.107/2005 a qual dispõe de normas gerais para a união, dos Estados, o Distrito Federal e os municípios a contatarem consórcios públicos para a realização de interesses em comuns, formulando as devidas providências Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB). Perante as exigências propostas, a lei institui obrigações para os municípios e, entre elas, está à elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico que deve ser revisado num período de quatro anos (PMSB de Teófilo Otoni, 2014).

Seguindo esse contexto, o município de Teófilo Otoni-MG, por sua vez, possui o PMSB, instaurado desde 2015. No entanto, até o final de 2019, pode-se observar a carência na divulgação das ações e informações sobre este à população.

Borja determina que o saneamento básico remeta a uma meta coletiva que tem a finalidade de evidenciar o caráter público e o dever do Estado na sua promoção, reafirmando os direitos sociais que tange as políticas públicas e sociais (BORJA,2004).

Vale ressaltar que, um pilar essencial para o estudo da visão de um serviço de saneamento básico é a medição da sua eficiência. Os serviços de abastecimento de água potável, coleta e tratamento dos esgotos levam à melhoria da qualidade de vida da população. Dentre essas se destaca *à saúde infantil, com a redução* dos índices de mortalidade o que gera melhorias no sistema educacional e auxilia no crescimento da economia do município.

Ademais, sabe-se que a água é a substância mais abundante nos seres vivos, constituindo aproximadamente 70% ou mais do peso da maioria dos organismos, o que a torna indispensável para a vida. Tendo em vista a sua significância, é imprescindível que esta seja ofertada com qualidade e em quantidades adequadas para atender às necessidades de toda a população. Tal fato, se cumprido, proporcionará um desenvolvimento econômico e, conseqüentemente garantirá a saúde dos indivíduos que a consomem.

O esgoto, por outro lado, é um termo utilizado para identificar a água que, após o uso, apresenta as suas propriedades alteradas, sendo transportado por dutos diretamente ao corpo hídrico ou levado às estações de tratamento. Com o intuito de coletar os *resíduos no local e transportá-los*, desenvolveu-se o Sistema de Coleta e Transporte de Resíduos Sólidos. Por conseguinte, o Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil lançado pela ABRELPE (Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais) instaurada em 2018, desenvolveu projeções no âmbito de Resíduos Sólidos Urbanos (RSU). Neste mesmo ano, observou-se também a criação de, aproximadamente, 79 milhões de toneladas de resíduos, dentre os quais 92% estão sob a cobertura de coleta para o país, e os outros 8% não são coletados.

Decorrente a Lei 11.445/2007, subentende-se que drenagem urbana consiste no conjunto de atividades, infraestruturas, instalações operacionais de drenagem, de transporte, de detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas. Com a implementação dessa há o favorecimento do desempenho socioeconômico da população local.

Nesse sentido, é observa-se as necessidades de um saneamento básico de qualidade que atenda às demandas das leis já supracitadas. Logo, presente trabalho tem como objetivo a avaliação superficial de alguns moradores da cidade de Teófilo Otoni-MG em relação *às condições de saneamento* dispostas atualmente.

## **DESENVOLVIMENTO**

A pesquisa foi realizada na cidade de Teófilo Otoni-MG, situada entre as coordenadas 17° 51' 32", Sul e 41° 30' 32", Oeste. Se caracterizar como quali-quantitativa, pois conta com a avaliação numérica de dados, bem como realização da análise para discussão dos resultados.

Para avaliação da visão sobre questões relacionadas ao saneamento básico local, foi disponibilizado, aos moradores residentes na área urbana, um formulário online, pelo Google Forms,

enviado por e-mail e/ou WhatsApp, de forma aleatória, buscando divulgar para o maior número de pessoas possível.

Este, continha perguntas que abordavam sobre o abastecimento público de água, doenças associadas à falta de saneamento básico, esgotamento sanitário, drenagem e limpeza urbana. Neste questionário os moradores puderam responder de forma confidencial para que sua identidade ficasse resguardada, além de dá-los mais liberdade para responderem as perguntas.

Os resultados obtidos foram apresentados por meio de gráficos, outrossim, para elucidar, foram realizadas análises descritivas e discussões sobre estes.

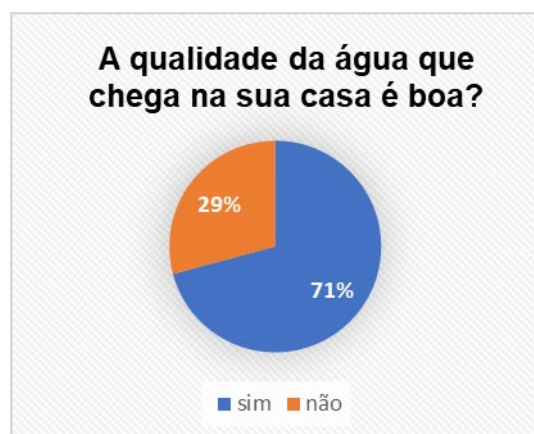
## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em suma, a pesquisa abrangeu 120 moradores da região de Teófilo Otoni, sendo esses oriundos de 35 bairros distintos que se dispuseram a preencher o formulário com as questões relacionadas ao saneamento básico.

A partir dos dados coletados, diagnósticos foram discorridos com o objetivo de verificar as necessidades que tange o município, tal como disponibilizar melhores condições de acesso e qualidade ao serviço prestado.

Analisando-se, primeiramente, o abastecimento público observou-se que a maioria da população (71%) possui acesso a água encanada nas residências, entretanto cerca de 29% demonstraram insatisfação (Gráfico 1). Dentre tais motivos e: problemas quanto à aparência da água, cheiro, mau gosto e uso excessivo de agentes químicos como o cloro.

Gráfico 1: Análise quanto à qualidade da água potável



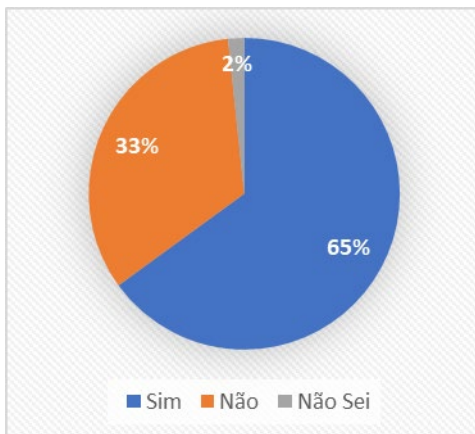
Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Previamente, apesar dessas reclamações, o abastecimento público tem sido suficientemente bom e acessível para a maioria da população. Embora grande parte da população apresente *água de qualidade em suas* residências, nota-se que o índice de moradores que não concebem desse benefício

é *significativamente alto*. Tal fato, por sua vez, nos remete o descaso com esta parte da população oriunda da agência que controla o tratamento e qualidade da água para cidade, haja visto que este déficit pode acarretar doenças já mencionadas anteriormente.

Segundo a Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), instalada pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), 65% afirmam ter conhecimento da existência do tratamento de esgoto no município, entretanto, 33% não sabem que existe e qual a sua função a ser desempenhada e 2% alegam não saber responder (Gráfico 2).

Gráfico 2: Existência de tratamento de esgoto no município



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Dessa parcela que alegam não ter conhecimento sobre a existência da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), é justificado tal comportamento devido à insalubridade pública como falta ou manutenção inapropriada de transporte de dejetos até o seu destino, acarretando um mau odor, exposição de esgoto e aumento na probabilidade de doenças relacionadas à situações como demonstradas na figura 1.

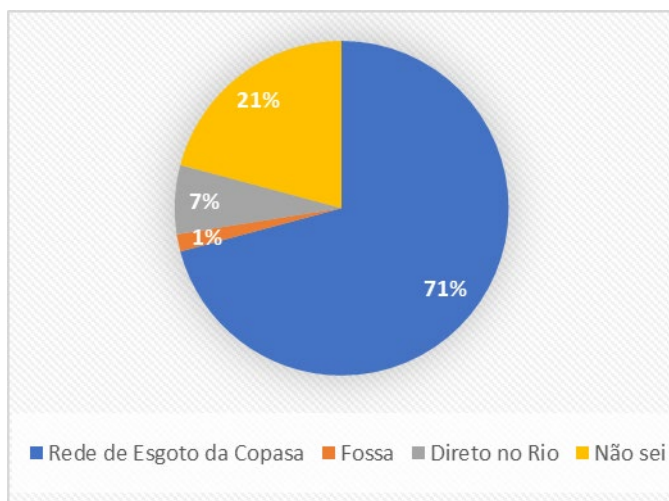
Figura 1: Registro de vazamento da rede de esgoto correndo a céu aberto.



Fonte: Autores

Analisando a realidade de esgotamento sanitário, atém-se que 71% dispõem de rede coletora de esgoto em sua residência e subentendem que esse seja descartado corretamente. Todavia, 7% afirmam que o esgoto é despejado em rios locais, 1% ainda supõem a existência de fossas inapropriadas para a locação do esgoto e, por fim, o restante, 21% não foram capazes de opinar, bem como é mostrado no gráfico 3.

Gráfico 3: Destino do esgoto



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por causa da baixa abrangência das medidas de saneamento e de educação ambiental e sanitária, grande parte da população tende a lançar os dejetos de forma incorreta. Tal cenário que gera situações favoráveis à transmissão de doenças, bem como apresentado na figura 2, situada na rua Adalberto Hollebach, no bairro São Jacinto, onde os moradores alegaram sofrer com o mau odor do esgoto doméstico, o que não deveria acontecer já que a maioria possui rede coletora de esgoto.

Figura 2: Despejo incorreto do esgoto doméstico.

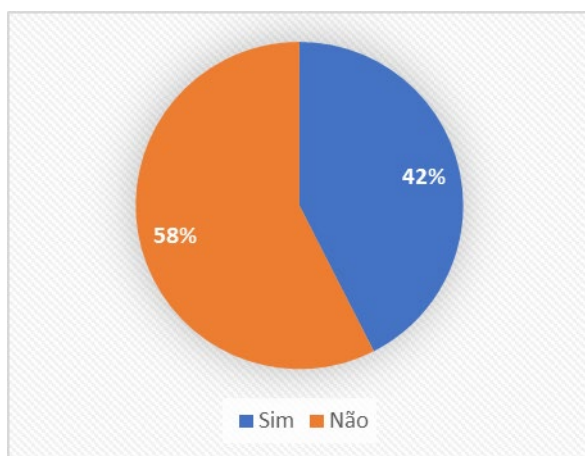


Fonte: Autores

Devido ao crescimento populacional desordenado, a falta de planejamento urbano e a ocupação inapropriada do solo podem se ater à fatores que dispõem o acréscimo aos diversos problemas correlacionados à infraestrutura e à drenagem urbana.

Em relação às complicações no período chuvoso, nota-se que 42% dos moradores dispõem destes problemas em sua residência ou na rua onde moram. Tal fato incita as enchentes, inundações, alagamentos, falta de escoamento e resíduos transportados pelas águas da chuva, como principais impactos negativos que afetam a população. Ademais, relatam a abertura de buracos nas vias, deslizamentos, que dificultam o acesso aos meios de transporte, aumento na invasão de água nas casas, proliferação de mofos em paredes e a falta de água como cofatores provenientes dos impactos apresentados no gráfico 4.

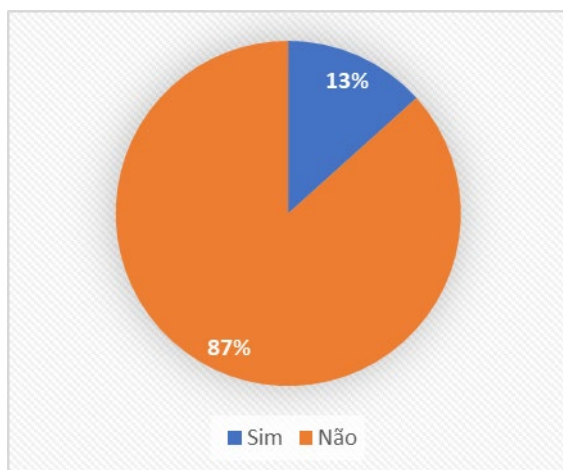
Gráfico 4: Ocorrência de problemas no período chuvoso



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Como verificado no gráfico 5, aproximadamente, 87% das localidades não é realizada limpeza dos dispositivos de drenagem, o que remete um cenário preocupante, uma vez que se torna propício à proliferação de doenças oriundas da falta de manutenção e controle do sistema de drenagem urbano.

Gráfico 5: Manutenção e limpeza das bocas de lobo e galerias



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Por outro lado, referente às questões de manutenção e controle do sistema de drenagem urbana, os dados adquiridos através da pesquisa apontam uma discrepância em comparação a coleta de lixo nas ruas, já que somente 4% da população local afirma não ser contemplado com o serviço de coleta disposto pela cidade, conforme o gráfico 6.

Gráfico 6: Realização de coleta de lixo nas ruas



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

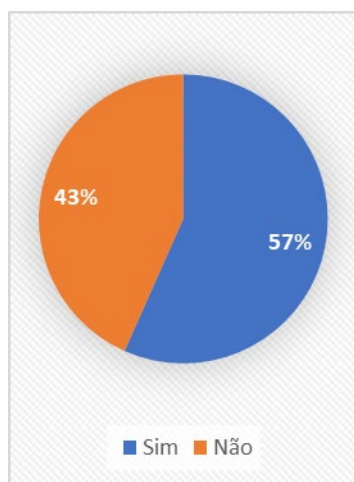
Diante dos dados obtidos pela pesquisa, nota-se que 57% dos entrevistados alegam ter conhecimento sobre o destino do lixo gerado. Contudo, o restante declarou não compreender o que é feito com o lixo coletado, conforme mostrado no gráfico 7. Por consequência disso, outra questão foi levantada, a existência de um local apropriado para o descarte do lixo. Sobre tal questionamento, 55% dos que responderam disseram existir terrenos baldios como depósitos de lixo/entulho (gráfico 8).

Defronte essa situação, é notória a negligência quanto ao meio ambiente, já que a falta de um local apropriado para o descarte dos detritos produzidos, gera impactos tanto no local, devido ao mau cheiro produzido, gerando ainda a liberação do gás metano, um dos responsáveis pelo efeito estufa, além da poluição do solo e, por conseguinte do lençol freático, visto que não há qualquer preparação devida do solo, bem como a sua impermeabilização. Para mais, é válido ressaltar que tais locais são abrigo de diversos vetores que podem transmitir doenças, como a leptospirose que se não for tratada pode levar à morte.

Em segundo plano, é importante analisar ainda a questão da coleta seletiva, na qual 49% disseram não ser beneficiado com o serviço e 40% afirmam nem saber da existência deste, como ilustra o gráfico 9. Assim sendo, novamente encontra-se uma barreira devido à negligência cometida em relação à baixa abrangência do serviço prestado e a falta de consciência dos moradores, pois muitos não sabem nem como separar devidamente os seus detritos.

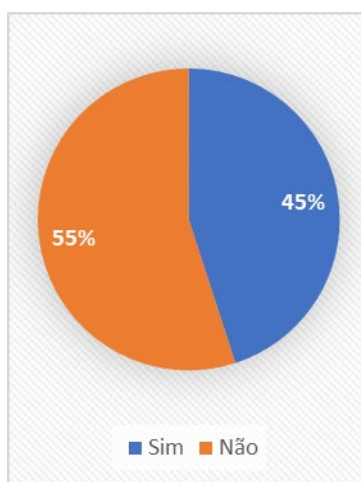
No entanto, parte dessa desinformação é advinda da deficiência na orientação sobre a forma correta de separar o lixo. Com isso, a situação dos lixões é agravada ainda mais, pois pode haver a mistura até mesmo de lixo eletrônico e, como consequência a mistura de materiais pesados e tóxicos, como cádmio e mercúrio.

Gráfico 7: Conhecimento sobre o lixo coletado.



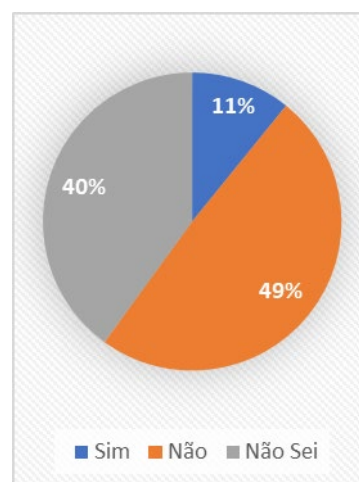
Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Gráfico 8: Existência de terrenos baldios como depósitos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Gráfico 9: Realização de coleta seletiva nos bairros.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019

Os resultados relacionados ao abastecimento público, doenças associadas à falta de saneamento básico e esgotamento sanitário, em suma, são satisfatoriamente positivos. No entanto, a qualidade e disponibilidade de água que chega às residências, a coleta e tratamento de esgoto proporcionado a população ainda se encontram defasados e carentes de um gerenciamento e monitoramento adequados.

Por conseguinte, percebe-se que em relação à disponibilidade de água em quantidade e qualidade adequadas são fatores que garantem a prevenção de doenças. Logo, há a necessidade de uma percepção consciente, visto que a falta de descaso referente a este fator pode acarretar em uma alta proliferação de doenças decorrente da carência de políticas que visem um tratamento de qualidade eficaz aplicado a todos. Corroborando com isso, tem-se a própria resolução do CONAMA, nº 357 de março de 2005, na qual determina que a água doce não deve apresentar gosto, odor, nem cor proveniente de fontes antrópicas.

As respostas referindo-se a drenagem urbana expuseram um impacto negativo explícito: a falta de uma gestão qualificada para gerir as questões relacionadas às águas pluviais. Entretanto, nota-se um desenvolvimento atribuído à limpeza urbana atrelada a um avanço proveniente da coleta de resíduos de forma tradicionalista em relação à conscientização sobre a importância da coleta seletiva.

De acordo com Borja e Moraes (2006) tem essência à vida humana e proteção ambiental, ou seja, meta coletiva, que evidencia o seu caráter público e o dever do Estado na sua promoção, constituindo-se em um direito social integrante de políticas públicas e sociais. Portanto, a participação da sociedade na definição de princípios e diretrizes desta, no planejamento das ações, no acompanhamento da sua execução e na sua avaliação, é fundamental para democratizar decisões e implementações.

## CONCLUSÃO

Fica evidente, portanto, que a falta de conhecimento do saneamento básico da cidade dificulta a objeção da população aos menos favorecidos. Tal fato inviabiliza a cobrança de direitos que estão disponíveis a eles, visto que uma população informada possui o poder de melhorar e exigir conhecimentos básicos ou até mesmo avançados sobre o saneamento local.

Ademais, os serviços de saneamento básico são primordiais para a progressão da saúde pública. Além do mais a concretização das ações previstas no PMSB em sua totalidade pode levar à diminuição de casos de doenças, crescimento da economia dos municípios, preservação do meio ambiente. Nesse sentido, essas podem ser acréscimo as condutas para melhorias na condição de vida da comunidade.

Tendo em vista a importância da elaboração e colaboração do PMSB, como determinado na Política Nacional de Saneamento Básico (PNSB), a implementação de um PMSB, conforme a legislação, acarreta serviços como: abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem pluviais e limpeza urbana com qualidade e responsabilidade, possibilitando um processo com melhorias nos setores da saúde, especialmente a pública, social, econômica e ambiental. O plano deve levar em consideração o levantamento de informações regionais, atendo aos objetivos, metas traçadas, programas e ações para que os segmentos alcancem os seus princípios básicos.

Seguindo essa linha de raciocínio, para que ocorra uma melhoria em todos os setores do saneamento básico é indispensável o cumprimento total das ações do PMSB de Teófilo Otoni-MG, bem como a monitoração constante do sistema, reforçando a importância dos cuidados e do conhecimento do saneamento. Torna-se então evidente, que o poder público e a concessionária responsável, precisam melhorar a implementação e acompanhamento das ações previstas no PMSB, de forma continuada, e com a participação da sociedade.

Considera-se, portanto, que a qualidade e disponibilidade de água, bem como a coleta e tratamento de esgoto, precisam ser geridos de forma contínua. Há falta de gestão de águas pluviais, mas em contrapartida também há avanço com relação a gestão de resíduos sólidos na área urbana. Assim sendo, cabe a comunidade acadêmica auxiliar e ajudar a população da região de Teófilo Otoni a cobrar do poder público a implementação efetiva e possíveis correções do PMSB para uma melhor gestão e qualidade de vida de todos da região.

## REFERÊNCIAS

ABRELPE. Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil, 2018/2019. Disponível em: [www.abrelpe.org.br](http://www.abrelpe.org.br) Acesso em: julho 2020.

BORJA, Patrícia C.; MORAES, Luiz R. S. O acesso às ações e serviços de saneamento básico como um direito social. In: XII SILUBESA - Simpósio Luso-Brasileiro de Engenharia Sanitária E Ambiental, 18., 2006, Figueira da Foz, Portugal. Simpósio. Figueira da Foz: APRH, 2006. p. 1-13. [http://www.stiueg.org.br/Documentos/7/O\\_acesso\\_as\\_acoes\\_e\\_servicos\\_de\\_saneamento\\_como\\_direito\\_social.pdf](http://www.stiueg.org.br/Documentos/7/O_acesso_as_acoes_e_servicos_de_saneamento_como_direito_social.pdf). Acesso em: 24 jun. 2020;

BORJA, P.C. Política de saneamento, instituições financeiras internacionais e megaprogramas: um olhar através do Programa Bahia Azul.2004. 427f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador,2004.

BRASIL. Lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007. “Estabelece as diretrizes nacionais para o Saneamento Básico; [...] e dá outras providências”, publicada no DOU de 11/01/2007.

BRASIL. Lei 12.305, de 2 de agosto de 2010. “Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; [...] e dá outras providências”, publicada no DOU de 03/08/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política e plano municipal de saneamento básico: convênio Funasa/Assemae - Funasa / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. 2.ed. – Brasília: Funasa, 2014.

CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente, Resolução nº 357. Brasília, 17 de março de 2005.

FERREIRA, Mateus de Paula; GARCIA, Mariana Silva Duarte. Saneamento básico: meio ambiente e dignidade humana. Dignidade Revista, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 12, julho 2017. Disponível em: <http://periodicos.puc-rio.br/index.php/dignidaderevista/article/view/393>. Acesso em: 16 abril 2020.

ITB (Instituto Trata Brasil). Esgotamento sanitário inadequado e impactos na saúde da população, 2013. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/doencas-x-saneamento-2>. Acesso em: 20 abril 2020.

PMTO/SMMA– PREFEITURA MUNICIPAL DE TEÓFILO OTONI. SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE, 2014. Plano Municipal de Saneamento Básico. Teófilo Otoni: SMMA, Prefeitura de Municipal de Teófilo Otoni.

# ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO PACIENTE ACOMETIDO POR QUEIMADURA DE TERCEIRO GRAU NA UTI



**LEANDRO PIMENTEL<sup>1</sup>**

**JAQUELINE SILVA GOMES DE FREITAS<sup>2</sup>**

**RENAN DA SILVA RAMOS<sup>2</sup>**

**LUCIENE HONORATO<sup>2</sup>**

**JERLAINY DOS ANJOS<sup>2</sup>**

**ALBERCY UCHÔA<sup>2</sup>**

**RESUMO:** De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras, cerca de um milhão de pessoas sofrem queimaduras no Brasil, a cada ano, 200 mil são atendimento em serviços de urgência e emergência, e 40 mil requerem hospitalização. Em todo o território nacional existem 57 Unidades de Tratamento de Queimaduras cadastradas junto à SBQ. Dentre elas, existem seis UTQs em hospitais públicos na cidade de São Paulo/SP, e na cidade de Manaus/AM, existe no hospital de Pronto-Socorro 28 de Agosto, um Centro de Tratamento de Queimados. As Unidades de Queimados são fundamentais para o tratamento desses pacientes, pelo fato de poderem acometer em qualquer faixa etária, o contingente de pacientes admitidos em unidades de tratamento de queimados é muito diverso.

Além disso, por possuir vários potenciais agentes causadores, as queimaduras são um grupo de doenças a serem tratadas com muita cautela. As queimaduras de primeiro grau são as mais su-

perficiais. As queimaduras de segundo grau são queimaduras de espessura parcial, chegam à camada média da pele. As queimaduras de terceiro grau são queimaduras de espessura total, envolvem as três camadas da pele. Para determinar a gravidade de uma queimadura, deve-se mensurar a porcentagem da superfície do corpo com queimaduras.

Quando uma vítima de queimadura é encaminhada ao serviço de urgência e emergência, o primeiro profissional a lhe receber e fazer os primeiros cuidados é o Enfermeiro e sua equipe. O enfermeiro deve possuir um pensamento crítico que promova a decisão clínica e ajude a identificar as necessidades do paciente, e quais as melhores medidas a serem tomadas para atendê-lo. Em relação ao paciente considerado grande queimado, faz-se o exame físico e ainda deve-se recolher informações sobre como ocorreu a queimadura, depois os dados são analisados. Cabe ao enfermeiro, como líder da equipe, escolher da melhor forma o tipo de intervenção, podendo inclusive propor métodos novos.

De modo geral, a assistência de enfermagem ao paciente vítima de queimaduras tem por objetivo: auxiliar nas medidas para enxertia, controle de infecções e prevenção de hipotermia, dentre outras. Os curativos de pacientes que sofreram lesões térmicas têm sido realizados, frequentemente, por profissionais de enfermagem com base em uma rotina preestabelecida nos serviços especializados em queimaduras.

**PALAVRAS-CHAVE:** Queimaduras, Enfermeiro, Unidade de Tratamento.

1 Professor de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

2 Graduando de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus/AM, Brasil.

**ABSTRACT:** According to data from the Brazilian Burn Society, about one million people suffer burns in Brazil, each year 200 thousand are treated in emergency and emergency services, and 40 thousand require hospitalization. Throughout the country there are 57 burn treatment units registered with the SBQ. Among them, there are six UTQs in public hospitals in the city of São Paulo / SP, and in the city of Manaus / AM, there is a Burn Treatment Center in the Emergency Room 28 de Agosto. The burn units are fundamental for the treatment of these patients, because they can affect any age group, the contingent of patients admitted in burn units is very diverse.

In addition, because it has several potential causative agents, burns are a group of diseases to be treated with great caution. First degree burns are the most superficial. Second-degree burns are partial thickness burns, reaching the middle layer of the skin. Third degree burns are full thickness burns, involving the three layers of skin. To determine the severity of a burn, the percentage of the burned body surface should be measured.

When a burn victim is referred to the emergency room, the first professional to receive and take care of him is the Nurse and his team. The nurse should have critical thinking that promotes clinical decision making and helps to identify the patient's needs, and the best measures to be taken to meet them. In relation to the patient considered to be a major burn, the physical examination is performed and information on how the burn occurred must still be collected, then the data are analyzed. It is up to the nurse, as team leader, to choose the best type of intervention, and may even propose new methods. In general, the nursing assistance to the patient who suffers from burns aims at: helping in the measures for grafting, infection control and prevention of hypothermia, among others. The dressings of patients who have suffered thermal injuries have often been performed by nursing professionals based on a pre-established routine in specialized burn services.

**KEYWORDS:** Burns, Nurse, Treatment Unit.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a cada hora cerca de 115 pessoas sofrem algum tipo de queimadura. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), queimadura é o termo utilizado para definir: “uma lesão da pele ou outro tecido humano causado pelo fogo. Ocorre quando algumas ou todas as células da pele ou de outros tecidos são destruídas por líquidos quentes (escaldões), sólidos quentes (queimaduras de contato), ou chamas (queimaduras por chama). Também são consideradas como queimaduras, as lesões por radiações, radioatividade e eletricidade, por fricção ou contato com químicos”.

As formas de classificar tais lesões dar-se como sendo:

1º grau: Queimaduras superficiais, envolvem apenas a epiderme;

2º grau: Queimaduras que envolve a epiderme e a porção mais superficial da derme; e

3º grau: Queimaduras profundas que acometem toda a epiderme, derme e tecidos subcutâneos.

Quando um indivíduo é acometido de tal lesão, e dirigido a um atendimento emergencial, o profissional a receber o mesmo será o enfermeiro e sua equipe de enfermagem, para dar-lhe os primeiros socorros.

Este trabalho tem como objetivo evidenciar à assistência do enfermeiro a pacientes acometidos de queimaduras de terceiro grau nas unidades de tratamento intensivo (UTI).

## DESENVOLVIMENTO

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), cerca de um milhão de pessoas sofrem queimaduras no Brasil, a cada ano, 200 mil são atendimento em serviços de urgência e emergência, e 40 mil requerem hospitalização. As maiores vítimas, segundo o Ministério da Saúde, são crianças e pessoas de baixa renda.

Em todo o território nacional existem 57 Unidades de Tratamento de Queimaduras (UTQ) cadastradas junto à SBQ. Dentre elas, existem seis UTQs em hospitais públicos na cidade de São Paulo/SP, e na cidade de Manaus/AM, existe no hospital de Pronto-Socorro 28 de Agosto, um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ).

As Unidades de Queimados são fundamentais para o tratamento desses pacientes, pelo fato de poderem acometer em qualquer faixa etária, o contingente de pacientes admitidos em unidades de tratamento de queimados é muito diverso. Além disso, por possuir vários potenciais agentes causadores, as queimaduras são um grupo de doenças a serem tratadas com muita cautela.

A Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ) define o termo *queimadura* como: “Feridas traumáticas causadas, na maioria das vezes, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Causando destruição, parcial ou total, da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundo, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos”.

A forma de classifica as queimaduras, é dada conforme a extensão e profundidade da mesma, sendo geralmente mensuradas pelo percentual da superfície corporal afetada. Sendo descritas como sendo de primeiro, segundo ou terceiro graus:

- As queimaduras de **primeiro grau** são as mais superficiais. Estas afetam apenas a camada exterior da pele (epiderme);
- As queimaduras de **segundo grau** são queimaduras de espessura parcial, chegam à camada média da pele (derme). Por vezes, são adicionalmente descritas como superficiais, pois envolvem a parte mais superficial da derme, ou profundas, quando envolvem as partes profundas da derme; e
- As queimaduras de **terceiro grau** são queimaduras de espessura total, envolvem as três camadas da pele (epiderme, derme e a camada de gordura). Geralmente, as glândulas sudoríparas, os folículos capilares e as extremidades nervosas são igualmente destruídas.

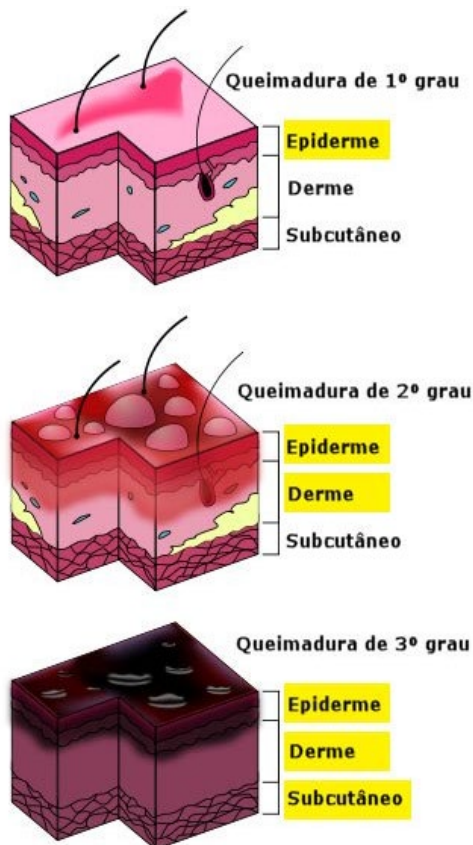


Figura 1 - Nível de profundidade das queimaduras

Para determinar a gravidade de uma queimadura, é deve-se mensurar a porcentagem da superfície do corpo com queimaduras de segundo ou terceiro graus. Para os adultos, utiliza-se a regra de Wallace, casualmente conhecida como Regra dos Nove (*Figura 2*). Este método divide quase todo o corpo em seções de 9% ou de 2 vezes 9% (18%). Para as crianças, utilizam-se gráficos que ajustam essas porcentagens conforme a idade da criança (tabelas de Lund e Browder). Este ajuste é necessário, pois as diferentes zonas do corpo crescem em um ritmo distinto.

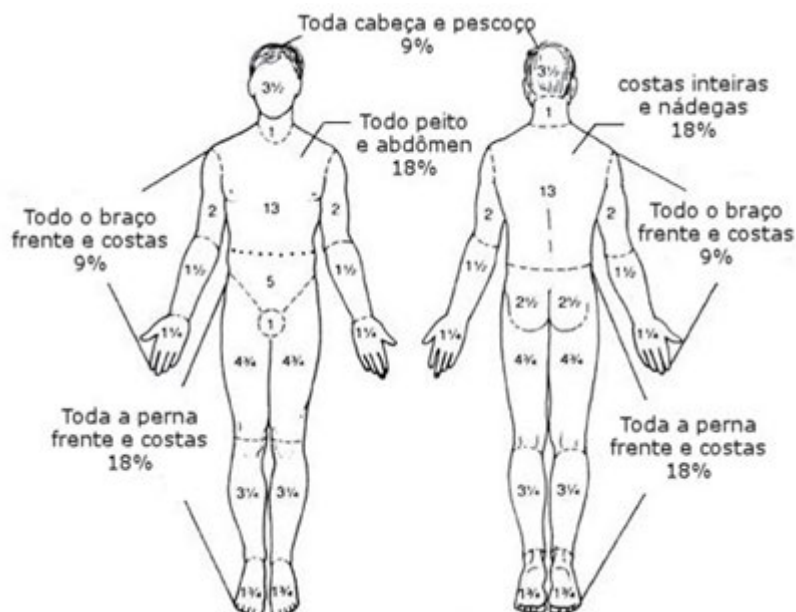


Figura 2 - Regra dos Nove(9)

Quando uma vítima de queimadura é encaminhada ao serviço de urgência e emergência, o primeiro profissional a lhe receber e fazer os primeiros cuidados é o Enfermeiro e sua equipe. O enfermeiro deve possuir um pensamento crítico que promova a decisão clínica e ajude a identificar as necessidades do paciente e quais as melhores medidas a serem tomadas para atendê-las. Assim, as etapas do processo de enfermagem, dividem-se em: “histórico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e evolução”. A coleta de dados serve para definir o estado de saúde do paciente e identificar problemas de saúde reais ou potenciais, e são obtidos por meio do histórico de saúde e do exame físico.

Em relação ao paciente considerado grande queimado, faz-se o exame físico e ainda deve-se recolher informações sobre como ocorreu a queimadura, depois os dados são analisados.

O profissional que atende tais pacientes, deve-se manter atualizado quanto aos conhecimentos técnicos/científicos para que possa prestar os devidos cuidados. Cabe ao enfermeiro, como líder da equipe, escolher da melhor forma o tipo de intervenção, podendo inclusive propor métodos novos.

Assistência do enfermeiro com paciente de grande queimado em uma UTI tem como principais procedimentos:

- Acomodar o paciente em isolamento para evitar infecções;
- Realizar exame físico detalhado;
- Administrar toxóide tetânico;
- Manter vias aéreas superiores pérvias e promover a retirada de secreções pulmonares;
- Manter a saturação de oxigênio superior a 90%, fixar cânula de intubação com cadarço e proteger a cartilagem do pavilhão auditivo com coxim de gaze;
- Avaliar permanentemente a necessidade de sedativos e analgesia;
- Posicionar as extremidades queimadas em elevação e devidamente alinhadas;
- Preparar o paciente para curativos no centro cirúrgico;
- Proteger as áreas de compressão contra úlceras de pressão;
- Realizar movimentação a cada duas horas;
- Manter o paciente aquecido;
- Realizar curativos conforme orientação médica e com técnica asséptica;
- Avaliar locais de inserção de cateteres, sondas e drenos e administrar nutrição enteral com a sonda em posição pós-pilórica.

De modo geral, a assistência de enfermagem ao paciente vítima de queimaduras tem por objetivo auxiliar nas medidas para enxertia, controle de infecções e prevenção de hipotermia, dentre outras.

Os curativos de pacientes que sofreram lesões térmicas têm sido realizados, frequentemente, por profissionais de enfermagem com base em uma rotina preestabelecida nos serviços especializados em queimaduras. Neste sentido, surge a necessidade de atualização desses profissionais para que possam atuar com eficiência e implementar ações fundamentadas em pesquisas. A enfermagem se juntamente com o tratamento clínico e cirúrgico, tem como objetivo básico, garantir o melhor restabelecimento funcional e estético possível do indivíduo. A assistência do enfermeiro e sua equipe, é voltada ao tratamento dos problemas existentes e a prevenção dos problemas que podem, porventura, ocorrer no decorrer do processo.

## REFERÊNCIAS

LEITE, Victor Hugo Oliveira. *et al.* **Análise Dos Acidentes Por Queimadura Com Álcool Líquido Em Unidade De Tratamento De Queimados Em Sergipe.** Revista Brasileira de Queimaduras, Goiânia-GO, v.15, n.4, 2016.

DIAS, Leandro Dário Faustin. *et al.* **Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico.** Revista Brasileira De Cirurgia Plástica, São Paulo-SP v.30, n.1, 2015.

SANTOS, Flávia Dos. *et al.* **Abordagem De Enfermagem Ao Paciente Vítima De Queimaduras: Uma Revisão Integrativa.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Cianorte-PR, v.27, n.2, 2019.

SILVA, Regina Maria Araújo da; CASTILHOS, Ana Paula Lourenço. **A Identificação De Diagnósticos De Enfermagem Em Paciente Considerado Grande Queimado: Um Facilitador Para Implementação Das Ações De Enfermagem.** Revista Brasileira de Queimaduras, Goiânia-GO, v.9, n.2, 2010.

CHAVES, Sheyla Cristina dos Santos. **Ações Da Enfermagem Para Reduzir Os Riscos De Infecção Em Grande Queimado No CTI.** Revista Brasileira de Queimaduras, Goiânia-GO, v.12, n.3, 2013.

GATHAS, A. Z. *et al.* **Atendimento Do Enfermeiro Ao Paciente Queimado.** Amparo-SP. 2011.

BRAZ, Paula Regina Pereira; BRAZ, Lillian Cristina Pereira. **Assistência Do Enfermeiro Ao Paciente Queimado Em Unidade De Terapia Intensiva.** Anuário da Produção Acadêmica Docente, São Paulo, v. 5, n. 14, 2011.

# MOTIVOS DE CANCELAMENTOS DE CIRURGIAS ELETIVAS: UM ESTUDO DE REVISÃO



**JOSEFA VILMA MORAIS DA SILVA**

Faculdade do Recife (FAREC)

**JÚLIA LARISSA DE SOUZA SILVA**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**GABRIELA PORTELA**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**HELENA VITÓRIA SILVA PINHEIRO**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**JÚLIA BUONAFINA DA SILVA**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**MARÍLIA JULIANE PEDROSA GURGEL**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**BRENNA CAVALCANTI MACIEL**

**MODESTO**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**JAEL MARIA DE AQUINO**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**EMANUELA BATISTA FERREIRA E PEREIRA**

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE)

**RESUMO:** *Objetivo:* Analisar os motivos de cancelamento de cirurgias eletivas, a taxa desses cancelamentos e identificar as especialidades cirúrgicas com maior prevalência de suspensão. *Metodologia:* Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A pesquisa dos artigos foi realizada entre julho e agosto de 2020 nas seguintes bases de dados: (LILACS), (BDenf), (SCIELO) e (PUBMED). Após a análise e interpretação dos dados, foi realizada a síntese do conhecimento obtido em tais publicações, a qual produziu resultados na forma narrativa, descrevendo achados comuns e divergências entre os estudos selecionados. *Resultados:* Através dos cruzamentos dos descritores em português e inglês foram localizados 606 artigos durante o processo de seleção. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2019, nos idiomas espanhol, inglês e português, artigos de delineamento transversal, coorte prospectiva/retrospectiva e demais artigos originais disponíveis na íntegra que abordassem motivos de cancelamentos de cirurgias eletivas. Os artigos foram analisados criteriosamente através dos títulos resultando em uma exclusão de 503 artigos, restando 15 artigos. Posteriormente houve a análise dos resumos restando 8 artigos e na última etapa realizou-se leitura na íntegra destes e restaram 6 artigos. Foram excluídos os artigos em duplicidade e artigos de revisões. *Conclusão:* A revisão apontou que entre os principais motivos para o cancelamento estavam o absenteísmo

do paciente, imprevistos na equipe multiprofissional e a falha na comunicação entre equipe e usuário. Com relação às especialidades cirúrgicas que apareceram com maiores índices de cancelamentos estão a ortopedia, seguida da cirurgia geral e urológica. Constatou-se também que a equipe hospitalar tem dificuldades na identificação das causas predominantes de cancelamentos.

**PALAVRA-CHAVE:** Procedimentos cirúrgicos eletivos. Enfermagem perioperatória. Centro Cirúrgico. Assistência perioperatória. Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

**ABSTRACT: Objective:** Analyze the reasons for cancellation of elective surgeries, the rate of these cancellations and to identify the surgical specialties with the highest prevalence of suspension. **Methodology:** It is an integrative literature review. The search for articles was carried out between July and August 2020 in the following databases: (LILACS), (BDenf), (SCIELO) and (PUBMED). After analyzing and interpreting the data, a synthesis of the knowledge obtained in such publications was carried out, which produced results in the narrative form, describing common findings and divergences between the selected studies. **Results:** Through the crossing of descriptors in Portuguese and English, 606 articles were found during the selection process. Articles published between 2010 and 2019 were selected, in Spanish, English and Portuguese, cross-sectional articles, prospective / retrospective cohort and other original articles available in full that addressed reasons for cancellation of elective surgeries. The articles were carefully analyzed through the titles resulting in an exclusion of 503 articles, leaving 15 articles. Subsequently, the abstracts were analyzed, leaving 8 articles, and in the last stage, they were read in full and 6 articles remained. Duplicate articles and review articles were excluded. **Conclusion:** The review pointed out that among the main reasons for the cancellation were the patient's absenteeism, unforeseen circumstances in the multidisciplinary team and the failure in communication between the team and the user. Regarding the surgical specialties that appeared with the highest cancellation rates are orthopedics, followed by general and urological surgery. It was also found that the hospital team has difficulties in identifying the predominant causes of cancellations.

**KEYWORDS:** Elective Surgical Procedures. Perioperative Nursing. Surgicenters. Perioperative Care. Quality Indicators Health Care.

## 1. INTRODUÇÃO

A cirurgia é sempre um motivo de muita cautela e preocupação por parte do paciente, bem como por parte da equipe multidisciplinar do serviço de saúde que realizará o procedimento (MOREIRA et al., 2016). No caso das cirurgias eletivas, o usuário apresenta diagnóstico estabelecido e indicação de intervenção cirúrgica com programação prévia. Esse procedimento requer preparo muitas vezes complexo e desgastante, o que causa impactos no paciente caso haja alguma complicação no período pré-operatório e/ou cancelamento (BASTO et al., 2020).

Segundo o portal do Ministério da Saúde (MS), os procedimentos cirúrgicos eletivos fazem parte da rotina dos atendimentos dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem financiamento assegurado pelo repasse mensal de recursos de média e alta complexidade, enviados de forma regular e automática a todos os estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2019). Dessa forma, uma suspensão cirúrgica acaba por acarretar um ônus financeiro aos serviços de saúde (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015).

Também incide desfavoravelmente nos serviços, causando um prejuízo sobre o paciente, equipe de enfermagem, cirurgiões e anestesistas (GOMES et al., 2018). No caso do paciente, a pessoa que está a se submeter a uma cirurgia se encontra diante de vários sentimentos envolvendo o afastamento de seus hábitos diários, tais como a dispensa do trabalho, o distanciamento de casa e do aconchego da família (SODRÉ; EL FAHL, 2014).

Além disso, tem as restrições específicas do tipo de cirurgia, da anestesia, da internação, da mutilação e até mesmo o medo da morte em sala cirúrgica, contribuindo para um quadro de ansiedade e desconforto (SODRÉ; EL FAHL, 2014). Esse quadro pode ser justificado pela falta de informações durante o acompanhamento pré-operatório pela equipe de saúde para que os usuários sintam-se seguros diante do procedimento a ser realizado, evitando assim possíveis desistências ou alterações clínicas do paciente devido à escassez de orientações (MOREIRA et al., 2016).

Entre os principais motivos apontados na literatura para o cancelamento de cirurgias, encontram-se relativo ao não comparecimento do paciente, aos recursos financeiros, sociais, emocionais e administrativos (MOREIRA et al., 2016). A identificação destes motivos e a noção de corresponsabilidade da equipe multiprofissional é relevante na busca de propostas e estratégias que visem reduzir o cancelamento de cirurgias, bem como melhorar a vida dos pacientes envolvidos e minimizar os impactos financeiros para a instituição hospitalar (TAMIASSO et al., 2018).

Ao adotar medidas simples como confirmação da cirurgia um dia antes por telefone, pode-se diminuir a ausência do beneficiário no dia do procedimento agendado, considerando que na ocorrência da desmarcação pelo paciente, por exemplo, poderia ser inserido outro no horário, evitando que a sala cirúrgica fique inutilizada (MORAES et al., 2017). A aplicabilidade de ações como essa colaboram para o impedimento sistemático de suspensões cirúrgicas nas instituições de saúde (CARVALHO et al., 2016).

Por conseguinte, entende-se que é necessário identificar formas de prevenir a suspensão cirúrgica seja ela pela desistência do paciente ou por parte da instituição, já que ambas acarretam inúmeros prejuízos às partes envolvidas. No caso de cancelamento pela instituição, o usuário fica com o sentimento de desapontamento, visto que por diversas vezes já se encontram em preparo para a intervenção cirúrgica, e com o cancelamento não recebem apoio por parte da equipe multiprofissional ou sequer uma previsão da remarcação, levando a uma perda de tempo com um novo agendamento (CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA 2016).

Diante do exposto, esta revisão propõe-se a analisar os motivos dos cancelamentos cirúrgicos eletivos, a taxa desses cancelamentos e identificar as especialidades cirúrgicas com maior prevalência de suspensão, pretendendo responder o seguinte questionamento: “Quais as evidências científicas publicadas sobre os motivos que levam ao cancelamento de cirurgias eletivas?”.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, produzida por meio das seguintes etapas: definição da questão norteadora; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

A pesquisa dos artigos foi realizada entre julho e agosto de 2020 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDEnf), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PUBMED). A busca foi realizada a partir do cruzamento dos descritores em português de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e suas respectivas traduções em inglês obtidas através do *Medical Subject Headings* (MeSH).

Os cruzamentos ocorreram com o descritor “Procedimentos cirúrgicos eletivos” fixado, enquanto os descritores “Enfermagem perioperatória”; “Centro cirúrgico”; “Assistência perioperatória” e “Indicadores de qualidade em assistência à saúde” eram alternados, totalizando 4 cruzamentos, aplicando o operador booleano “AND” entre os termos.

Os artigos foram selecionados a partir dos critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos (2010 a 2019), idioma (espanhol, inglês e português), artigos de delineamento transversal, coorte prospectiva/retrospectiva e demais artigos originais disponíveis na íntegra que abordassem motivos de cancelamentos de cirurgias eletivas. Foram excluídos os artigos de revisão (integrativa, literatura e sistemática) e os duplicados.

Os artigos encontrados foram lidos e avaliados quanto à sua adequação aos critérios de elegibilidade. Comprovada a adequação, tiveram suas informações registradas em formulário próprio contendo informações gerais dos artigos. Após a análise e interpretação dos dados, foi realizada a síntese do conhecimento obtido em tais publicações, a qual produziu resultados na forma narrativa, descrevendo achados comuns e divergências entre os estudos.

## 3. RESULTADOS

O Quadro 1 demonstra as estratégias de busca e cruzamentos de descritores utilizados nas bases de dados, onde foram localizados 606 artigos durante o processo de seleção. No processo de exclusão foram subtraídos 51 artigos que apareceram em duplicidade entre as bases de dados e 36 revisões de literatura, restando um total de 518 artigos. Os artigos foram analisados criteriosamente através dos títulos resultando em uma exclusão de 503 artigos, restando 15 artigos. Na última etapa houve a análise dos resumos no qual restaram 8 artigos e por fim realizou-se a leitura na íntegra destes, resultando em uma amostra final de 6 artigos.

**Quadro 1.** Estratégia de cruzamento dos descritores nas bases de dados. Recife-PE, Brasil, 2020.

	Procedimentos cirúrgicos eletivos AND Enfermagem Perioperatória	Procedimentos cirúrgicos eletivos AND Centro cirúrgico	Procedimentos cirúrgicos eletivos AND Assistência perioperatória	Procedimentos cirúrgicos eletivos AND Indicadores de qualidade em assistência à saúde	Total
LILACS	14	12	10	1	37
BDEnf	10	9	4	2	25
SciELO	7	3	0	0	10
PUBMED	12	4	447	71	534
Total	43	28	461	74	606

Fonte: autoria própria.

Com base nos artigos selecionados foi construído o Quadro 2, onde estão demonstradas as seguintes variáveis: Título/Autor(es)/Ano, Tipo de estudo, Período do estudo, Cenário do estudo, Taxa de cancelamento cirúrgico, Cancelamento cirúrgico por especialidade, Motivos de cancelamento cirúrgico, Resultados e Conclusão.

**Quadro 2.** Apresentação das principais características das publicações sobre motivos de cancelamentos de cirurgias eletivas. Recife-PE, Brasil, 2020.

Título/Autor(es)/Ano	Tipo de estudo	Período do estudo	Cenário do estudo	Taxa de cancelamento cirúrgico	Cancelamento cirúrgico por especialidade	Motivos de cancelamento cirúrgico	Resultados	Conclusão
Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. Botazini; Toledo; Souza, 2015	Estudo descritivo, exploratório e prospectivo, de abordagem quantitativa com dados secundários	3 meses	Hospital universitário no Sul de Minas Gerais	1.699 cirurgias programadas e 466 cirurgias canceladas (27,4%)	Cirurgia proctológica (43,1%), Cirurgia ortopédica (38,3%) e Cirurgia urológica (36,6%)	A critério do cirurgião (56,7%), falta de vaga na internação (14,4%), e não comparecimento do paciente (14,2%)	O cancelamento cirúrgico foi avaliado mensalmente nas variáveis: sexo, turno, dia da semana e plano de saúde	O número de cancelamentos cirúrgicos eletivos foi elevado, principalmente em pacientes do SUS, sendo a maioria do sexo feminino. Esses cancelamentos trazem diversas consequências biopsicossociais ao paciente, alterações à família e aos profissionais de saúde nos diversos setores do hospital
Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. Gomes et al., 2018	Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa	10 meses	Hospital público do Distrito Federal	6.926 cirurgias programadas e 2.339 cirurgias canceladas (33,8%)	-	Cirurgias suspensas injustificadas (30,1%), outros motivos (25,0%) e motivos administrativos (21,8%)	Os cancelamentos cirúrgicos foram analisados por meio das variáveis: tempo do estudo, mês e determinantes	A taxa de cancelamento foi maior que 30% e teve como principal fator as causas injustificadas. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de conscientização da equipe e capacitações no intuito de melhorar o desempenho e adequar o processo de trabalho às necessidades do paciente e do setor

Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. Santos e Bocchi, 2017	Estudo retrospectivo e descritivo com dados secundários	4 anos	Hospital Público do Estado de São Paulo	8.443 cirurgias programadas e 573 cirurgias canceladas (6,79%)	Cirurgia infantil (19,85%), Cirurgia ortopédica (19,51%) e Cirurgia geral (17,05%)	Motivos clínicos (sem condições) (48,33%), a pedido do cirurgião/mudança de conduta (17,93%) e paciente não internou (8,96%)	Os cancelamentos cirúrgicos eletivos foram analisados por meio das variáveis: faixa etária, especialidade cirúrgica e período do ano	Em comparação com outros estudos de mesmo objetivo, a taxa de cancelamento cirúrgico eletivo deste estudo foi considerada inferior. As causas dos cancelamentos se dividiram em razões clínicas e não clínicas, houve mais cancelamentos durante o dia e crianças e idosos foram os mais afetados
Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. Sodré e El Fahl, 2014.	Estudo descritivo, exploratório, retrospectivo, com abordagem quantitativa e qualitativa	4 anos	Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo	22.788 cirurgias programadas e 3.121 cirurgias canceladas (13,6%)	Cirurgia da mão (19,3%), Cirurgia vascular (18,2%), Cirurgia ortopedia/traumatologia (17,6%)	O não comparecimento do paciente no dia da cirurgia (33,8%), condições clínicas desfavoráveis (20,0%) e avanço do horário (5,5%)	O cancelamento cirúrgico foi analisado de acordo com especialidade e o ano.	Há necessidade de um maior planejamento operacional e estabelecimento de metas a fim de evitar o cancelamento cirúrgico, como, por exemplo, a confirmação do procedimento por contato telefônico, visto que a maior causa de suspensão foi o não comparecimento do paciente
Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. Souza et al., 2010	Estudo documental e retrospectivo com abordagem quantitativa	9 meses	Hospital universitário no município do Rio de Janeiro	3.553 cirurgias programadas e 973 cirurgias canceladas (27,4%)	-	Pacientes sem condições clínicas (24,46%), em branco/sem preenchimento (12,43%) e adiantado da hora (11,92%)	O cancelamento cirúrgico eletivo foi analisado de acordo com os motivos e meses	Mais de um quarto das cirurgias foram canceladas por diversos motivos, no qual esses cancelamentos repercutem em alterações psicológicas no paciente e família. Em relação à equipe, resulta em desgaste físico e psíquico dos profissionais. Para a instituição, foram geradas despesas desnecessárias
Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. Moraes et al., 2017	Estudo descritivo, retrospectivo e documental com abordagem quantitativa	3 meses	Hospital de referência no estado de Pernambuco	9.648 cirurgias programadas e 2956 cirurgias canceladas (30,6%)	Cirurgia geral (29,8%), Cirurgia ortopédica (17,6%) e Cirurgia urológica (16,7%)	Motivos relacionados à equipe médica (61,50%), motivos relacionados ao paciente (30,31%) e motivos relacionados à instituição (8,18%)	O cancelamento cirúrgico foi analisado de acordo com sexo, complexidade cirúrgica, especialidade e turno programado	A suspensão cirúrgica é um problema multifatorial, que gera ônus à instituição, equipe e paciente. O cancelamento cirúrgico eletivo foi maior entre as mulheres que seriam submetidas à cirurgias de média complexidade no período da manhã. O motivo mais recorrente foi a ausência do paciente.

Fonte: Autoria própria.

## 4. DISCUSSÃO

A temática cancelamento cirúrgico ainda é pouco explorada pela literatura. Como abordado nesta revisão, há uma escassez de produções científicas acerca do conteúdo. De acordo com as buscas nas bases de dados, foram encontrados 6 estudos que tinham como foco o cancelamento de cirurgias eletivas. Em sua maioria, os artigos trouxeram o motivo do cancelamento e a realidade dos serviços de saúde vinculados ao SUS no contexto de alguns hospitais universitários brasileiros.

O procedimento cirúrgico provoca mudanças na vida do paciente, e muitas vezes representa um evento traumático como desgaste emocional (ARAÚJO et al., 2019). O paciente, ao se preparar para a cirurgia, traz consigo expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. Para ele, o hospital é um ambiente estranho e desconhecido, e se sente dependente dos profissionais que confia e espera receber cuidados adequados (LIRA et al., 2015).

Dessa maneira, a intervenção cirúrgica requer preparo prévio do paciente e de seus familiares, pois envolve aspectos físicos e psicológicos, aceitação da cirurgia, interferência no estilo de vida, alterações socioeconômicas pelo afastamento no trabalho, além da situação de estresse gerada pelo medo do desconhecido (ARAÚJO et al., 2019).

Apesar de algumas intervenções serem consideradas processos menores pelos profissionais que atuam na área hospitalar, a cirurgia é sempre uma experiência importante para o paciente e a família. Considera-se também uma ameaça potencial ou real para a integridade corporal do sujeito, e pode interferir na necessidade de apoio durante qualquer fase do processo (BISINOTTO et al., 2017). A desinformação é outro fator gerador de sentimentos desagradáveis que podem causar alterações no organismo como pico hipertensivo e alteração no índice glicêmico, situações estas que impossibilitam a intervenção cirúrgica (RISSO; BRAGA, 2015).

Dentre os 6 artigos selecionados para a revisão, apenas 4 destes trazem dados sobre as especialidades cirúrgicas mais canceladas. A cirurgia ortopédica aparece nos 4 estudos, seguido de cirurgia geral em 2 e cirurgia urológica também em 2 estudos. As cirurgias infantis, de mão, vascular e proctológica tiveram menor taxa de cancelamento entre as demais especialidades. O período dos estudos variaram de 3 meses (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015; Moraes et al., 2017) a 4 anos (SODRÉ; EL FAHL, 2014; SANTOS; BOCCHI, 2017).

Verifica-se que as elevadas taxas de absenteísmo (ausência) estão relacionadas à falta de comunicação entre o serviço de saúde e o paciente, este nem sempre tem condições de comunicar à instituição a impossibilidade de seu comparecimento e quando comunica (em tempo hábil), essa informação não chega até o Centro Cirúrgico. Ocorre assim, por exemplo, a perda de oportunidade de outro agendamento cirúrgico, que poderia otimizar o processo de trabalho na unidade (PERROCA; JERICÓ; FACUNDIN, 2017; RISSO; BRAGA, 2015).

Há muitos cancelamentos sem justificativa e/ou sem registro adequado, algo que demonstra falha na programação do mapa cirúrgico. Um dos artificios utilizados pelas equipes cirúrgicas para garantir a reserva de salas ou equipamentos é o preenchimento do aviso de cirurgia com o nome fictício de um paciente (GARCIA; SPIRI, 2017).

A taxa de cancelamento cirúrgico merece atenção e reflexão sobre os indicadores de qualidade e gerenciamento do serviço de saúde. Nos estudos foram evidenciadas variações de 6,7% (SANTOS; BOCCHI, 2017) a 33,8 % (GOMES et al., 2018). Segundo LIRA et al. (2015), às suspensões de cirurgias decorrentes de problemas administrativos demonstram que as instituições precisam otimizar seus planejamentos de recursos de material e de pessoal, uma vez que isso é facilmente possível tendo um acompanhamento sistemático do serviço de cirurgia.

Diante dos artigos analisados, evidenciou-se que os motivos mais frequentes de cancelamento de cirurgias eletivas é o não comparecimento do paciente no dia da cirurgia, seguido do pedido do médico cirurgião por mudança de conduta médica ou motivos injustificáveis e ausência de leitos para internação (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015; MORAES et al., 2017; SANTOS; BOCCHI, 2017; SODRÉ; EL FAHL, 2014; GOMES et al., 2018). Outro fator elegível para essa suspensão são os problemas na estrutura hospitalar, e por razões administrativas (LIRA et al., 2015).

As condições clínicas do paciente também é um dos motivos de cancelamentos de cirurgia apontados nos estudos (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015; MORAES et al., 2017; SODRÉ; EL FAHL, 2014). Outro fator comum é uma cirurgia eletiva ser cancelada para ser realizada uma cirurgia de emergência, acarretando uma mudança em toda a rotina do centro cirúrgico (MORAES et al., 2017).

Nesse cenário, a equipe de saúde atua como organizadora dos processos cirúrgicos e assistenciais, de modo a aperfeiçoar resultados, com eficácia e eficiência no uso de recursos disponíveis. Aos enfermeiros capacitados, cabe o papel de realizar as normas e rotinas que visem bom andamento do processo de trabalho, bem como a função de líderes ou gestores de forma a minimizar possíveis imprevistos que possam ocorrer (HAND; LEVIN; STANZIOLA, 2014).

A comunicação eficaz entre cirurgiões, enfermeiros e demais profissionais envolvidos no preparo e na realização de uma cirurgia pode também minimizar o cancelamento cirúrgico. A comunicação deve ocorrer não somente entre a equipe de saúde, uma vez que os usuários devem ser orientados adequadamente, visando o entendimento em todo o período perioperatório (SANTOS, 2019).

Os profissionais do centro cirúrgico tem como responsabilidade a manutenção da vida de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, o enfrentamento de situações instáveis pode estar associado à condição dos clientes e à dinâmica da própria unidade, o que envolve questões referentes às relações interpessoais, administrativas, assistenciais, dentre outras (GARCIA; SPIRI, 2017).

O cancelamento cirúrgico acarreta prejuízos ao paciente, interferindo no resultado da assistência e na produtividade do serviço. Do ponto de vista administrativo, interfere na própria equipe de saúde, no que se refere à operacionalização do trabalho, ao consumo de tempo e de recursos materiais. Para o hospital, a ocupação do leito, a reserva da sala operatória, o desperdício de material cuja esterilização é dispendiosa, do pessoal envolvido no preparo de material e da sala cirúrgica, gerando ônus para todo sistema hospitalar (RISSO; BRAGA, 2015).

Os prejuízos causados pelos cancelamentos afetam diretamente a instituição, a equipe, e principalmente, ao usuário que é atendido. Para a instituição, o impacto incide principalmente sobre os custos, representando perda de oportunidade e consumo econômico (PITTELKOW; CARVALHO, 2018). Os pacientes afetados pelo cancelamento cirúrgico precisam de assistência como se tivessem sido submetidos à intervenção cirúrgica, isto porque ocorre uma mudança nas condições cotidianas dos indivíduos, como estado emocional, estrutura familiar e aspectos profissionais (BOTAZINI; CARVALHO, 2017).

As determinantes para os cancelamentos cirúrgicos podem e devem ser controladas e restringidas, a partir da conscientização de todos os envolvidos em tal situação, a fim de que se busque a diminuição dos índices de suspensão cirúrgica na instituição em questão e, posteriormente, esforços conjuntos para a implementação de medidas que restrinjam ao máximo esse evento (SOUZA et al., 2010).

A substituição do procedimento cirúrgico não é desejável, porém, em uma análise custo-benefício, é melhor refazer o planejamento e perder algum tipo de material, tempo e recursos humanos do que deixar a sala ociosa e o hospital não receber por nenhum procedimento. Entretanto, não há garantias que uma substituição será igual à cirurgia planejada com relação ao tipo, porte, complexidade, sala e materiais (MORGAN; BERNARDINO; WOLFF, 2010).

Nesse sentido, o absenteísmo cirúrgico pode ser minimizado com a implementação da rotina de confirmação do usuário por telefone, sugerindo que esta seja realizada na antevéspera da cirurgia. Essas iniciativas voltadas à assistência em saúde mostram-se importantes e necessárias, no entanto as ações para minimizar o cancelamento cirúrgico são realizadas apenas por um pequeno número de profissionais (AVILA; BOCCHI, 2013).

As principais estratégias recomendadas pela literatura para minimizar o cancelamento de cirurgias são: realização de consulta pré-anestésica ou pré-operatória; confirmação telefônica do comparecimento dos pacientes antes do procedimento; a reestruturação do processo de trabalho, envolvendo equipe de saúde, tecnologia de informação e profissionais de nível médio (BOTAZINI; TOLEDO; SOUZA, 2015; MORAES et al., 2017; SANTOS; BOCCHI, 2017; SODRÉ; EL FAHL, 2014).

As visitas pré-operatórias contribuíram para orientação eficaz, melhor satisfação do paciente com relação à anestesia e à cirurgia, redução da ansiedade, diminuição das doses de analgésicos e decréscimo nas complicações pós-operatórias (PASCHOAL; GATTO, 2016). Essa visita auxilia o paciente quanto a necessidade ou não de melhor preparo clínico. Os pacientes que são avaliados na primeira consulta e necessitam de ajuste do estado clínico, e possivelmente, teriam o procedimento cirúrgico suspenso e postergado se não fossem submetidos a uma avaliação apropriada.

## 5. CONCLUSÃO

A revisão apontou como especialidade cirúrgica que aparece com maiores índices de cancelamentos a ortopedia, seguida da cirurgia geral e urológica. Já como principais motivos para o cancelamento estavam o absenteísmo do paciente, imprevistos na equipe multiprofissional e a falha na comunicação entre equipe e usuário.

Constatou-se também que a equipe hospitalar tem dificuldades na identificação das causas predominantes de cancelamentos, o que afeta diretamente no planejamento para atenuação dessas

taxas. Como consequência, os serviços tornam-se mais onerosos para instituições e equipes de saúde, devido à ociosidade de sala cirúrgica e por possíveis complicações para os usuários.

Por fim, foi possível verificar a relevância da adoção de estratégias para prevenção de cancelamento cirúrgico, considerando pontos importantes para sua efetivação como, por exemplo, comunicação adequada entre usuários e instituições. Além disso, a ênfase nas necessidades de cada paciente e a visita pré-operatória, justificando que possíveis problemas poderão ser avaliados e tratados antes que o usuário se interne, fornecendo assim a segurança necessária para tranquilizar o usuário quanto ao procedimento cirúrgico.

## 6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Jennyfer Kelly Moraes de et al. Avaliação dos fatores de cancelamento de cirurgias em hospitais do nordeste brasileiro. **Revista SOBECC**, v. 24, n. 4, p. 175-184, 2019.

AVILA, Marla Andréia Garcia de; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Confirmação de presença de usuário à cirurgia eletiva por telefone como estratégia para reduzir absenteísmo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 193-197, 2013.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues et al. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 25, 2020.

BISINOTTO, Flora Margarida Barra et al. Implantação do serviço de pré-anestesia em hospital universitário: dificuldades e resultados. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, n.2, p.167-76, 2017.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; CARVALHO, Rachel de. Cancelamento de cirurgias: uma revisão integrativa da literatura. **Revista SOBECC**, v. 22, n. 4, p. 230-244, 2017.

BOTAZINI, Naraiamma Oliveira; TOLEDO, Lucas Dionísio; SOUZA, D. M. S. T. Cirurgias eletivas: cancelamentos e causas. **Rev SOBECC**, v. 20, n. 4, p. 210-219, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde. 2 ed. Brasília (DF): MS; 2019.

CARVALHO, Thialla Andrade et al. Suspensão de cirurgias em um hospital universitário. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 4, p. 186-191, 2016.

CAVALCANTE, Jacqueline Borges; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ALMEIDA, Paulo César. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n.4, p. 59-65, 2016.

GARCIA, Marla Andréia; SPIRI, Wilza Carla. Suspensão de cirurgias eletivas em um hospital-escola. **Rev SOBECC**, v.12, n.4, p.15-9, 2017.

GOMES, Jacqueline Ramos de Andrade Antunes et al. Fatores determinantes para suspensões de cirurgias eletivas em um hospital do Distrito Federal. **Revista SOBECC**, v. 23, n. 4, p. 184-188, 2018.

HAND, Roger; LEVIN, Philip; STANZIOLA, Alex. As causas dos cancelamentos de cirurgias. **Rev SOBECC**, v. 5, n.1, p. 2-6, 2014.

LIRA, Rodrigo Pessoa Cavalcanti et al. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.5, p.487-489, 2015.

- MORAES, Priscilla Glazielly dos Santos de et al. Fatores clínicos e organizacionais relacionados à suspensão de procedimentos cirúrgicos. **Rev Enferm UFPE on line**, v.11, n.7, p. 26-45, 2017.
- MOREIRA, Luzimar Rangel et al. Avaliação dos motivos de cancelamentos de cirurgias eletivas. **Rev Enferm**, v.19, n.2, p. 212-225, 2016.
- MORGAN, Willian; BERNARDINO, Elizabeth; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. Implicações do cancelamento de cirurgias em centro cirúrgico-estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, 2010.
- PASCHOAL, Maria Lúcia Habib; GATTO, Maria Alice Fortes. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Rev Lat-Am Enferm**,v. 14, n.1,p.48-53, 2016.
- PERROCA, Márcia Galan; JERICÓ, Marli de Carvalho; FACUNDIN, Solange Diná. Cancelamento cirúrgico em um hospital escola: implicações sobre o gerenciamento de custos. **Rev Lat-Am Enferm**, v.15, n.5, p. 48-53, 2017.
- PITTELKOW, Erika; CARVALHO, Rachel de . Cancelamento de cirurgias em um hospital da rede pública. **Einstein (São Paulo)**, v. 6, n.4, p. 416-21, 2018.
- RISSO, Amanda Creste Martins da Costa Ribeiro; BRAGA, Eliana Mara. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. **Rev Esc Enferm USP**,v.44, n.2, p.360-7, 2015.
- SANTOS, Gisele Aparecida Alves Corral dos; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. Cancelamento de cirurgias eletivas em hospital público brasileiro: motivos e redução estimada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 535-542, 2017.
- SANTOS, Kezia Cristina Batista dos et al. Comunicação e relacionamento interpessoal no centro cirúrgico: aplicação da metodologia da problematização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e698, 2019.
- SODRÉ, Roberto Luiz; EL FAHL, Michely de Araújo Félix. Cancelamento de cirurgias em um hospital público na cidade de São Paulo. **Rev. adm. saúde**, p. 67-70, 2014.
- SOUZA, Norma Valeria Dantas de Oliveira et al. Determinantes para suspensões cirúrgicas em um hospital universitário. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 82-87, 2010.
- TAMIASSO, Renata Souza Souto et al. Ferramentas de gestão de qualidade como estratégias para redução do cancelamento e atrasos de cirurgias. **Revista Sobecc**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 96-102, 2018.

## DESAFIOS NO MANEJO DA PRÉ-ECLÂMPسيا

**ISABELA MACÊDO DE ARAUJO**

Centro Universitário CESMAC

**MATHEUS DE ANDRADE AMARAL**

Centro Universitário CESMAC

**THAYNARA MELO DOS ANJOS**

Centro Universitário CESMAC

**MARIANA MENDONÇA DE ARAÚJO  
TAVARES**

Centro Universitário CESMAC

**DINÁRIO AUGUSTO LEMOS**

Centro Universitário CESMAC

**YANCKA LERNER HORA ROCHA**

Centro Universitário CESMAC

**RICARDO BRUNO ARAÚJO NUNES**

Centro Universitário Tiradentes

**LORENNNA PEIXOTO LOPES**

Centro Universitário CESMAC

**RESUMO: Introdução:** A pré-eclâmpsia é caracterizada como uma emergência hipertensiva que ocorre após a 20ª semana de gestação, sendo acompanhada por um ou mais dos seguintes itens: proteinúria, edema pulmonar, trombocitopenia, lesão renal aguda, insuficiência hepática, dor abdominal ou restrição do crescimento fetal. Nessa perspectiva, o diagnóstico baseia-se em uma pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg, aferidas duas vezes com intervalo de pelo menos quatro horas; ou com uma PAS  $\geq 160$ mmHg ou PAD  $\geq 110$ mmHg confirmada em minutos. Sa-

be-se que o atraso no diagnóstico da doença está diretamente associado à gravidade do quadro.

**Objetivo:** Analisar o manejo da pré-eclâmpsia, assim como sintetizar as alternativas terapêuticas e diagnósticas mais utilizadas na prática clínica.

**Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura pelas bases de dados Medline (via Pubmed) e LILACS (via BVS). Utilizou-se os descritores (MeSH e DeCS) e termos livres, com a estratégia de busca: “Pre-Eclampsia AND Management AND Emergency”. Além disso, utilizou-se o filtro de artigos publicados nos últimos cinco anos.

**Resultados e Discussão:** Foram encontrados 253 artigos, dos quais 40 títulos mostraram-se relevantes, 17 artigos foram excluídos a partir da leitura dos resumos, e 2 excluídos após a leitura do texto completo. Por fim, 18 artigos foram selecionados para compor a revisão. Os estudos relataram os métodos terapêuticos utilizados no manejo da pré-eclâmpsia, com destaque para o tratamento anti-hipertensivo com nifedipina oral (primeira escolha), labetalol, hidralazina e metildopa, a fim de manter a pressão estável. Como também, o sulfato de magnésio para a prevenção e controle da doença. **Conclusão:** As alternativas terapêuticas voltadas exclusivamente ao controle da pressão arterial negligenciam a fisiopatologia intrínseca da doença, acarretando maiores acometimentos à mãe e ao feto. Dessa forma, nota-se que o manejo adequado da hipertensão e do quadro clínico subjacente podem otimizar o prognóstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pré-Eclâmpsia, Hipertensão, Manejo, Diagnóstico, Tratamento.

**ABSTRACT: Introduction:** Preeclampsia is characterized as a hypertensive emergency that

occurs after the 20th week of pregnancy, being accompanied by one or more of the following items: proteinuria, pulmonary edema, thrombocytopenia, acute kidney injury, liver failure, abdominal pain or fetal growth. In this perspective, the diagnosis is based on a systolic blood pressure (SBP)  $\geq$  140mmHg or diastolic blood pressure (DBP)  $\geq$  90mmHg, measured twice with an interval of at least four hours; or with a SBP  $\geq$  160mmHg or DBP  $\geq$  110mmHg confirmed in minutes. It is known that the delay in the diagnosis of the disease is directly associated with the severity of the condition. **Objective:** Analyze the management of pre-eclampsia, as well as to synthesize the therapeutic and diagnostic alternatives most used in clinical practice. **Methodology:** This is an integrative literature review using the Medline (via Pubmed) and LILACS (via VHL) databases. The descriptors (MeSH and DeCS) and free terms were used, with the search strategy: “Pre-Eclampsia AND Management AND Emergency”. In addition, the filter of articles published was used in the last five years. **Results and Discussion:** A total of 253 articles were found, of which 40 titles were found to be relevant, 17 articles were excluded from reading the abstracts, and 2 were excluded after reading the full text. Finally, 18 articles were selected to compose the review. The studies reported the therapeutic methods used in the management of pre-eclampsia, with emphasis on antihypertensive treatment with oral nifedipine (first choice), labetalol, hydralazine and methyldopa, in order to maintain stable pressure. As well, magnesium sulfate for the prevention and control of the disease. **Conclusion:** Therapeutic alternatives are exclusively at controlling blood pressure and neglect the intrinsic pathophysiology of the disease, leading to greater involvement of the mother and fetus. Thus, it is noted that the adequate management of hypertension and the underlying clinical condition can optimize the prognosis.

**KEYWORDS:** Preeclampsia, Hypertension, Management, Diagnosis, Treatment.

## 1. INTRODUÇÃO

A pré-eclâmpsia (PE) é definida como uma síndrome hipertensiva típica da gravidez que ocorre após a 20ª semana de gestação e está associada a um risco aumentado de complicações e morte para a mãe e para o feto (WATSON *et al.*, 2018; COX *et al.*, 2019; CHRISTENSEN *et al.*, 2017). O diagnóstico de pré-eclâmpsia (PE) é realizado com base na (1) presença de pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq$  140 mmHg ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq$  90 mmHg em duas ocasiões com pelo menos 4 horas de intervalo e (2) presença de proteinúria ou disfunção de órgãos-alvo (ABRAHAM & KUSHELEVA., 2019; WATSON *et al.*, 2018; AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020).

A incidência da PE é fortemente influenciada pela raça e etnia, caracterizando forte componente genético. A PE acomete menos de 5% das mulheres em pré-natal, sendo que 3 a 10% destas são nulíparas e 1,4 a 4% multíparas (AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020). Ela pode ser dividida em PE de início precoce, quando os sinais e sintomas surgem antes das 34 semanas de gestação, e PE de início tardio, caracterizada pelo aparecimento de manifestações clínicas após as 34 semanas de gestação, sendo esta última a mais prevalente (AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020). A pré-eclâmpsia quando iniciada tardiamente está associada a uma incidência significativamente maior de doenças perinatais, morte e morbidade neonatal grave em comparação com a doença de início precoce (WILKERSON & OGUNBODEDE, 2019; DUHIG, VANDERMOLEN, SHENNAN, 2018).

Tal emergência hipertensiva pode ser dividida, ainda, como PE sem características graves, PE com características graves e PE sobreposta, a qual ocorre em pacientes hipertensas crônicas que

em certo momento da gestação apresentam um aumento da sua pressão basal e que preenchem os critérios diagnósticos para PE (ELFARRA, BEAN, MARTIN, 2016; OLSON-CHEN et al., 2016).

Sabe-se que a PE complica em 2 a 8% do total de gestações em todo o mundo (ACESTOR et al., 2016). Nesse contexto, a morbimortalidade de mulheres e crianças associadas à pré-eclâmpsia são importantes problemas de saúde pública, especialmente em países de baixa e média renda. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a incidência é sete vezes maior nos países em desenvolvimento (2,8% dos nascidos vivos) do que nos países desenvolvidos (0,4% dos nascidos vivos) (OLAOYE *et al.*, 2019). O que pode ser justificado principalmente pelo precário treinamento dos profissionais de saúde, bem como por atrasos na transferência para centro especializado, diagnóstico e tratamento (ACESTOR et al., 2016).

Uma história de PE durante uma gravidez anterior está associada a um risco 8 vezes maior de desenvolver pré-eclâmpsia durante a próxima gestação. Outros fatores que aumentam o risco são: síndrome do anticorpo antifosfolípídeo, hipertensão crônica, diabetes insulino-dependente pré-gestacional, índice de massa corporal antes da gravidez maior que 30, reprodução assistida e doença renal crônica (WILKERSON & OGUNBODEDE, 2019; ACESTOR et al., 2016). Vale ressaltar que mulheres com PE possuem risco aumentado de evoluir com persistência de alterações de níveis pressóricos mais tarde na vida (CHRISTENSEN et al., 2017).

As opções de tratamento para o manejo da pré-eclâmpsia baseiam-se na regulação da pressão arterial, com a utilização de anti-hipertensivos intravenosos e orais. Além disso, os métodos diagnósticos disponíveis para a identificação precoce da PE são insuficientes e ineficazes (ACESTOR et al., 2016). Dessa forma, o presente estudo busca analisar o manejo da pré-eclâmpsia, assim como sintetizar as alternativas diagnósticas e terapêuticas mais utilizadas na prática médica.

## 2. METODOLOGIA

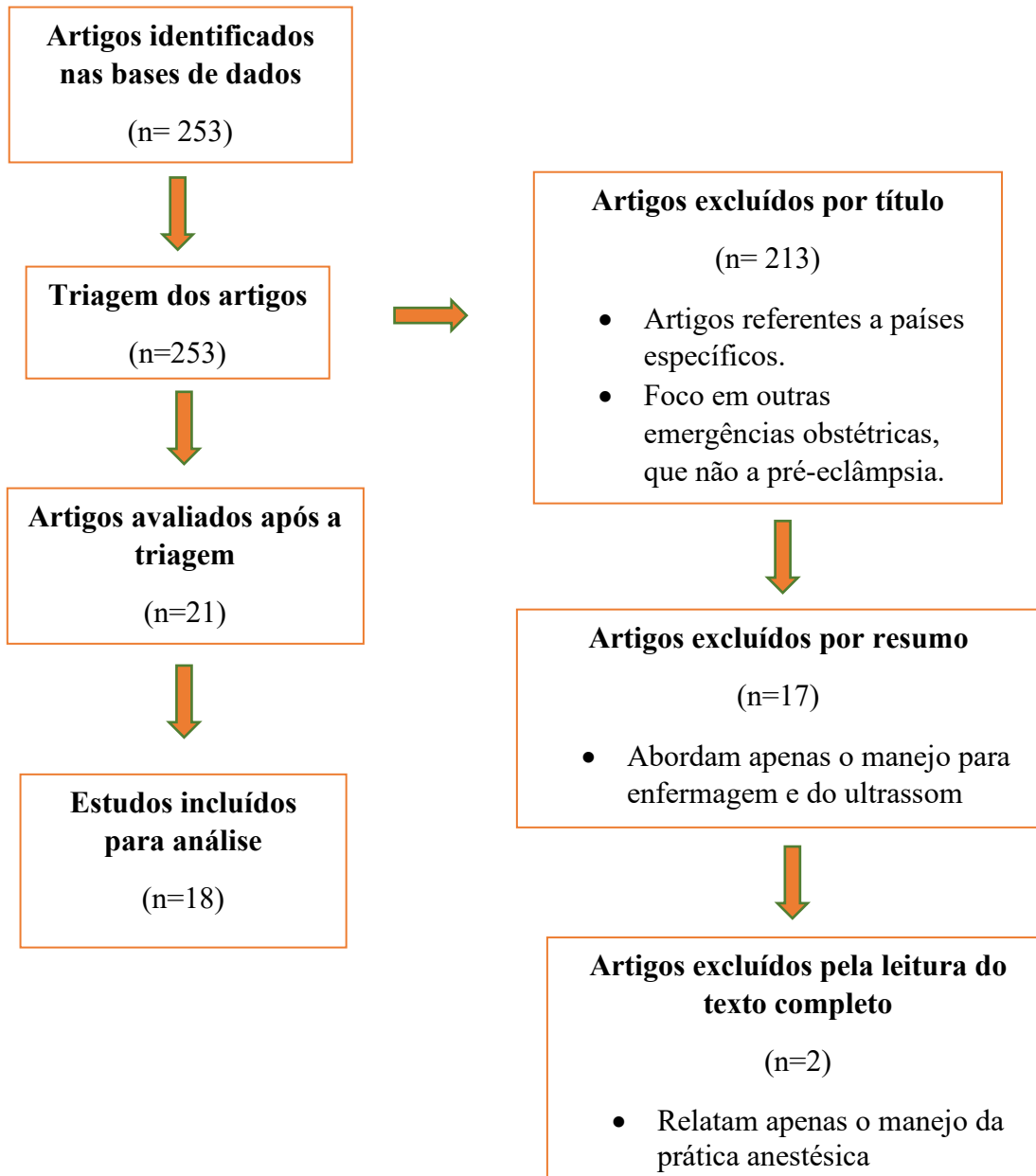
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com informações retiradas das bases de dados Medline (via PubMed) e LILACS (via BVS). A estratégia de busca baseou-se nos integrantes do PICO (população, intervenção, contexto e desfechos), a partir da utilização dos descritores (DeCS e MeSH) e termos livres: “Pre-Eclampsia”, “Management” e “Emergency”, com o auxílio do operador booleano AND. Aplicou-se, ainda, o filtro de artigos publicados durante o período de 2015 a 2020, sem mais restrições quanto ao tipo de estudo e idioma.

Com relação aos critérios de elegibilidade, foram incluídos os artigos que relatam sobre o manejo da pré-eclâmpsia na emergência e as alternativas terapêuticas mais utilizadas para na prática médica. Já os critérios de exclusão basearam-se em artigos que fazem referência a países específicos, com foco em outras emergências obstétricas, com enfoque no manejo para enfermagem, em ultrassom e na prática anestésica. As etapas da pesquisa consistiram no delineamento do tema, escolha das bases de dados, construção da estratégia de busca, leitura e retirada de dados dos artigos, análise dos dados e construção do texto na íntegra.

### 3. RESULTADOS

A partir da aplicação do filtro, foram encontrados 253 artigos, dos quais 40 artigos mostraram-se relevantes, 17 foram excluídos após a leitura dos resumos e 2 excluídos após a leitura do texto completo. Por fim, 18 artigos foram selecionados para compor a revisão. Os critérios para a seleção dos artigos estão detalhados no fluxograma encontrado na figura 1.

Figura 1.



Fonte: Autores do capítulo.

## 4. DISCUSSÃO

Durante a gravidez normal, os citotrofoblastos fetais migram no útero materno, onde penetram e remodelam as artérias espirais do endométrio que fornecem sangue para a placenta. O desenvolvimento normal da placenta requer que as artérias uterinas em espiral (SUAs) sejam aumentadas e transformadas em vasos de capacitância. A remodelação ocorre em uma fase inicial independente do trofoblasto, seguida por uma fase posterior dependente do trofoblasto. Em gestações normais, a remodelação está completa no início do segundo trimestre. Em contrapartida, a PE se desenvolve como resultado de uma placentação anormal seguida por um sistema imune materno disfuncional (SAVA, MARCH, PEPINE., 2018).

Durante a primeira fase, a invasão dos citotrofoblastos fetais é inadequada, levando à remodelação insuficiente das artérias espirais e, eventualmente, a redução da perfusão da placenta. Durante a segunda fase, uma isquemia é causada por hipoperfusão da placenta, que leva à liberação de vários mediadores, como a tirosina quinase-1 do tipo fms solúvel (sFlt-1), causando disfunção endotelial e uma cascata de distúrbios sistêmicos: hipertensão, edema, proteinúria e agregação plaquetária. A ativação das plaquetas e a cascata de coagulação levam ao desenvolvimento de microtrombos, piorando ainda mais o fluxo sanguíneo para o útero (WILKERSON & OGUNBODEDE, 2019; ELFARRA, BEAN, MARTIN, 2016; OLSON-CHEN et al., 2016).

Ademais, a patogênese da PE pode ser justificada pelo desequilíbrio do óxido nítrico (NO) e do superóxido (O<sub>2</sub>). Sabe-se que o NO é produzido a partir da conversão da L-arginina pela enzima óxido nítrico sintase endotelial (eNOS) que é expressa em sinciciotrofoblastos e em células endoteliais placentárias. Dessa forma, acredita-se que o desenvolvimento da PE ocorre pela ausência de L-arginina e consequente desacoplamento da eNOS, que irá produzir O<sub>2</sub> no lugar de NO, aumentando, assim, o processo oxidativo vascular, a disfunção endotelial e o aumento da PA (AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020).

Até o momento, os testes diagnósticos para a PE baseiam-se na aferição da pressão arterial e na dosagem de proteinúria durante o atendimento pré-natal. No entanto, tais métodos são inespecíficos, não confiáveis e pouco sensíveis para a detecção precoce do risco de acometimento materno e fetal, além de sofrer influência da interpretação de cada examinador (ACESTOR et al., 2016).

As características graves da pré-eclâmpsia incluem (1) PAS  $\geq$  160 mmHg ou PAD  $\geq$  110 mmHg que persiste por pelo menos 15 minutos, (2) trombocitopenia, (3) função hepática prejudicada, (4) dor grave persistente no quadrante superior direito que não responde à medicação, (5) novo desenvolvimento de insuficiência renal, em que a creatinina sérica elevada é maior que 1,1 mm / dL ou duplicação da creatinina sérica na ausência de outra doença renal, (6) edema pulmonar, e (7) distúrbios cerebrais ou visuais de início recente (ABRAHAM & KUSHELEVA., 2019; WILKERSON & OGUNBODEDE., 2019; BERNSTEIN et al., 2017).

A proteinúria é definida como uma relação proteína / creatinina urinária maior ou igual a 0,3 ou como a medida da excreção de proteína na urina durante o período de 24 horas, sendo esta

considerada o padrão ouro para a quantificação da proteinúria (ACESTOR et al., 2016). No entanto, o padrão ouro apresenta limitações consideráveis por ser um teste inconveniente, visto que é demorado e necessita de hospitalização, além de estar sujeito a erros. Há heterogeneidade na precisão do teste das razões proteína / creatinina quando comparada com coletas de urina de 24 horas na gravidez (DUHIG, VANDERMOLEN, SHENNAN., 2018).

Dessa forma, pesquisadores buscam alternativas diagnósticas mais sensíveis, específicas e de confiança. Para isso, biomarcadores estão em estudo para possibilitar a avaliação mais objetiva da doença ou do potencial risco de desenvolvê-la, dentre os quais destacam-se os biomarcadores de angiogênese, como a sFlt-1 e o fator de crescimento placentário (PIGF) (ACESTOR et al., 2016; AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020). Porém, grande parte das pesquisas desenvolvidas estão concentradas em países mais ricos, o que aumenta a vulnerabilidade dos países de baixa renda, que possuem maior carência de recursos (ACESTOR et al., 2016).

Outro biomarcador importante é a colectrina, membro da família da enzima conversora de angiotensina (ECA), que possui papel marcante na homeostase da PA, a partir da regulação das concentrações de NO e O<sub>2</sub>, e do acompanhamento do transporte de L-Arginina no endotélio celular e provavelmente em células epiteliais renais. Desse modo, a redução nos níveis de colectrina pode acarretar no desacoplamento da enzima eNOS, resultando em disfunção vascular e hipertensão, as quais são consideradas como fatores de risco para PE (AL-BAYATI, AL-ANI, AHMED, 2020).

Por outro lado, o mundo em desenvolvimento é favorecido pelos testes de diagnóstico rápidos, que necessitam de reagentes práticos e de baixo custo, os quais são formados por tiras imunocromatográficas ou tecnologias de fluxo lateral, ideais para os locais de pronto-atendimento (ACESTOR et al., 2016).

As sequelas maternas da pré-eclâmpsia que podem ocorrer incluem: coagulação intravascular disseminada, convulsões (eclâmpsia), síndrome HELLP, acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda, retinopatia, hemorragia pós-parto e morte. As sequelas fetais que podem ocorrer são: descolamento de placenta, complicações da prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, anormalidades da frequência cardíaca e morte. Assim, é primordial que quem cuida da gestante saiba diagnosticar prontamente esse transtorno (ABRAHAM, & KUSHELEVA, 2019; ELFARRA, BEAN, MARTIN, 2016). No entanto, as alternativas terapêuticas disponíveis para o manejo da PE negligenciam tais acometimentos sistêmicos, com maior foco na estabilização da PA (SPERLING et al., 2015).

A eclâmpsia é a condição neurológica que representa o início das convulsões da mulher com PE. A preocupação deste avanço clínico é a de que essa condição afeta rapidamente os sinais vitais da mãe e do feto que levam a uma maior morbimortalidade. Ao nascimento, é provável que o feto seja prematuro, tenha baixo peso ao nascer, seja natimorto e experimente desafios físicos ou cognitivos mais tarde na vida (GARTI et al., 2020).

A síndrome HELLP é caracterizada quando há evidências de: hemólise, esquizócitos em esfregaço periférico, aumento de lactato desidrogenase, haptoglobina diminuída, bilirrubina total aumentada (1,2 mg / dL), diminuição do hematócrito (hemólise) ou aumento do hematócrito

(hemoconcentração), aspartato e alanina aminotransferase elevados (70 IU / L) e a trombocitopenia (plaquetas <100.000 / mL) (OLSON-CHEN & SELIGMAN., 2016).

Segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2017), o manejo da pré-eclâmpsia requer a formulação de diretrizes padronizadas e baseadas em evidências, visto que reduzem os riscos de efeitos adversos para a mãe e para o feto. Até o momento, recomenda-se que a hipertensão grave de início súbito deve ser tratada de imediato (30 a 60 minutos após a aferição da PA) com anti-hipertensivos para evitar o desenvolvimento de acidente vascular encefálico (AVE), edema pulmonar e hemorragia cerebral (BERNSTEIN et al., 2017; ELFARRA, BEAN, MARTIN, 2016).

Os agentes anti-hipertensivos de primeira linha para a terapêutica da PE incluem: hidralazina intravenosa (IV), labetalol IV e nifedipina oral de liberação imediata. Sendo este último utilizado principalmente quando não há o estabelecimento do acesso intravenoso ou quando há alguma contra-indicação ao uso do labetalol e da hidralazina. Vale ressaltar que a farmacocinética e o potencial de ação são semelhantes nos três fármacos (DUHIG, VANDERMOLEN, SHENNAN., 2018; BERNSTEIN et al., 2017; SHARMA et al., 2016).

A nicardipina intravenosa e esmolol são considerados terapias de segunda linha. O nitroprussiato deve ser reservado para circunstâncias atenuantes, devido ao risco de toxicidade por cianeto e tiocianato e aumento potencial da pressão intracraniana, que pode piorar o edema cerebral em pacientes com pré-eclâmpsia (WATSON *et al.*, 2018).

No pós-parto, a medicação anti-hipertensiva deve ser administrada dentro de 60 minutos em casos de persistência de hipertensão grave, visando manter a PA em níveis abaixo de 150/90 mmHg. Além disso, a PA da paciente deve ser monitorizada durante as primeiras 72 horas após o parto e reavaliada em 7 a 10 dias que sucedem a alta hospitalar. Vale salientar que fármacos anti-inflamatórios não-esteroidais devem ser evitados para pacientes hipertensos no período pós-parto, por conta da retenção de água e sódio (ELFARRA, BEAN, MARTIN, 2016; OLSON-CHEN et al., 2016).

A medicação anti-hipertensiva deve ser selecionada em relação à amamentação. Muitas diretrizes ainda consideram a metildopa como o medicamento de escolha para o tratamento da hipertensão pós-parto; no entanto, deve ser usado com cautela em mulheres com risco de desenvolver depressão (CÍFKOVÁ *et al.*, 2019).

A cura para a PE é o parto. Para aqueles sem características graves, o parto é recomendado a partir de 37 semanas de gestação. Para aqueles com características graves, o parto é recomendado a partir de 34 semanas. O parto pode ser indicado antes de 34 semanas de gestação no contexto de pressão arterial refratária à administração de medicamentos, agravamento das anormalidades laboratoriais ou comprometimento fetal (ABRAHAM & KUSHELEVA, 2019; OLSON-CHEN et al., 2016). A PA deve ser regulada antes do parto, especialmente em mulheres que irão se submeter à cirurgia cesariana, em que será necessária a administração de anestesia geral, o que pode aumentar a pressão arterial durante a intubação endotraqueal (OLSON-CHEN et al., 2016).

O sulfato de magnésio (SM) é utilizado para a prevenção e redução do risco de recorrência de convulsões na pré-eclâmpsia grave. Recomenda-se o SM apenas para casos de emergência hipertensiva (PAS  $\geq$  160 mmHg e PAD  $\geq$  110 mmHg) e a sua administração deve ser continuada durante as 24 horas que sucedem o parto (BERNSTEIN et al., 2017; LOTUFO et al., 2016). A excreção do SM é tipicamente renal, dessa forma, o monitoramento da função renal é de extrema importância para o controle da sua toxicidade. Portanto, pode ser realizada a colocação de um cateter de Foley para avaliação do débito urinário, observação dos níveis séricos de creatinina, taxa respiratória e presença do reflexo tendinoso patelar profundo. O acompanhamento das taxas de magnésio, no entanto, é necessário apenas em casos de disfunção renal, ausência de reflexo patelar profundo, ou ambos (BERNSTEIN et al., 2017).

Na suspeita de toxicidade por SM, recomenda-se o desmame da medicação por um profissional de saúde qualificado responsável pela paciente, bem como a suplementação de oxigênio e avaliação do nível de magnésio sérico. Já em casos de toxicidade conhecida, pode-se administrar 10mL de gluconato de cálcio à 10% IV (BERNSTEIN et al., 2017; LOTUFO et al., 2016). Em casos de parada cardiorrespiratória, a intubação pode ser necessária (OLSON-CHEN et al., 2016).

Após a alta hospitalar, as mulheres devem ser instruídas quanto à importância de procurar seu médico em casos de cefaléia persistente, dor no quadrante superior direito ou alterações visuais, a fim de evitar complicações mais sérias (OLSON-CHEN et al., 2016).

## 5. CONCLUSÃO

O manejo da pré-eclâmpsia possui limitações significativas pela escassez de protocolos padronizados e baseados em evidências e de recursos, principalmente em países de média e baixa renda. Os métodos diagnósticos disponíveis para a prevenção e manejo da PE são inespecíficos, pouco sensíveis e de baixa confiança, e os estudos para o aprimoramento destes estão restritos a países desenvolvidos e de alta renda.

Além disso, o tratamento farmacológico tem como foco principal a estabilização da pressão arterial, negligenciando, dessa forma, a fisiopatologia intrínseca da doença e o acometimento de órgãos-alvo. Portanto, faz-se necessário mais estudos acerca de alternativas padronizadas mais abrangentes, que incluam desde o tratamento para a regulação da PA até o manejo adequado das demais condições clínicas apresentadas pela paciente, considerando a patogênese da doença.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, C; KUSHELEVA, N. Management of Pre-eclampsia and Eclampsia: A Simulation. **The AAMC Journal of Teaching and Learning Resources**, v. 15, p. 10832. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31773060/>>.

ACESTOR, N. *et al.* Towards biomarker-based tests that can facilitate decisions about prevention and management of preeclampsia in low-resource settings. **Clin Chem Lab Med**, v. 54, n. 1, p. 17-27. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25992513/>>.

AL-BAYATI, M. M. J; AL-ANI, A. R. T; AHMED, H. N. Correlation of serum collectrin level and preeclampsia onset: A case control study. **J Gynecol Obstet Hum Reprod**, v. 20. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32325273/>>.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. **Obstetrics & Gynecology**, v. 129, n. 4, p. 769-770. 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-28333812>>.

BERNSTEIN, P. S. *et al.* National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. **Anesth Analg**, v. 125, n. 2, p. 540-547. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28696959/>>.

CHRISTENSEN, M. KRONBORG C. S; CARLSEN, R. K; ELDRUP, N; KNUDSEN, U. B. Early gestational age at preeclampsia onset is associated with subclinical atherosclerosis 12 years after delivery. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 96, n. 9, p. 1084-1092. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28542803/>>.

CÍFKOVÁ, R. *et al.* Peripartum management of hypertension. A position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. **Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother**. 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-31841131>>.

COX, A. G; MARSHALL, S. A; PALMER, K. R; WALLACE, E. M. Current and Emerging Pharmacotherapy for Emergency Management of Preeclampsia. **Expert Opinion Pharmacotherapy**, v. 20, n. 6, p. 701-712. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30707633/>>.

DUHIG, K; VANDERMOLEN, B; SHENNAN, A. Recent Advances in the Diagnosis and Management of Pre-Eclampsia. **F1000Research**, v. 7, p. 242. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29560262/>>.

ELFARRA, J; BEAN, C; MARTIN, J. N. Management of Hypertensive Crisis for the Obstetrician/Gynecologist. **Obstet Gynecol Clin North Am**, v. 43, n. 4, p. 623-637. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27816151>>.

GARTI, I; GRAY, M; TAN, J. Y. BROMLEY, A. Midwives' knowledge of pre-eclampsia management: A scoping review. **Women birth**. 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32928690>>.

LOTUFO, F. A; PARPINELLI, M. A; OSIS, M. J; SURITA, F. G; COSTA, M. L; CECATTI, J. G. Situational analysis of facilitators and barriers to availability and utilization of magnesium sulfate for eclampsia and severe preeclampsia in the public health system in Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 16, p. 254. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27577571>>.

OLAOYE, T; OYERINDE, O. O; ELEBUJI, O. J; OLOGUN, O. Knowledge, Perception and Management of Pre-eclampsia among Health Care Providers in a Maternity Hospital. **Int J MCH AIDS**, v. 8, n. 2, p. 80-88. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723478/>>.

OLSON-CHEN, C; SELIGMAN, N. S. Hypertensive Emergencies in Pregnancy. **Crit Care Clin**, v. 32, n. 1, p. 29-41. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26600442>>.

SAVA, R. I; MARCH, K. L; PEPINE, C. J. Hypertension in Pregnancy: Taking Cues From Pathophysiology for Clinical Practice. **Clinical Cardiology**, v. 41, n. 2, p. 220-227. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29485737/>>.

SPERLING, J. D; DAHLKE, J. D; HUBER, W. J; SIBAI, B. M. The Role of Headache in the Classification and Management of Hypertensive Disorders in Pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 126, n. 2, p. 297-302. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26241418>>.

WATSON, K; BROSCIOUS, R; DEVABHAKTHUNI, S; NOEL, Z. R. Focused Update on Pharmacologic Management of Hypertensive Emergencies. **Current Hypertension Reports**, v. 20, n. 7, p. 56. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29884955/>>.

WILKERSON, R. G; OGUNBODEDE, A. C. Hypertensive Disorders of Pregnancy. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 37, n. 2, p. 301-316. 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940374/>>.

# O CHOQUE CARDIOGÊNICO EM PACIENTES COM CARDIOMIOPATIA DO ESTRESSE AGUDO



**MARIANA MENDONÇA DE ARAÚJO TAVARES**

Centro Universitário CESMAC

**YANCKA LERNER HORA ROCHA**

Centro Universitário CESMAC

**ANTÔNIO EVERALDO VITORIANO DE ARAÚJO FILHO**

FELLOWSHIP em CardioOncologia pela FMUSP-INCOR/ICESP.

**THAYNARA MELO DOS ANJOS**

Centro Universitário CESMAC

**DINÁRIO AUGUSTO LEMOS NETO**

Centro Universitário CESMAC

**ISABELA MACÊDO DE ARAUJO**

Centro Universitário CESMAC

**MATHEUS DE ANDRADE AMARAL**

Centro Universitário CESMAC

aguda. É caracterizada por hipotensão grave associada perda transitória de função do ventrículo esquerdo, sem prejuízo das artérias coronárias detectado a partir do cateterismo cardíaco. Essa síndrome é multifactorial, podendo ser precedida de um estresse emocional, fisiológico ou traumático, além de lesões no sistema nervoso central, com a consequente liberação de quantidades consideráveis de catecolaminas na corrente sanguínea, encontrada em  $\frac{3}{4}$  dos pacientes. Apresenta prognóstico favorável, com a resolução de estado de hipocinesia, discinesia ou acinesia, em dias ou semanas, com manejo médico adequado à taxa de mortalidade hospitalar é de 10%. Essa síndrome acomete, principalmente, mulheres pós-menopausa com histórico de estresse recente. Embora, a evolução dos pacientes para o choque cardiogênico é mais evidente em homens com características clínicas específicas.

**PALAVRA-CHAVE:** síndrome de takotsubo; choque cardiogênico; prolongamento do QT; Hemodinâmica do choque cardiogênico; tratamento.

**RESUMO:** A cardiomiopatia Takotsubo (TS), ou também conhecida como síndrome do balonismo apical foi descoberta no Japão há cerca de três décadas. É uma cardiopatia aguda e reversível, relativamente rara que mimetiza a síndrome coronariana aguda quanto a clínica, o paciente pode apresentar: dor torácica, edema pulmonar, aumento das enzimas cardíacas como a troponina, alterações eletrocardiográficas, principalmente no segmento ST, em cerca de 70% dos casos, e invenção de onda T. Destaca-se ainda, a possibilidade de choque cardiogênico, sendo, portanto, essencial a terapia intensiva em sua fase

**ABSTRACT:** Takotsubo cardiomyopathy, or also known as apical ballooning syndrome, was discovered in Japan about three decades ago. It is an acute and reversible cardiopathy, relatively rare that mimics an acute coronary syndrome as to a clinical presentation, the patient may present chest pain, pulmonary edema, increased cardiac enzymes such as troponin, electrocardiographic changes mainly in the ST segment by about 70% of the cases and T-wave inversion, it is also worth mentioning a possibility of cardiogenic shock, therefore, intensive therapy in its acute phase is essential. It is characterized by severe hypotension associated with transient loss

of function of the left ventricle, without impairing the coronary arteries detected through cardiac catheterization, which in turn was preceded by emotional, physiological or traumatic stress, in addition to limitations in the central nervous system, with a consequent release of considerable amounts of catecholamines into the bloodstream, found in  $\frac{3}{4}$  of the patients. It presents a favorable prognosis, with a resolution of the state of hypokinesia, dyskinesia or akinesia, in days or weeks, with adequate medical management, the hospital mortality rate is 10%. This syndrome mainly affects postmenopausal women with a recent history of stress. Although, the evolution of patients for cardiogenic shock is more evident in men with specific characteristics.

**KEYWORDS:** takotsubo syndrome; cardiogenic shock; QT prolongation; Hemodynamics of cardiogenic shock; treatment.

## 1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Takotsubo ou Síndrome do coração partido, teve sua primeira descrição no Japão em 1990, por Sato e Dote quando descreveram a silhueta do ventrículo esquerdo durante a sístole em pacientes que apresentaram como características clínicas de infarto do miocárdio, mas sem doença obstrutiva da artéria coronária. Takotsubo refere-se a forma clássica do balonamento apical que lembra uma armadilha de polvo usada no Japão. A cardiomiopatia do estresse agudo é uma síndrome em que ocorre uma anormalidade na movimentação da parede ventricular esquerda estendendo-se além da parte irrigada por uma única artéria coronária e um consequente balonamento do ventrículo durante a sístole, decorrente de estressores, como: morte de algum parente, luto, ou estresse físico. São classificada em tipos: a) apical; b) médio-ventricular; c) basal; d) focal; e) global. Embora essa síndrome seja vista como uma condição benigna, complicações como choque cardiogênico e insuficiência cardíaca aguda são um problema. A incidência do choque cardiogênico em pacientes com TS é em torno de 9,3%, evidenciado, principalmente, em indivíduos cursando de pressão arterial sistólica abaixo de 90mmHg por mais de 30 minutos, ou quando se faz necessário a administração de catecolaminas para manter essa pressão sistólica superior à 90 mmHg, além de outros sinais clínicos, como congestão pulmonar, perfusão periférica prejudicada, dor no peito, dispneia e consciência alterada. Existem fatores de risco para a apresentação do choque cardiogênico em pacientes com TS, como: pacientes do sexo masculino, com prolongamento do intervalo QT, menor fração de ejeção no ventrículo esquerdo, a partir de gatilhos físicos e presença significativa de um gradiente de pressão no ventrículo esquerdo. O choque cardiogênico é um preditor importante para um pior prognóstico e aumento da mortalidade. Entretanto, é notável que uma grande parte dos pacientes com choque cardiogênico na cardiomiopatia do estresse agudo sobreviveram à fase aguda. Achados no eletrocardiograma sugerem que indivíduos com o intervalo QT longo têm maior probabilidade (4,1 vezes maior) de ter um pior desfecho clínico, por exemplo: vir a desenvolver choque cardiogênico, precisar de intubação, necessidade de uso de vasopressores, arritmias ventriculares e morte, quando comparados ao grupo que apresenta QT normal. Foi visto que indivíduos com Takotsubo possuem ondas Q transitórias e elevação do segmento ST no diagnóstico, que então evolui para inversões de onda T e prolongamento do intervalo QT.

**Imran *et al.* (2016)** realizou uma coorte de 93 pacientes, a prevalência de arritmias ventriculares foi de 8% e pacientes com TCM que tiveram prolongamento QT tinha probabilidade 28% maior de arritmia ventricular para cada aumento de 10 ms no intervalo QT.

## 2. APORTE TEÓRICO

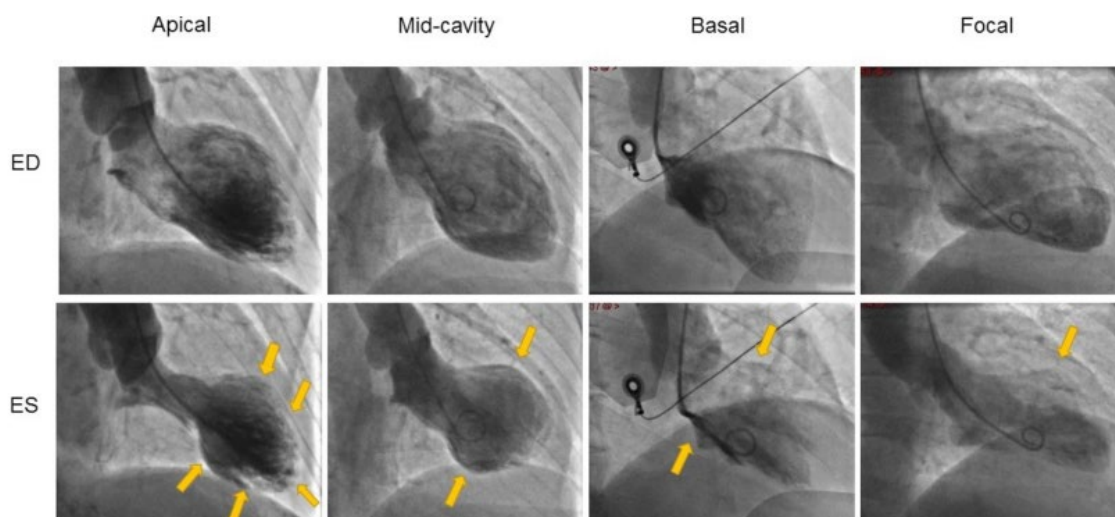
### 2.1 CARDIOMIOPATIA DO ESTRESSE AGUDO

Em 2006, o American College of Cardiology e a American Heart Association definiram a síndrome de Takotsubo como uma cardiomiopatia adquirida primária, essa definição também foi adotada pela European Society of Cardiology. Logo após essa aceitação, A Heart Failure Association da European Society of Cardiology, introduziu os termos TS primário e secundário. Na ST primária, os sintomas cardíacos agudos são as principais razões para a procura de atendimento médico em emergências. Já na TS secundária, a síndrome ocorre em pacientes já hospitalizados ou devido a uma condição cirúrgica.

Os estudos realizados por Di Filippo, Bacchi, Di Mario (2019) destacaram o fato de que lesões coronárias obstrutivas observadas e anormalidades isquêmicas clássicas de movimento da parede em outros territórios são possíveis em pacientes com TS.

Os pacientes com síndrome de Takotsubo são descritos por uma alteração ventricular esquerda transitória aguda, um estado de hipocinesia, discinesia ou acinesia, a partir de uma atividade simpática exagerada, levando a uma descarga cardiotóxica de catecolaminas na circulação.

É classificada em tipos: a) apical; b) médio-ventricular; c) basal; d) focal; e) global.



**Fonte:** Dawson DK. Heart 2017; 0:1–7. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28824005/> >.

Vale lembrar, que o envolvimento do ventrículo direito pode coexistir, pois pacientes com padrões típicos de movimento regional localizado na parede podem ocorrer uma evolução, também,

para outros segmentos. Um gatilho emocional, físico ou combinado pode preceder o Takotsubo, mas isso não é obrigatório.

Anormalidades regionais de movimento da parede que se estendem além de uma única distribuição vascular epicárdica são consideradas uma característica importante que distingue o TS do infarto agudo do miocárdio isquêmico comum.

De acordo com o Registro InterTAK foi evidenciado anormalidades regionais de movimento da parede no miocárdio subtendidas por uma única artéria coronária também podem estar presentes em pacientes com TS, especialmente quando o acometimento for focal.

É importante lembrar que distúrbios neurológicos (como, hemorragia subaracnóide, acidente vascular cerebral, ataque isquêmico transitório ou convulsões) e feocromocitoma podem servir como motivadores para o desenvolvimento dessa cardiomiopatia. Os níveis de biomarcadores cardíacos (troponina e creatina quinase) são relativamente elevados na maioria dos casos, muitas vezes não acompanhando a gravidade e proporção das anormalidades regionais de movimentação da parede. Embora, ocorra uma elevação significativa do peptídeo natriurético do tipo B.

A presença de feocromocitoma é uma causa específica da cardiomiopatia do estresse agudo, mesmo que a maioria dos outros critérios diagnósticos para a síndrome mencionem feocromocitoma apenas em relação ao diagnóstico diferencial. De fato, o feocromocitoma pode causar uma tempestade de catecolaminas com disfunção do ventrículo esquerdo, anormalidades no eletrocardiograma e aumento de biomarcadores (troponina e creatina quinase), hipercontração de sarcômeros e necrose da banda de contração indistinguível de TS.

## 2.2 O CHOQUE CARDIOGÊNICO

É quando o coração funciona de maneira inadequada na perfusão dos tecidos (hipoperfusão dos tecidos), podendo levar, se não tratada rapidamente, a uma disfunção orgânica e à morte do paciente. A clínica do paciente pode variar de alterações hemodinâmicas sutis a colapsos cardiovasculares.

Existem os seguintes critérios hemodinâmicos para o diagnóstico do choque cardiogênico:

\*Hipotensão: Com pressão sistólica inferior a 90 mmHg ou quando ocorre uma redução de 30 mmHg na pressão arterial média do paciente.

\*Índice cardíaco reduzido: Se paciente recebendo suporte vasoativo ou mecânico, menos de 2,2 L / min / m<sup>2</sup> de área de superfície; ou se paciente não recebe suporte vasoativo ou mecânico, menos de 1,8 L / min / m<sup>2</sup> de área de superfície corporal.

\*Pressão de enchimento elevada da esquerda, direita ou ambos os ventrículos.

Fora esses critérios hemodinâmicos, pacientes com choque cardiogênico apresentam sinais e sintomas de doenças pulmonares congestivas e hipoperfusão tecidual. Acompanhado, portanto,

de dispneia, estertores, elevada pressão venosa jugular, estado mental alterado, pressão arterial nas extremidades reduzida, diminuição da produção de urina, pele fria e úmida e níveis elevados de lactato.

O choque cardiogênico possui várias etiologia, o foco do nosso trabalho é a evolução do paciente com Takotsubo para esse choque.

## 2.3 ASSOCIAÇÃO DOS PACIENTES COM TAKOTSUBO E CHOQUE CARDIOGÊNICO

É relevante que o choque cardiogênico (CS) representa uma das principais causas de mortalidade na fase aguda e ocorre em um número considerável de pacientes com cardiomiopatia do estresse agudo, com uma incidência de mais ou menos 10%.

De acordo com Di Vece, *et al*; (2019) o acometimento apical do Takotsubo ocorreu com mais frequência em pacientes com choque cardiogênico (80,3% versus 70,2%,  $P < 0,001$ ). Fibrilação atrial no eletrocardiograma de admissão (13,1% versus 5,7%,  $P < 0,001$ ), bem como menor fração de ejeção do ventrículo esquerdo ( $32,7 \pm 11,5\%$  versus  $41,6 \pm 11,3\%$ ,  $P < 0,001$ ) foram detectados com mais frequência em pacientes com choque cardiogênico.

Nota-se que a maioria dos pacientes com envolvimento da parede apical no Takotsubo desenvolvem anormalidades de repolarização dentro de 48 horas após a apresentação dos sintomas iniciais, incluindo inversões difusas da onda T e prolongamento do intervalo QT. Uma grande parte desses indivíduos, que possuem aumento do intervalo QT, evoluíram para choque cardiogênico (42%) ajunta-se à arritmias ventriculares, como Torsades de pointes. Pacientes com prolongamento do intervalo QT tiveram um risco maior que 28% em desenvolverem arritmias ventriculares para cada aumento de 10 milissegundos no intervalo QT.

## 2.4 CURSO DOS PACIENTES COM CHOQUE CARDIOGÊNICO E TAKOTSUBO

Paciente geralmente apresenta inicialmente dor torácica e dispneia, sintomas semelhantes a infarto agudo do miocárdio. O choque cardiogênico pode complicar a evolução da TS, pode ser causado pela obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo o que gera grave hipotensão. Vale pontuar que o choque cardiogênico por obstrução do trato de saída do ventrículo esquerdo pode ser confundido com o choque causado pelo infarto do miocárdio, sendo tratado de forma errada com a administração de catecolaminas inotrópicas que leva a consequente piora do quadro do paciente. O tratamento com diuréticos, balão intra-aórticos e nitroglicerina também são contraindicados, sendo a reposição volêmica com infusão de cristaloides e betabloqueadores parietais a melhor opção. É de fundamental importância que ocorra o monitoramento do ECG por pelo menos 24h.

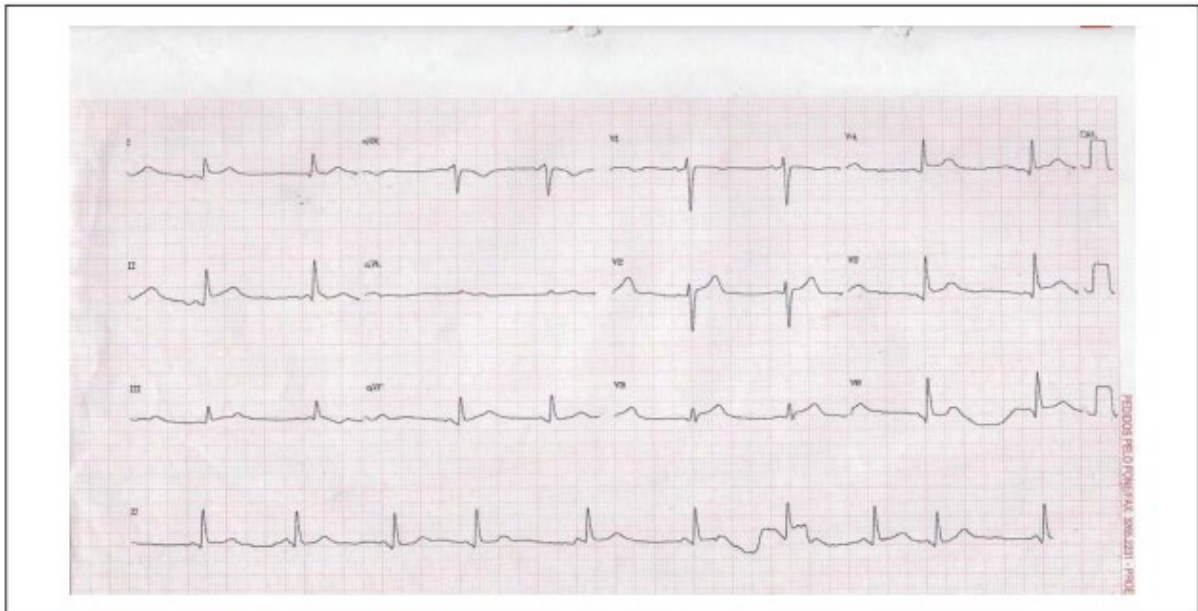


Fig. 1 - Supradesniyelamento do segmento ST na parede infero-lateral.

**Fonte:** LEMOS, ALESSANDRA EDNA TEÓFILO; *et al.* Síndrome do coração partido (síndrome de Takotsubo). *Arq. Bras. Cardiol*, v. 90, n. 1, p. 1-3. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008000100011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008000100011&lng=pt&nrm=iso)>.

## 2.5 TRATAMENTO

Apesar do aumento da incidência não há estudos científicos randomizados para a síndrome de Takotsubo, a abordagem médica será focada no tratamento das complicações geradas, betabloqueadores e aspirina podem ser associados. O percurso da doença pode se manifestar de formas simples, que por sua vez pode até ser auto curativa, mas pode evoluir para quadros leves e graves, sendo fundamental, nesses dois últimos, manejos clínicos eficazes. Aponta-se que o princípio NOCERE (primeiro não causar danos) precisa ser priorizado.

Em casos leves a administração de anticoagulantes em curto prazo, pode ser eficiente, já em casos mais graves o suporte mecânico para manter a oxigenação extracorpórea ou um dispositivo para assistência da insuficiência do ventrículo esquerdo podem ser considerados. A base do tratamento é a administração de beta bloqueadores associada ao monitoramento contínuo do paciente e seus exames complementares a unidade de terapia intensiva.

Ademais, o prognóstico do choque cardiogênico permanece ruim, apesar dos avanços nas opções de tratamento e melhora compreensão dos mecanismos fisiopatológicos. Daí a importância de determinar a estratificação de risco, pois permite a identificação e abordagem precoce para pacientes que necessitam de tratamento agressivo, já que possuem maior risco.

Atualmente, sugere-se que alguns aspectos do tratamento devem ser direcionados para potencialmente melhorar as chances de sobrevivida:

- Suporte circulatório - para tratar tecidos hipoperfundidos e evitar o acúmulo de ácido láctico e outros produtos metabólicos resultantes do metabolismo anaeróbico.

- Descarregamento ventricular – tentando normalizar as pressões de enchimento, para que diminua os níveis de CO<sub>2</sub>.
- Aumento da perfusão miocárdica - revascularização é essencial.

Fora essas medidas, existem monitorizações importantes a serem realizadas, como: necessidade de uma mudança para a unidade de terapia intensiva, oximetria de pulso, monitorização cardíaca, aferir a pressão arterial, ver os níveis de urina e exames laboratoriais (creatinina, eletrólitos, função hepática, lactato, coagulação, hemograma completo).

É imprescindível lembrar que cada paciente é singular, portanto, necessitam de estratégias terapêuticas individuais.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para mais, a Síndrome de Takotsubo é uma anormalidade regional na movimentação do ventrículo esquerdo durante a sístole, e se estende além do suprimento da região da artéria coronária. Sendo um quadro reversível e benigno, na maioria dos casos, havendo uma melhora do quadro da disfunção ventricular em horas a semanas da manifestação da doença.

Paciente com cardiomiopatia do estresse agudo que tem um intervalo QT longo, ou desenvolvem síndrome do QT longo adquirido devido ao Takotsubo possui uma maior probabilidade de evoluir para a intubação; requerem vasopressores; e desenvolvimento do choque cardiogênico, arritmias ventriculares e morte do que os pacientes com um intervalo QT normal.

Foi verificado que pacientes com síndrome de Takotsubo têm como características: um elevado nível de lactato sérico, em sua maioria, insuficiência hepática aguda, insuficiência renal aguda, sepse concomitante ao choque cardiogênico e necessidade de ressuscitação cardiopulmonar.

Logo, é singular a importância de um diagnóstico correto dessa cardiomiopatia, já que pacientes com Takotsubo que evoluem para choque cardiogênico possuem uma maior taxa de internação e mortalidade (29% maior) comparados com pacientes sem evolução para choque cardiogênico.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALMENDRO-DELIA, M.; NÚÑEZ-GIL, I. J.; LOBO, M.; ANDRÉS, M.; VEDIA, O.; SIONIS, A.; ... GARCÍA-RUBIRA, J. C. Short- and Long-Term Prognostic Relevance of Cardiogenic Shock in Takotsubo Syndrome. **JACC: Heart Failure**, v. 6, n. 11. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30316938/> >.

ARANDIA-GUZMAN, JAIME; ANTEZANA-LLAVETA, GABRIELA; ZARATE-CARRILLO, ANDREA. Miocardiopatía inducida por estrés o síndrome de Takotsubo: a propósito de un caso. **Gac Med Bol**, v. 41, n. 1, p. 71-74, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662018000100015](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000100015)>.

DAWSON, DANA K. Acute stress-induced (takotsubo) cardiomyopathy. **Heart (British Cardiac Society)**, v. 104, n. 2, p. 96-102. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28824005/> >.

DI FILIPPO C; BACCHI B; DI MARIO C. Novel Aspects of Classification, Prognosis and Therapy in Takotsubo Syndrome. **Eur Cardiol**, v. 14, n. 3, p. 191-196. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31933691/> >.

DI VECE D, CITRO R, CAMMANN VL, KATO K, GILI S, SZAWAN KA, *et al.* Outcomes Associated With Cardiogenic Shock in Takotsubo Syndrome. **Circulation**, v. 139, n. 3, p. 413-415. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30586690/> >.

ESPINOZA-ALVA, DANIEL. *et al.* Características clínicas y complicaciones del síndrome de Takotsubo en un centro de referencia de la seguridad social peruana. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 36, n. 2, p. 255-259. 2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/255-259/#>>.

FURER, A., WESSLER, J., BURKHOFF, D. Hemodynamics of Cardiogenic Shock. **Interventional Cardiology Clinics**, v. 6, n. 3, p. 359–371. 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28600090/> >.

IMRAN, T. F.; RAHMAN, I.; DIKDAN, S.; SHAH, R.; NIAZI, O. T.; THIRUNAHARI, N. *et al.* QT Prolongation and Clinical Outcomes in Patients with Takotsubo Cardiomyopathy. **Pacing and Clinical Electrophysiology**, v. 39, n. 6, p. 607–611. 2016. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27062153/> >.

JHA S.; ZEIJLON R.; SHEKKA ESPINOSA A. *et al.* Clinical management in the takotsubo syndrome. **Expert Rev Cardiovasc Ther**, v. 17, n. 2, p. 83-93. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30513007/> >.

MADIAS, C.; FITZGIBBONS, T. P.; ALSHEIKH-ALI, A. A.; BOUCHARD, J. L.; KALSMITH, B.; GARLITSKI, A. C. *et al.* Acquired long QT syndrome from stress cardiomyopathy is associated with ventricular arrhythmias and torsades de pointes. **Heart Rhythm**, v. 8, n. 4, p. 555–561. 2011. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21146632/> >.

MADIAS, J. E. Determinants and outcome of cardiogenic shock in patients with Takotsubo syndrome. **European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care**, v. 6, n. 5, p. 468–469. 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28844153/> >.

MADIAS, J. E. Transient repolarization abnormalities in patients with takotsubo syndrome. **Acta Cardiologica**, v. 70, n. 6, p. 750–750. 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26717234/> >.

OMEROVIC, E. Takotsubo Syndrome—Scientific Basis for Current Treatment Strategies. **Heart Failure Clinics**, v. 12, n. 4, p. 577–586. 2016. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27638027/> >.

SHARKEY SW, PINK VR, LESSER JR, GARBERICH RF, MARON MS, MARON BJ. Clinical Profile of Patients With High-Risk Tako-Tsubo Cardiomyopathy. **Am J Cardiol**, v. 116, n. 5, p. 765-72. 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26144453/> >.

TEWELDE SZ, LIU SS, WINTERS ME. Cardiogenic Shock. **Cardiol Clin**, v. 36, n. 1, p. 53-61. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173681/> >.

VALLABHAJOSYULA S, DUNLAY SM, MURPHREE DH JR, BARSNESS GW, SANDHU GS, LERMAN A, *et al.* Cardiogenic Shock in Takotsubo Cardiomyopathy Versus Acute Myocardial Infarction: An 8-Year National Perspective on Clinical Characteristics, Management, and Outcomes. **JACC Heart Fail**, v. 7, n. 6, p. 469-476. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31078481/> >.

VAN DIEPEN S, KATZ JN, ALBERT NM, HENRY TD, JACOBS AK, KAPUR NK, *et al.* American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Mission: Lifeline. Contemporary Management of Cardiogenic Shock: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v. 136, n. 16, p. 232-268. 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28923988/> >.

VASCONCELOS, JAYRO THADEU PAIVADE, *et al.* Cardiomiopatia de Takotsubo: uma causa rara de choque cardiogênico simulando infarto agudo do miocárdio. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 85, n. 2, p. 128-130. 2005. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2005001500010#:~:text=Cardiomiopatia%20de%20Takotsubo%20ou%20balonamento,como%20manifesta%C3%A7%C3%A3o%20maior%20choque%20cardiog%C3%AAnico](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005001500010#:~:text=Cardiomiopatia%20de%20Takotsubo%20ou%20balonamento,como%20manifesta%C3%A7%C3%A3o%20maior%20choque%20cardiog%C3%AAnico) >.

Y-HASSAN, S.; TORNVALL, P. Epidemiology, pathogenesis, and management of takotsubo syndrome. **Clinical Autonomic Research**, v. 28, n. 1, p. 53–65. 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28917022/> >.

# USO DE DROGAS POR MULHERES DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL<sup>1</sup>

*Clinical Implications Related to the Use of Drugs Illicit and Licit During the Pregnancy<sup>1</sup>*

**JAIR ALVES MAIA**

Faculdade Barão do Rio Branco (FAB)

**ALESANDRO LIMA RODRIGUES**

Faculdade Barão do Rio Branco (FAB)

**DENISA ROSA DE SOUZA**

Faculdade Barão do Rio Branco (FAB)

**MEDIÃ BARBOSA FIGUEIREDO**

Faculdade Barão do Rio Branco (FAB)

**ABSTRACT | OBJECTIVE:** To identify the most commonly used drugs by pregnant women. **METHOD:** A cross-sectional observational, descriptive and exploratory study, performed with 30 pregnant women in August and September 2017. **RESULTS:** During the gestational period: 60% of the women consume alcohol, 30% used cigarettes, 6.7% used alcohol and cigarettes, and 3.3% of pregnant women used concomitant alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine and crack cocaine. **CONCLUSION:** Alcohol was the chemical used by pregnant women, perhaps because of the low cost of licit drugs and because it was socially accepted.

**KEYWORDS:** Gestation. Primary health care. Drugs.

**RESUMO | OBJETIVO:** Identificar as drogas mais utilizadas por gestantes. **MÉTODO:** Estudo transversal de caráter observacional, descritivo e exploratório, realizado com 30 gestantes em agosto e setembro de 2017. **RESULTADOS:** Durante o período gestacional: 60% das mulheres consumiam álcool, 30% usavam cigarro, 6,7% utilizavam álcool e cigarro associados e 3,3% das gestantes usavam concomitantemente, álcool, cigarro, maconha, cocaína e crack. **CONCLUSÃO:** O álcool foi a substância química mais utilizada pelas gestantes, talvez pelo baixo custo das drogas lícitas e por ser socialmente aceito.

**PALAVRA-CHAVE:** Gestação. Atenção primária. Drogas.

## INTRODUÇÃO

O avanço no consumo de drogas lícitas e ilícitas na atualidade é considerado mundialmente um problema de saúde pública e principalmente no Brasil onde se concentra um grande número de favelas e comunidades com expectativas de vida muito baixa. Nesse cenário, muitas vezes o

1 Original article published in: July 24, 2018. pp. 27-32. *Clinical Neurology and Neuroscience* (Science Publishing Group) - ISSN Online: 2578-8930. (Publicação Internacional/NEW YORK-U.S.A)

1 Artigo original publicado em: 10/04/2019. pp. 25-32. *Revista Enfermagem Contemporânea (REC)* - ISSN 2238-2720. (Publicação Nacional/BAHIA-BRASIL)

\*\*Oferecimento de obra científica e/ou literária com autorização do(s) autor(es) conforme Art. 5, inc. I da Lei de Direitos Autorais - Lei 9610/98

tráfico de drogas acaba por ser a única forma que vários jovens encontram para a sua sobrevivência e da família.

De acordo com as informações do escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, o uso de drogas na população mundial permanece regular e cerca de 250 milhões de pessoas é usuária de alguma ou de várias drogas, o que corresponde a 5% da população global com idade entre 15 e 64 anos, já utilizaram algum tipo de drogas<sup>1</sup>.

No Brasil, o uso de drogas constitui um grave problema de saúde pública, expandindo-se e alcança- do todas as classes sociais, faixas etárias e gêneros em nossa sociedade. É o que demonstra o II levanta- mento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no país ocorrido em 2005, com participantes com faixa etária entre 12 e 65 anos, realizada em mais de 108 cidades com um total de 7.939 pessoas, sendo 3.301 homens e 4.638 mulheres que referiram serem usuários de algum tipo de droga e grande parte dos participantes eram do sexo feminino<sup>2</sup>.

Durante a gestação, a utilização de drogas lícitas e ilícitas constitui um fator de risco para a saúde da mãe e para o desenvolvimento do feto, haja vista que as consequências e os efeitos maléficos sobre o conceito e sobre o organismo materno são devastadores<sup>3</sup>. É importante ressaltar que o cuidado com as gestantes que usam álcool e/ou outras drogas é complexo e exige preparo específico por parte dos profissionais de saúde. Os profissionais devem estar conscientes das características peculiares de cada uma. O principal obstáculo para o tratamento das mulheres dependentes de drogas, em geral, é o preconceito que sofrem por parte da própria comunidade.

O uso dessas substâncias interfere no curso natural do organismo, ocasiona o aparecimento de patologias, bem como complicações perinatais, más-formações congênitas, crescimento fetal retardado, aborto, parto prematuro e óbito materno-fetal.

As gestantes usuárias de drogas apresentam uma menor adesão as consultas de pré-natais, maiores riscos de intercorrências obstétricas e fetais como também em geral, não participam de grupos de gestantes. A autora ainda destaca que a maioria das mães abandonam seus filhos<sup>4,5</sup>.

O atendimento pré-natal revela-se um excelente momento para identificação, intervenção e prevenção do uso de drogas pela gestante, decorrente do laço que ocorre com os profissionais de saúde na unidade, especialmente os profissionais que atuam na assistência materna-fetal<sup>6</sup>.

Neste contexto, delineou-se como objetivo identificar as drogas mais utilizadas por gestantes.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de caráter observacional, descritivo, exploratório, realizado com 30 gestantes que realizaram atendimento pré-natal em uma unidade de referência da atenção primária (URAP) localizada no município de Rio Branco, Acre – Brasil, entre os meses de agosto e setembro de 2017.

A identificação das gestantes ocorreu no consultório de pré-natal durante a anamnese e entrevista de enfermagem, seguindo o curso natural da consulta de pré-natal. Os critérios de inclusão foram: ser usuária de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação, estar realizando consulta de pré-natal na URAP e ter idade acima de 18 anos. E como critério de exclusão: estar acompanhada durante a consulta de alguém do convívio social, para evitar constrangimento à paciente.

A gestante que se enquadrava nos critérios de inclusão era convidada ao final da consulta (participante em potencial) para compor a pesquisa. Após explicar os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, as mulheres que aceitaram participar e estavam de acordo com os termos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma via foi entregue para a participante e a outra ficou com os pesquisadores.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado com cinco perguntas fechadas de múltipla escolha, com a finalidade de identificar os dados sociodemográficos e as drogas utilizadas pelas gestantes.

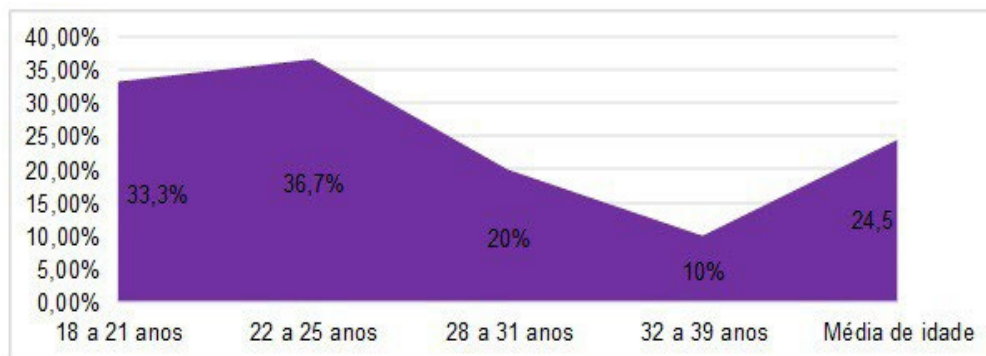
Os dados obtidos foram selecionados, categorizados e tabulados. E a quantificação das respostas, apresentadas em formas de gráficos e tabelas por meio de frequências absoluta e percentual. A estatística utilizada envolveu distribuição de frequências e medidas de tendência central.

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINORTE, com o parecer CAAE 70146017.2.0000.8028 e obedeceu às recomendações da resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a realização de pesquisa com seres humanos.

## **RESULTADOS**

No gráfico 1, se encontram as análises descritivas referentes a faixa etária das 30 gestantes usuárias de drogas que foram atendidas no consultório de pré-natal da unidade de saúde. As maiores proporções de gestantes usuárias de drogas foram verificadas na faixa etária dos 22 a 25 anos de idade (36,7%), dos 18 a 21 anos (33,3%) e a menor proporção (10%) foi evidenciada na faixa etária dos 32 a 39 anos de idade, com média de idade de 24,5 anos.

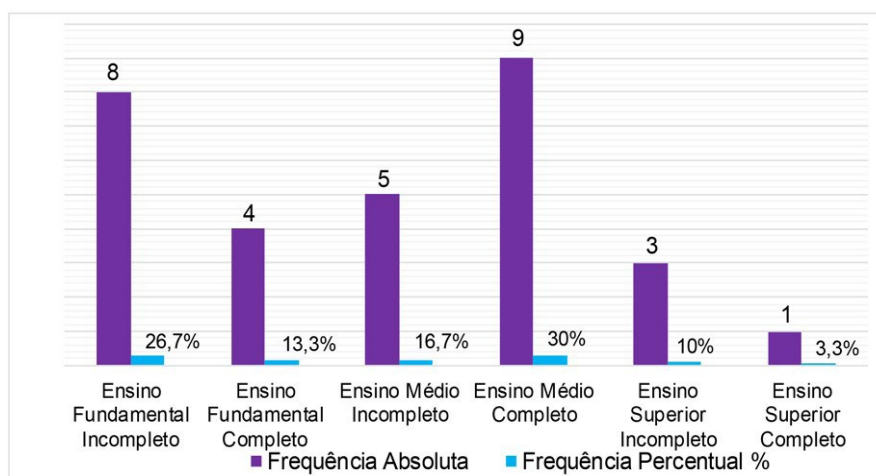
**Gráfico 1.** Faixa etária das gestantes usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde de Rio Branco Acre, segundo o grau de escolaridade, Rio Branco Acre, 2017.



Fonte: Própria, 2017.

No gráfico 2, observa-se que as maiores proporções de casos de mulheres grávidas usuárias de drogas se deu em gestantes com ensino médio completo (30%) e ensino fundamental incompleto (26,7%). Evidenciaram-se baixos percentuais de consumo em pacientes com educação superior incompleta ou completa com 10% e 3,3% dos casos, respectivamente.

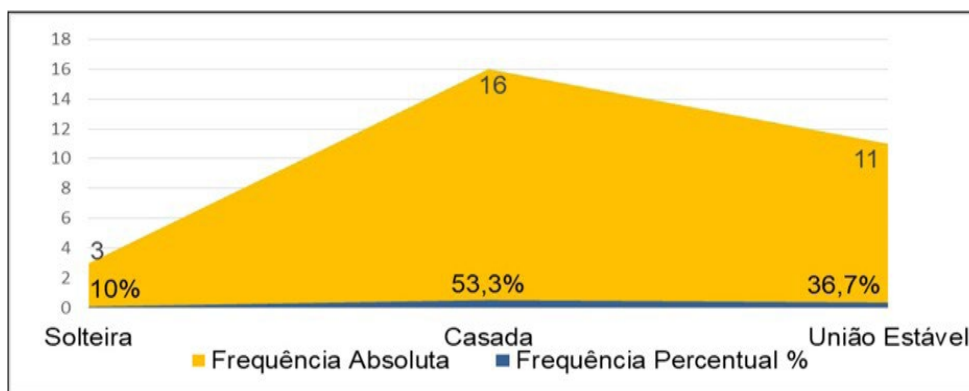
**Gráfico 2.** Distribuição das gestantes usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde de Rio Branco Acre, segundo o grau de escolaridade, Rio Branco Acre, 2017.



Fonte: Própria, 2017.

No gráfico 3, verifica-se que as maiores proporções de uso de drogas se deu em gestantes casadas (53,3%), união estável (36,7%) e o menor percentual em grávidas solteiras (10%).

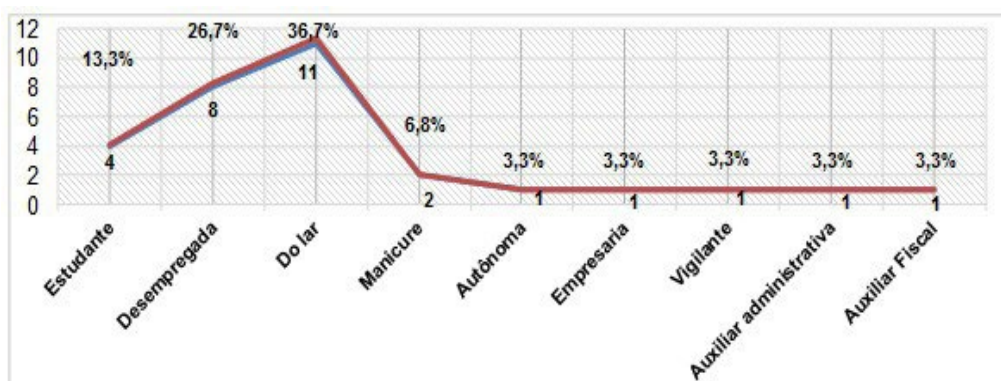
**Gráfico 3.** Distribuição das gestantes usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde de Rio Branco Acre, segundo o estado civil, Rio Branco Acre, 2017.



Fonte: Própria, 2017.

De acordo com o gráfico 4, pode-se observar que 36,7% das gestantes trabalhavam no lar, 26,7% se encontravam desempregadas, 13,3% eram estudantes, e 23,3% atuavam em outras profissões, sendo que 6,8% eram manicures, 3,3% autônomas, 3,3% empresárias, 3,3% vigilantes, 3,3% auxiliares administrativas e 3,3% auxiliares fiscais.

**Gráfico 4.** Distribuição das gestantes usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde de Rio Branco Acre, segundo a profissão, Rio Branco Acre, 2017.



Fonte: Própria, 2017.

Na tabela 1, observa-se que (60%) das grávidas referiram uso de álcool, (30%) uso de cigarro, (6,7%) uso associado de álcool e cigarro, e (3,3%) uso concomitante de álcool, cigarro, maconha, cocaína e crack.

**Tabela 1.** Proporção de gestantes usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde da atenção primária no município de Rio Branco Acre, Brasil 2017.

Variável	N = 30	%
Álcool	18	60,0%
Cigarro	9	30,0%
Álcool e Cigarro	02	6,7%
Álcool, Cigarro, Maconha Cocaína e Crack	01	3,3%

Fonte: Própria, 2017.

## DISCUSSÃO

Durante o período de estudo foram atendidas 187 gestantes na Unidade de Referência da Atenção Primária e destas 30 gestantes referiram utilizar algum tipo de substância química.

O estudo mostrou que as usuárias apresentam idade que variou entre 18 a 39 anos, com média de 24,5 anos. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo com gestantes usuárias de drogas realizado em três municípios da região do Noroeste do Paraná (17 a 33 anos, com média de 25,7 anos)<sup>7</sup>. Na literatura, constata-se que 85% das mulheres usuárias de drogas apresentam entre 15 a 40 anos, faixa etária esta considerada fértil<sup>8</sup>.

Em relação ao nível de escolaridade, 27% das gestantes tinham o ensino fundamental incompleto, 31% o ensino médio completo e 3,3% o ensino superior completo. Dados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas, em que 4% tinham o ensino superior<sup>9</sup>, 48,61% o ensino médio completo<sup>5</sup> e divergentemente, 72% o ensino fundamental incompleto<sup>9</sup>.

Dentre as pesquisadas, 10% relataram ser solteira, 53,3% casadas e 36,7% estavam em união estável. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na cidade de Tubarão, Estado de Santa Catarina com gestantes e puérperas que referiram uso de drogas, em que 5,77% se declararam solteiras e 94,33% casadas ou amasiadas<sup>10</sup>.

Em relação a profissão, 13,3% desempenhavam a função de estudante, 27% encontravam-se desempregada, 36,7% declararam-se dona do lar e 23,3% atuavam em outras profissões. Esses dados demonstram semelhança com um estudo realizado no município de Maringá, estado do Paraná em que 52% eram do lar, 32% estavam desempregadas, 4% informaram ser estudante e 12% desempenhavam outras profissões<sup>9</sup>. Nota-se que o uso de drogas durante o período gestacional não se restringe a uma única situação laboral, mas simultaneamente atingir outras classes profissionais.

Verificou-se que, entre as gestantes que relataram ser usuária de drogas, 60% referiam o uso de álcool (tabela 1), o que se pode observar que o álcool foi a substância química mais utilizada pelas grávidas neste estudo. Padrão de escolha de droga semelhante foi encontrado em um estudo realizado com gestantes usuárias de drogas com um percentual de 75%<sup>7</sup>.

A ingestão de álcool durante o período gestacional traz consequências para mãe e principalmente para o feto, onde seu consumo no primeiro trimestre pode ocasionar aborto espontâneo e deformações físicas severas. Haja vista, que o primeiro trimestre corresponde o período em que ocorre a formação do tubo neural e dos órgãos<sup>11</sup>.

Uma pesquisa intitulada: Álcool e suas consequências mostrou que a placenta é facilmente permeável à passagem do álcool para o feto, assim o teor do álcool no sangue é quase igual ao da mãe quando ingerido, isso por que ao sofrer metabolização transforma-se em aldeído acético, como efeito primário ocorre uma vasoconstrição no cordão umbilical e na placenta, o que pode aumentar a duração da exposição fetal devido à redução do fluxo sanguíneo<sup>12</sup>.

O álcool apresenta um elevado grau de toxicidade e mostra que o consumo de apenas 30 ml/dia pode causar abortamento espontâneo, malformações, anomalias do sistema nervoso central, descolamento de placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, alterações cardíacas, síndrome alcoólica fetal e parto prematuro<sup>13</sup>.

A Síndrome Alcoólica Fetal é uma das principais consequências do uso do álcool sendo caracterizada por um conjunto de danos do Sistema Nervoso Central, uma vez que o órgão mais afetado aos efeitos do uso durante a gestação é o cérebro, assim produzem alterações neurológicas, como atraso no desenvolvimento, anormalidades físicas, deficiências intelectuais, além de problemas cognitivos, emocionais e comportamentais<sup>14</sup>.

Para a genitora, o consumo de álcool favorece a utilização de outras drogas, provoca menor adesão ao pré-natal, ganho de peso gestacional insuficiente, aumento de suco e acidez gástrica com a diminuição dos reflexos de proteção das vias aéreas, o que é um grande risco de broncoaspiração<sup>3</sup>.

Nota-se que o cigarro foi a segunda droga mais referida e consumida com um percentual de 30% pelas gestantes que realizaram atendimento pré-natal na unidade de saúde em estudo. Esse resultado é semelhante ao encontrado em outra pesquisa com resultado de 28% no uso de cigarro durante a gestação<sup>9</sup>.

O cigarro é uma substância de alta toxicidade, possui quase cinco mil componentes e mais de 40 agentes cancerígenos<sup>15</sup>. Na gestação, quando fumado o cigarro compromete a saúde do feto com surgimento de patologias decorrente da ação/efeitos do monóxido de carbono e da nicotina, que podem se manifestar desde o período intraútero até a vida adulta<sup>16</sup>. A nicotina é um dos vários componentes do cigarro, que quando inalada atravessa a barreira placentária reduz o fluxo sanguíneo da placenta com vasoconstrição dos vasos do útero e por consequência diminui a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto<sup>17</sup>.

De acordo com informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) um único cigarro fumado acelera em minutos os batimentos cardíacos do concepto, devido aos efeitos da nicotina sobre o sistema cardíaco. Além disso, podem ocasionar abortos, nascimento prematuro, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sangramentos e morte fetal<sup>18</sup>.

Um percentual, de 6,7%, das gestantes fazia uso de álcool e cigarro associados. Na pesquisa de Caminha et al.<sup>19</sup> realizada na Maternidade Escola de Assis Chateaubriand (MEAC), com gestantes

no município de Fortaleza, estado do Ceará, mostrou que 4,5% relataram uso de álcool e cigarro durante o período gestacional.

Quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas concomitantemente, identificou-se que somente 3,3% da amostra referiram uso de álcool, cigarro, maconha, cocaína e crack respectivamente. Resultado de 1,5% foi encontrado ainda na pesquisa de Caminha et al.<sup>19</sup> em que as gestantes referiram uso simultâneo de drogas ilícitas, álcool e cigarro na gestação.

No feto, a maconha afeta o sistema nervoso central, uma vez que sofre os efeitos do tetra-hidrocanabidiol, princípio ativo da droga que causa diferenciação nas células neuronais que podem ocasionar malformações, além de danos no desenvolvimento neurocognitivo, trazendo prejuízos futuros como: irritabilidade, depressão e comportamento impulsivo na criança/adolescente<sup>20</sup>. Já na genitora, o Cannabis atinge o cérebro, o sistema cardiovascular causa tremores, sintomas psíquicos, redução dos reflexos e exacerbação de sentimentos. Seu uso prolongado reduz as defesas imunológicas, deixando o organismo suscetível à vários tipos de doenças<sup>21</sup>.

A cocaína quando utilizada na gestação modifica o funcionamento fisiológico da mãe-feto, com consequências no desenvolvimento como, crescimento intrauterino retardado, malformações congênitas, hemorragia intracraniana fetal, redução de nutrientes e oxigênio, decorrente da ação vasoconstritora da cocaína a nível placentário o que ocasiona hipóxia fetal<sup>22</sup>. Além disso, os efeitos da cocaína sobre o feto são associados a baixo peso gestacional, aborto espontâneo, parto prematuro, problemas cardíacos, respiratórios e morte fetal<sup>23</sup>.

Na gravidez, a utilização do crack predispõe a consequências materna-fetal, devido a rapidez com que chega a corrente sanguínea e ultrapassa a barreira placentária atingindo consequentemente o feto<sup>24</sup>. O uso de crack na gestação atua diretamente sobre os vasos sanguíneos fetais provocando vasoconstrição, como resultado pode ocorrer descolamento prematuro de placenta, hemorragia intracraniana, aborto espontâneo, malformações congênitas e trabalho de parto prematuro<sup>25</sup>.

Como limitações desse estudo houve a resistência das participantes em responder determinadas variáveis, a falta de notificação dos casos de gestantes usuárias de drogas em um banco de dados e a falta de validação do banco de dados dos serviços de saúde.

## CONCLUSÕES

O uso de drogas durante o período gestacional traz várias consequências para o organismo da mãe e do feto, entre as quais enfatiza-se: crescimento intrauterino restrito, malformações congênitas, aborto, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, placenta previa e morte fetal.

Das drogas referidas pelas gestantes neste estudo, o álcool foi a substância psicoativa mais utilizada, seguida pelo cigarro e pelo uso associado de álcool e cigarro. O uso de drogas lícitas demonstrou ser a classe de droga mais utilizada, talvez pelo baixo custo e por ser socialmente aceito.

Destaca-se a importância dos profissionais que atuam na área da saúde, especificamente nas consultas de pré-natal da atenção primária, passarem por aprimoramento assistencial, no que diz respeito ao uso de drogas na gestação, com o objetivo de se prevenir e detectar o uso dessas substâncias. Considerando-se que as mulheres na fase gestacional requerem cuidados específicos, e que uma vez detectado o uso, se possa prestar uma assistência adequada e um acolhimento de confiança e sem preconceitos, além de incentiva-las a uma adesão maior nas consultas de pré-natal, e consequentemente no abandono dessas substâncias.

Propõem-se a elaboração de políticas públicas e programas assistenciais específicos, mais adequados e direcionados a grávida no que diz respeito à prevenção e tratamento do uso de drogas, visto que estes permitem estabelecer estratégias de prevenção que minimizam os efeitos e as consequências causadas pela droga. Por fim, ressalta-se a importância do desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo a temática drogas e gestação, tendo em vista que esse problema vem acometendo milhões de mulheres em todo o mundo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano emergencial de combate ao uso nocivo de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
3. Ferreira BRM, Miranda JKS. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. *Revista Recien*. 2016;6(18):36-43. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.18.36-43
4. Lopes TD, Arruda PP. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. *Rev Saúde Pesquisa*. 2010;3(1):79-83.
5. Kassada DS, Marcon SS, Pagliarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta paul enferm*. 2013;26(5):467-471. doi: 10.1590/S0103-21002013000500010
6. Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(7):335-341. doi: 10.1590/S0100-72032009000700003
7. Marangoni SR, Oliveira MLF. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):662-70. doi: 10.1590/S0104-07072013000300012
8. Lopes AB, Vieira ALN, Ribeiro CC, Andrade DAR, Generoso LN, Diamantino FC et al. O uso de drogas na gravidez. *Rev Med Minas Gerais*. 2011;21(2 supl 4):110-2.
9. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):428-434. doi: 10.5935/1414-8145.20140061
10. Maria FN, Jornada LK, Sakae TM, Cassol-Jr OJ, Sakae DY, Quevedo JL. Uso de álcool e tabaco por gestantes em maternidade do sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2015;44(1):41-61.
11. Oliveira TR, Simões SMF. O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2007;11(4):632-8.

12. Grinfeld H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri, São Paulo: Minha Editora; 2009. p. 179-99.
13. Santos JN, Souza EFM, Aquino AP, Santos JN, Bissaco DM, Suano ER et al. A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco. *Revista Recien*. 2014;4(10):5- 11. doi: 10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.10.5-11
14. Momino W, Sanseverino MTV, Schuler-Faccini L. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. *J Pediatr*. 2008;84(4):76-9. doi: 10.1590/S0021- 75572008000500011
15. Governo do Brasil (BR). Portal Brasil. Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas, segundo OMS [Internet]. 2014. [acesso em 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms/cigarro.png/view>
16. Utagawa CY, Souza RA, Silva COM, Silva MO. Tabagismo e Gravidez: Repercussões no Desenvolvimento Fetal. *Cadernos UniFOA*. 2007;2(4):97-103.
17. Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2004;30(2):176-85.
18. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mulheres gastam 12% do salário com cigarros [Internet]. 2010. [acesso em 2017]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm//2010/diagramadialsemtabaco2010>
19. Caminha NO, Costa CC, Brasil RFG, Sousa DMN, Freitas LV, Damasceno AKC. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza- Ceará. *Esc Anna Nery*. 2012;16(3):486-492. doi: 10.1590/ S1414-81452012000300009
20. Carvalho LN, Almeida C, Lima EMM, Lacerda GC, Lauar H. Dependência de cannabis sativa no período gestacional: correlações neurobiológicas, subjetivas, sociais e jurídicas. *Revista debates em psiquiatria*. 2015;5(3):10-6.
21. Santos TC, Carrapato JL. As consequências do uso de substância psicoativas no aspecto biopsicossocial. *ETIC - Encontro de Iniciação Científica*. 2009;5(5):1-21.
22. Siqueira LP, Fabri RL, Fabri ACOC. Aspectos gerais, farmacológicos e toxicológicos da cocaína e seus efeitos na gestação. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 2011;8(2):75-87. doi: 10.5216/ref.v8i2.14960
23. Rosa AM, Gonçalves BCC, Gonçalves BPC, Fernandes B, Campos FS, Ribeiro FHS et al. Abuso de cocaína na gestação: epidemiologia e fisiopatologia –atualização. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(Supl 12):6-8.
24. Holztrattner JS. Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
25. Barbosa TD, Miranda MP, Nunes GF, Schutte TS, Santos K, Monteiro DLM. Manifestações do uso de maconha e opiáceos durante a gravidez. *Femina*. 2011;39(7):385-389.



UNIEDUSUL  
EDITORA