

**CIÊNCIAS DA SAÚDE:
ESTUDOS PARA
MANUTENÇÃO E
MELHORIA DA VIDA**

VOLUME XIV

Frederico Celestino Barbosa

Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida

14^a ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO

14ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Barbosa, Frederico Celestino
B238C Ciências da saúde: estudos para manutenção e melhoria da vida
/ Frederico Celestino Barbosa. – Piracanjuba-GO

Editora Conhecimento Livre, 2025

382 f.: il

DOI: 10.37423/2025.edcl1079

ISBN: 978-65-5367-612-1

Modo de acesso: World Wide Web

Incluir Bibliografia

1. equipe 2. prevenção 3. tratamento 4. diagnóstico 5. prognóstico I. Barbosa, Frederico Celestino II.
Título

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2025.edcl1079>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORIA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior

MSc Humberto Costa

MSc Thays Merçon

MSc Adalberto Zorzo

MSc Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno

PHD Willian Douglas Guilherme

MSc Andrea Carla Agnes e Silva Pinto

Dr. Walmir Fernandes Pereira

MSc Edisio Alves de Aguiar Junior

MSc Rodrigo Sanchotene Silva

MSc Adriano Pereira da Silva

MSc Frederico Celestino Barbosa

MSc Guilherme Fernando Ribeiro

MSc. Plínio Ferreira Pires

MSc Fabricio Vieira Cavalcante

PHD Marcus Fernando da Silva Praxedes

MSc Simone Buchignani Maigret

Dr. Adilson Tadeu Basquerote

Dra. Thays Zigante Furlan

MSc Camila Concato

PHD Miguel Adriano Inácio

Dra. Anelisa Mota Gregoleti

PHD Jesus Rodrigues Lemos

MSc Gabriela Cristina Borborema Bozzo

MSc Karine Moreira Gomes Sales

Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

MSc Pedro Panhoca da Silva

MSc Helton Rangel Coutinho Junior

MSc Carlos Augusto Zilli

MSc Euvaldo de Sousa Costa Junior

Dra. Suely Lopes de Azevedo

Dr. Francisco Odecio Sales

MSc Ezequiel Martins Ferreira

MSc Eliane Avelina de Azevedo Sampaio

MSc Carlos Eduardo De Oliveira Gontijo

Dr. Rodrigo Couto Santos

Dra. Milena Gaion Malosso

PHD Marcos Pereira Dos Santos

CAPÍTULO 1	10
MANEJO DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DELITERATURA	
Maria De Fátima Botelho D'assunção Bezerra De Mello	
Andressa Higino De Souza	
Victor Albuquerque Ferreira	
DOI 10.37423/250209610	
CAPÍTULO 2	13
ESTÁGIO ELETIVO DE ENFERMAGEM. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Miraildes Santos de Jesus	
DOI 10.37423/250209627	
CAPÍTULO 3	16
PROCESSO DE ENFERMAGEM REALIZADO À PESSOA COM GLIOBLASTOMA, FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DE WANDA HORTA	
Mariana Santos de Oliveira	
Iara Cruz da Silva	
Nadja Costa do Amor Divino	
Maysa da Hora dos Santos	
Ramon Costa Bomfim	
Gisele dos Santos Moreira	
Pérola Monique Barreto Santana	
Laura Menezes Brito Gomes	
Alana Victória Coêlho Nogueira São José	
Adriana Braitt Lima	
Fernanda Araújo Valle Matheus	
DOI 10.37423/250209634	
CAPÍTULO 4	33
MORTALIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFECCIOSAS NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA REALIDADE VELADA	
Waneska Alexandra Alves	
Ana Flávia Gamarano Moreira	
Daví Barbosa Pereira de Sousa	
Guilherme da Costa Teixeira	
DOI 10.37423/250209636	
CAPÍTULO 5	52
VÍRUS INFLUENZA A - ORIGEM E SEUS SUBTIPOS	
Dalyla Batista de Castro	
Natássia Albuquerque Ribeiro	
DOI 10.37423/250209640	

CAPÍTULO 6	59
CUIDANDO DE QUEM CUIDA RELATO DE EXPERIÊNCIA GRUPAL JUNTO A ESTAGIÁRIOS DA SAÚDE	
Isabelle Milet Crocia	
Julia Rodrigues	
Renato Ferreira Sousa	
DOI 10.37423/250209647	
CAPÍTULO 7	67
AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL, 2022.	
Paulo Filipe Silva Siqueira	
Amanda de Souza Cirico	
Sílvio José Santana	
Sibele Nascimento de Aquino	
Waneska Alexandra Alves	
DOI 10.37423/250209649	
CAPÍTULO 8	80
MEDICINA E TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR: INTERVENÇÃO CONJUNTA ACERTADA NA RECUPERAÇÃO DE UMA CRIANÇA COM CRANIECTOMIA.	
Fabiana Araujo Bastos Passos	
DOI 10.37423/250209650	
CAPÍTULO 9	83
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO NA REGIÃO SUL DO BRASIL ENTRE 2018 E 2022	
Tallitha Grawnth Santos Vidal	
João Vitor Tavares França	
Isadora Sestak Borges	
Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla	
Laura Vitória Menezes Santos	
Leonardo Vidigal Alves	
Ana Laura de Freitas Rocha	
Breno Lucas Lima Gomes	
Letícia Rodrigues de Oliveira	
Daniele Ribeiro Duarte	
DOI 10.37423/250209654	

CAPÍTULO 10 90

CONHECIMENTO SOBRE A OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EM TRATAMENTO DE FERIDAS

Laura Menezes Brito Gomes
Larissa Ingrid dos Santos Ferreira
Marilene Alves Carneiro
Lohanna de Almeida Dias
Lucimara Paulo dos Santos de Jesus
Gisele Alcantara da Purificação
Micaely Pereira da Silva
Heloísa Cerqueira Barreto
Milena Marques Pinheiro Leal
Daiane de Jesus Gomes Cerqueira
Fernanda Araújo Valle Matheus

DOI 10.37423/250209656

CAPÍTULO 11 111

PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO COLOSTOMIZADO NO PÓS-OPERATÓRIO DE CÂNCER DE CÓLON: UM ESTUDO DE CASO

Pérola Monique Barreto Santana
Guilherme Guedes de Oliveira
Gisele dos Santos Moreira
Iara Cruz da Silva
Maysa da Hora dos Santos
Ramon Costa Bomfim
Bárbara Raissa Rocha de Azevedo
Mariana Santos de Oliveira
Andressa de Souza Batista
Jaddy Kelly Matheus Alves

DOI 10.37423/250209657

CAPÍTULO 12 133

RASTROS DA FORMAÇÃO DE PRÁTICAS DE SAÚDE HÍBRIDAS NO BRASIL

ITAMAR DA SILVA LIMA

DOI 10.37423/250209663

CAPÍTULO 13 142

"FORMIGAS COMO VETORES DE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM AMBIENTES HOSPITALARES: EVIDÊNCIAS MOLECULARES."

Wanda Ramos dos Santos Lima
Patrícia Ribeiro Azevedo
Emygdia Rosa do Rego Barros Pires Leal
Bruna de Oliveira de Melo
Adriana Leandro Camara
José Manuel Macário Rebêlo
Marcelo Souza de Andrade
Maria Rosa Quaresma Bomfim
DOI 10.37423/250209668

CAPÍTULO 14 173

ACIDENTES MOTOCICLÍSTICO: CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Aline Lima Queiroz
Laryssa Saraiva Vinhal
Isac Gabriel Lopes Sousa
Félix Otávio Costa Mesquita
DOI 10.37423/250209672

CAPÍTULO 15 179

EPIDEMIOLOGIA DA NEOPLASIA MALIGNA PROSTÁTICA E PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE DE 2018 A 2022.

Tallitha Grawnth Santos Vidal
Walter Lopes Martins
Donizete Ferreira de Sousa Junior
Bárbara Maria Elias Mendes Silva
Izabel Rezende Ferreira Jácomo de Oliveira
Rafaella Santos Guimarães
Isabela Mendonça Prates
Leticia Leão Venceslau Nascimento
Isabela Gobato
Laura Prado Carneiro
DOI 10.37423/250209673

CAPÍTULO 16 186

ÍNDICE DE OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL DO ANO DE 2018 A 2022 E OS POSSÍVEIS IMPACTOS GERADOS

SARHA REBECA PERES RORIZ
LUANA FERREIRA DIAS DA SILVA
Samara Ferreira Costa
Gabriella Marques Paladim
Hanne Karoline Lopes Oliveira
Isabella Morelli Lopes Gratão
Rayssa Ketly Silva Sousa
Lara Geovana dos Santos Bezera
DOI 10.37423/250209676

CAPÍTULO 17 189

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR HÉRNIA INGUINAL NO BRASIL DE 2013 A 2022

Tallitha Grawnth Santos Vidal
João Vitor Tavares França
Igor Gonçalves de Almeida
Laura Manoela Siqueira Costa
Boadyr Veloso Neto
Sarah Diniz Pereira
Michelle Marques do Vale
Ademar Pereira do Espírito Santo Neto
Fernando Ribeiro de Aquino Moura
Jade Torres Goldfeld Neiva Moroni
DOI 10.37423/250209678

CAPÍTULO 18 196

INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NA SALA DE PARTO

MARIA LIENE DIAS DE ARAUJO
DOI 10.37423/250209683

CAPÍTULO 19 209

ESCABIOSE HUMANA: EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA ESCOLA UNIÃO E FORÇA DE CÁCERES MT

Amanda de Oliveira
Aline Dias
Karol dos Santos
Maria Paula Catelan
Rafaela Vieira
Rosilainy Surubi Fernandes
DOI 10.37423/250209685

CAPÍTULO 20	216
EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA: TRANSFORMANDO VIDAS E SUPERANDO DESIGUALDADES	
Natalia de Carvalho Aquino	
Carolina Ferreira Luciano	
Daryelle Tayná Conceição Coutinho	
Neudson Johnson Martinho	
DOI 10.37423/250209696	
 CAPÍTULO 21	 223
ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO FORENSE NA RECOGNIÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER	
Camila Silva	
Beatriz Almeida	
DOI 10.37423/250209703	
 CAPÍTULO 22	 269
REFLEXÕES SOBRE O USO DE ESTRATÉGIAS LÚDICAS COM CUIDADORES DA SALA DE ESPERA DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Míria Rayres Castro Silva	
Tássio Vinícius Silva Costa	
Edna Cristina Maciel Moia Caldeira	
Ivonete Vieira Pereira Peixoto	
DOI 10.37423/250209704	
 CAPÍTULO 23	 283
PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU PARA O RASTREAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	
Maria das Dores dos Santos	
Danyella Rodrigues de Almeida	
Mayara de Oliveira Xaves	
Millena Pellini Guizelin	
Arlete Madalena Marciano Santiago de Oliveira	
Solange Toledo Barbosa	
Jonathan da Silva Borges	
Muryell Barbosa Maciel	
DOI 10.37423/250209705	
 CAPÍTULO 24	 295
ABORDAGEM TERAPÊUTICA E PREVENÇÃO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA EM LACTENTES	
Jade Barbiéri de Oliveira	
Vanderleia Soéli de Barros Zampier,	
Victor Tibiriçá de Rezende	
Sandra Helena Cerrato Tibiriçá	
DOI 10.37423/250209707	

CAPÍTULO 25 306

TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO UTILIZANDO ATIVIDADE ASSISTIDA COM
CÃES: REVISÃO DE LITERATURA

Wagner Tiago Bezerra e Silva
Laís de Barros Chaves Silva Campêlo
Marcela Priscilla Barreto Silva De Andrade
Jullia Oliveira
Emanuelle do Nascimento Costa
Gisele Eleonora dos Santos Montenegro
DOI 10.37423/250209713

CAPÍTULO 26 309

A INCIDÊNCIA DA RETINOPATIA DIABÉTICA COMO MANIFESTAÇÃO OCULAR NA
SÍNDROME PÓS COVID-19 AGUDA

Érica Luana Silva Veloso
Paulo Henrique Ferreira Messias
Isabela Nunes Tavares
Heloisa Barbosa Sammour
Caio Santos Temponi
Ygor Valério Assunção
Lorena da Silva Gonçalves
Ana Laura Oliveira Freitas Gorosthides de Moura
Fernanda Ferreira Gundim
DOI 10.37423/250209725

CAPÍTULO 27 311

INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO: ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA
CULTURALMENTE ADAPTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marbelis Yulimar Monroy Rivas
Fabiane de Oliveira Vick
DOI 10.37423/250209730

CAPÍTULO 28 361

PERCEPÇÃO DA INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL NO
DESEMPENHO ACADÊMICO

Júlia Famelli Ferret
Sandra Cristina Catelan-Mainardes
Jhainieiry Cordeiro Famelli Ferret
Isadora Moreira da Silva
Mariana de Freitas Gouveia Morais
Gustavo Henrique Silva Rodrigues
Giovanna Silva Rodrigues
DOI 10.37423/250209731

Capítulo 1



10.37423/250209610

MANEJO DA VIA AÉREA DIFÍCIL NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO DELITERATURA

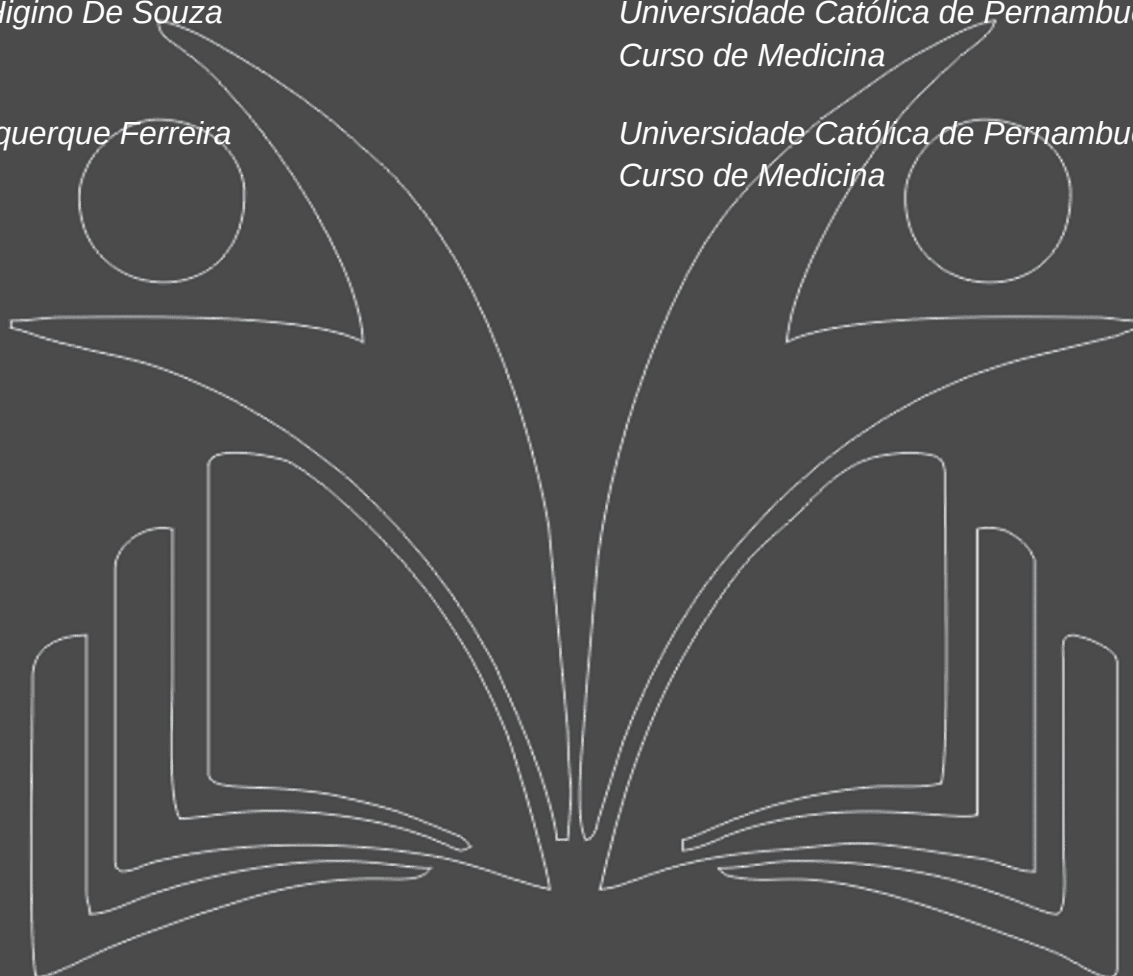
Maria De Fátima Botelho D'assunção Bezerra De Mello Universidade Católica de Pernambuco -
Curso de Medicina

Andressa Higino De Souza

Universidade Católica de Pernambuco -
Curso de Medicina

Victor Albuquerque Ferreira

Universidade Católica de Pernambuco -
Curso de Medicina



INTRODUÇÃO:

Via aérea difícil (VAD) pode ser definida pela Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) como a dificuldade de manutenção de ventilação sob máscara, dificuldade de intubação traqueal ou ambos, apresentada por um profissional convencionalmente treinado. As situações que podem dificultar o manejo da via aérea podem ser descritas como: traumas faciais, língua grande, pequena abertura da boca, Mallampati classes III ou IV, via aérea obstruída e mobilidade do pescoço reduzida. O seu controle representa um grande desafio para anestesistas e médicos do âmbito da emergência. Sendo assim, o conhecimento acerca das abordagens mais adequadas e técnicas para seu controle efetivo, em situações de emergência, é de extrema importância, uma vez que trocas gasosas inefetivas, em estruturas vitais, está associada à causa de morte mais rápida em pacientes traumatizados.

OBJETIVOS:

Fazer uma revisão bibliográfica que exalte a técnica e a abordagem adequadas para um efetivo manejo da VAD, a fim de se obter melhores desempenhos durante a obtenção de via aérea definitiva de pacientes com fatores desfavoráveis.

MÉTODO:

Trata-se de uma revisão de literatura fundamentada em 18 artigos selecionados, quanto à relevância, no banco de dados do Pubmed, por meio dos descritores: “Emergency”, “Difficult airway”, “Airway management”, “Intubation”.

RESULTADOS:

Não há um único algoritmo universalmente aprovado, reconhecido e aplicável a todas as situações difíceis de gerenciamento de vias aéreas. Entretanto, diretrizes atuais demonstram como as técnicas são incorporadas a uma estratégia geral, podendo ser compreendido de algumas etapas, como: avaliação das vias aéreas difíceis, abrangendo a sua identificação; preparação, que se dá desenvolvendo-se um plano de gerenciamento para garantir a via aérea, com foco no posicionamento e oxigenação do paciente; métodos de intubação, compreendendo a intubação em sequência rápida, técnica padrão no contexto emergencial; o uso de medicamentos, como sedativos e bloqueadores neuromusculares para otimizar as condições de intubação (por exemplo, a visualização e imobilização da glote); dispositivos como laringoscopia direta e por vídeo, além de dispositivos supraglóticos e

estratégias de intubação de resgate. Estudos anteriores documentaram desempenho de intubação abaixo do ideal e altas taxas de eventos adversos, sendo, portanto, fundamental progredir por meio desse algoritmo em tempo hábil e evitar o aparecimento de hipóxia, que representa uma importante causa de mortalidade diante da impossibilidade de definição de via aérea, além das sequelas possíveis, sobretudo em um contexto de emergência.

CONCLUSÃO:

O gerenciamento adequado das vias aéreas é vital e pode impedir desfechos desfavoráveis e, potencialmente, evitáveis. Logo, é de suma importância a identificação de uma VAD a fim de que haja uma abordagem voltada para sanar as resistências impostas, otimizar o estabelecimento da via aérea definitiva e minimizar ou afastar as sequelas relacionadas tanto com a demora quanto com o insucesso na definição da via aérea difícil.

Palavras-chave: via aérea difícil; emergência; intubação.

Capítulo 2

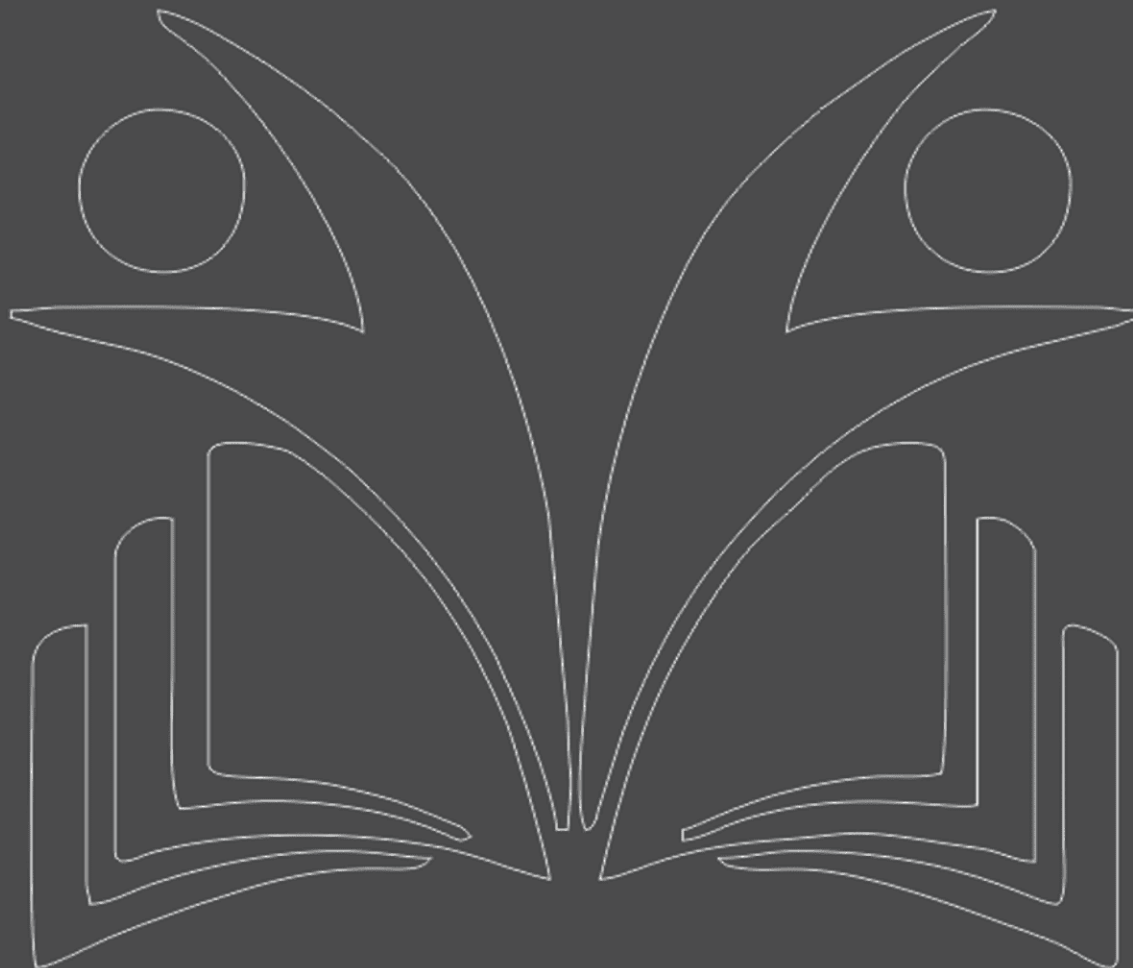


10.37423/250209627

ESTÁGIO ELETIVO DE ENFERMAGEM. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Miraildes Santos de Jesus

Fundação Oswaldo Cruz



INTRODUÇÃO

O estágio eletivo ocorreu no período de 01 de junho a 31 de julho de 2022, no Ponto de Cidadania Aquidabã. É um contêiner situado no distrito do Centro Histórico na cidade de Salvador - Bahia, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde e faz parte do projeto Girassóis, que é gerido por uma empresa terceirizada que presta serviços à Prefeitura de Salvador. Direciona-se às pessoas em situação de rua e usuários de substâncias psicoativas. Neste serviço, são oferecidos produtos para higiene pessoal, espaço de convivência, além de dispor de uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeira, assistente social, psicólogos, arte-educadora e redutores de danos, que presta atendimento, orientações e encaminhamentos. Os referidos serviços são ofertados em período diurno, de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 17:00 horas e aos sábados de 08:00 às 12:00 horas.

OBJETIVO

Prestar assistência de enfermagem de forma individualizada e coletiva, respeitando as particularidades de cada usuário, com ênfase na prevenção e educação em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em um ponto de cidadania da cidade de Salvador-BA, no período de junho a julho de 2022 e relata a vivência de uma enfermeira residente em seu estágio eletivo na assistência da população em situação de rua e uso de substâncias psicoativas em um Ponto de Cidadania.

RESULTADOS

Visto que a saúde física, psíquica e social fragilizada, levando em conta as especificidades de cada usuário foi um grande desafio articular junto com os demais profissionais da equipe um plano terapêutico individual, mas após reuniões decidimos dar ênfase no que o usuário nos trazia como problema. Foram realizadas algumas atividades como: roda de conversa sobre emergências comuns na rua com foco em desmaio e convulsões, esclarecida dúvidas de senso comum que são erroneamente reproduzidas, houve engajamento dos assistidos na atividade e relato de experiências na rua por eles. Como também, orientação sobre o uso correto dos medicamentos, aferição dos sinais vitais, realização de curativos, entre outros serviços.

Mesmo sendo um público com rotina dinâmica, com essas ações realizadas foi possível estabelecer um vínculo com os usuários e torná-los multiplicadores das informações de saúde.

CONCLUSÃO

Atualmente Salvador ocupa a quinta posição entre as capitais do Brasil com maior número de pessoas em situação de rua, e possui apenas dois pontos de cidadania. Logo a abrangência desse serviço em mais bairros do centro da cidade, que são pontos estratégicos no que diz respeito à concentração da população em situação de rua seria valioso para prestação dos serviços que são ofertados pelos pontos de cidadania.

Capítulo 3



10.37423/250209634

PROCESSO DE ENFERMAGEM REALIZADO À PESSOA COM GLIOBLASTOMA, FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS, DE WANDA HORTA

Mariana Santos de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Iara Cruz da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Nadja Costa do Amor Divino

Universidade Estadual de Feira de Santana

Maysa da Hora dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

Ramon Costa Bomfim

Universidade Estadual de Feira de Santana

Gisele dos Santos Moreira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Pérola Monique Barreto Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana

Laura Menezes Brito Gomes

Universidade Estadual de Feira de Santana

Alana Victória Coêlho Nogueira São José

Universidade Estadual de Feira de Santana

Adriana Braitt Lima

Universidade Estadual de Feira de Santana

Fernanda Araújo Valle Matheus

Universidade Estadual de Feira de Santana

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) constitui-se em um método de trabalho utilizado por enfermeiros para guiar a prática assistencial. Esse organiza-se de forma sequencial e sistemática, que contribui para auxiliar na organização e promoção de estratégias de atenção específicas para a clientela assistida, incluindo as diretrizes para o cuidado humanizado e a segurança do paciente (Trindade *et al.*, 2016).

De acordo com o Art. 2 da Resolução Cofen Nº 736 de 17 de Janeiro de 2024, o Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base (COFEN, 2024).

Nessa perspectiva, uma das teorias utilizadas no processo de Enfermagem é a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta (1979, p. 30), a qual, baseada na teoria da Motivação Humana, proposta por Maslow, valoriza as necessidades humanas em qualquer contexto hospitalar, visto que para a autora “Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais”.

O conceito de necessidades utilizado por Horta influencia gerações de enfermeiras brasileiras, sobretudo no ensino e na prática de Enfermagem, atualmente é provavelmente a mais referenciada (Oliveira, 2012). A partir de seus pressupostos, essa teoria permite uma maior aproximação entre enfermeiros e pessoas hospitalizadas no tocante à busca por um cuidado integral e holístico considerando a visão desse cuidado nas dimensões biopsicossocioespiritual.

Em vista disso, a execução do Processo de Enfermagem é essencial para a maior resolutividade do caso clínico em questão, que refere-se à vivência do cuidado, alicerçado no referencial teórico de Horta (1979), a um idoso do sexo masculino, diagnosticado com glioma de alto grau (4), ou glioblastoma, com presença de necrose, que se encontrava em cuidados paliativos e foi acompanhado pelos graduandos do curso de Enfermagem, de uma universidade pública de Feira de Santana (Bahia), em um hospital geral do Sistema Único de Saúde, localizado na mesma cidade. Por essa afecção se tratar de uma neoplasia e, conseqüentemente, direcionar os cuidados de Enfermagem às necessidades afetadas da pessoa, tanto físicas e psicológicas, quanto as espirituais e as veladas no contato social durante

hospitalização, desenvolver o PE com fundamentação na teoria das NHB, torna a atenção de Enfermagem eficaz no sentido de identificar as prioridades dos cuidados frente a um cenário de alto impacto clínico.

Os gliomas são tumores primários originados no parênquima cerebral, os quais podem ser: astrocitomas, oligodendrogliomas, glioblastoma multiforme e ependimomas. Astrocitomas são os gliomas mais comuns. São classificados pela histologia e, em alguns casos, com base na presença de marcadores genéticos específicos e assinatura molecular da lesão, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (LOUIS, 2023). Os gliomas são classificados em ordem crescente de neoplasia: Grau 1: astrocitomas pilocíticos e astrocitomas subependimários de células gigantes; Grau 2: astrocitomas de baixo grau, incluindo xantoastrocitoma pleomórfico; Grau 3: astrocitomas anaplásicos; Grau 4: glioblastomas e gliomas difusos na linha média (MSD, 2023).

As causas do glioma ainda não são totalmente esclarecidas, no entanto, sabe-se que ocorre devido a mutações no DNA das células da glia no cérebro ou medula espinhal que passam a se multiplicar de forma anormal e descontrolada. Alguns fatores podem aumentar o risco de gliomas, como idade, sendo mais comum entre os 45 e 60 anos, exposição frequente à radiação ionizante ou histórico familiar, imunodeficiências - hereditárias, primárias, adquiridas (Aids) ou relacionadas ao uso de drogas/medicamentos (imunossupressores, quimioterápicos, etc) e por repercussão sistêmica da presença de outro câncer, Infecções virais, como o HIV que aumenta o risco de Linfoma primário de SNC (INCA, 2022).

Tanto astrocitomas como oligodendrogliomas podem expressar mutações dos genes IDH1 ou IDH2 que resultam na produção anormal de 2-hidroxiglutarato; esse metabólito pode modificar a metilação do DNA das células progenitoras neurais e gliais normais, levando-as a produzir células de glioma neoplásicas. Pacientes com a mutação IDH1/2 tendem a ter melhor prognóstico do que aqueles com tumores IDH1/2 do tipo selvagem, em parte porque têm melhor resposta à quimioterapia alquilante, como temozolomida (MSD, 2023). Todavia, tanto os glioblastomas primários como os secundários têm características genéticas distintas, que podem mudar à medida que o tumor evolui. A atividade mitótica está presente em todos os glioblastomas e, frequentemente, aumentada. Glioblastomas secundários tipicamente têm mutações nos genes IDH1 ou IDH2 (MSD, 2023).

O Glioblastoma (GBM) é a neoplasia maligna primária do sistema nervoso central mais comum e letal, a qual será tema da abordagem do caso clínico em questão. É classificado como de alto grau, correspondendo ao grau 4 pela Classificação da Organização Mundial da Saúde de 2016 (OMS), sendo

o glioma difuso o mais agressivo da linhagem astrocítica. O GBM é caracterizado por ser indiferenciado, ter rápido crescimento infiltrativo e por apresentar necrose e proliferação microvascular. A presença de necrose o diferencia histologicamente dos gliomas de baixo grau (Carvalho *et al.*, 2018).

Segundo o Registro Central de Tumores Cerebrais dos Estados Unidos de 2010 a 2014, que contabiliza apenas tumores primários de sistema nervoso central (SNC), GBM representa em SNC 47,1% das malignidades e 14,9% de todos os tumores. Sua incidência aumenta com a idade, acometendo adultos especialmente após os 50, 55 anos, com idade média de diagnóstico aos 64 anos e com mais da metade dos casos acima dos 65 anos. Apresenta pico de incidência entre 75-84 anos (Carvalho *et al.*, 2018).

Muitas vezes, o GBM não é reconhecido de forma precoce, uma vez que inicialmente não apresenta sintomas. Dentre os sintomas, podem ocorrer dor de cabeça, irritabilidade, fadiga, apatia, esquecimento, náuseas e vômitos e, em alguns casos, pode ocorrer hipotensão ortostática. À medida que o GBM progride, os sintomas podem se tornar mais focados neurologicamente devido ao aumento da pressão intracraniana, como consequências podem ocorrer síncope, crises epiléticas e crises tônico-clônicas (Silva, 2020). Logo, havendo suspeitas de GBM, após exame físico minucioso, é realizada ressonância magnética (RM), considerada padrão-ouro para diagnóstico, para analisar as características do tumor, seguida de biópsia para analisar e confirmar o diagnóstico (MSD, 2023).

O tratamento envolve cirurgia, radioterapia e quimioterapia para reduzir a massa tumoral. Excisar com segurança o máximo do tumor (sem danificar indevidamente áreas do encéfalo eloquente, áreas que participam de funções como fala e função motora) prolonga a sobrevida e melhora a função neurológica (MSD, 2023).

A escolha desta temática foi motivada pela vontade dos estudantes de Enfermagem buscarem compreender o cuidado, na perspectiva existencial, com a preocupação não apenas relacionada à dimensão física, mas também aos impactos de uma afecção com tratamento irreversível que afeta a dimensão psicológica e espiritual e, conseqüentemente, a qualidade de vida da pessoa. Nesse sentido, perceber, gerenciar e cuidar torna-se um desafio ao experienciar o PE sob o olhar de quem vivencia com a pessoa, estando atento à identificação das necessidades físicas, emocionais e espirituais, buscando resolvê-las da melhor forma, aprofundando-se nos conhecimentos sobre cuidados paliativos.

Em suma, ao lidar com esses cuidados, tornou-se evidente o quanto a experiência contribuiria para o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício profissional, haja vista que essa área da

Enfermagem é complexa, na qual a atenção não se concentra prioritariamente na cura, mas sim no alívio do sofrimento e na promoção da qualidade de vida do paciente terminal, e no acolhimento dos familiares. Nessa perspectiva, elaboramos a seguinte questão de pesquisa: Como descrever o PE à pessoa com Glioblastoma em unidade de neurologia de um hospital do SUS na cidade de Feira de Santana?. Dessa forma, este estudo de caso tem como objetivo: Descrever o PE realizado à pessoa com Glioblastoma, em unidade de neurologia de um hospital do SUS, na cidade de Feira de Santana.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com estudo qualitativo, sobre a descrição do PE de uma pessoa com Glioblastoma, realizado por cinco graduandos do curso de Enfermagem do 6º semestre, de uma universidade pública, na cidade de Feira de Santana - Bahia, durante a prática hospitalar do componente curricular Enfermagem na Saúde do Adulto e Idoso II. O estudo foi realizado na unidade neurológica de um hospital geral, público e de grande porte na cidade de Feira de Santana- BA, no período de 17, 18 e 24/09/2024. A unidade neurológica é especializada no atendimento e tratamento de pessoas com doenças e distúrbios que afetam o sistema nervoso, lidando com condições neurológicas muitas vezes complexas e de alta gravidade.

A coleta de dados foi realizada de acordo com o PE, com a execução da avaliação de enfermagem, exame físico e dados do prontuário no dia 17/09, a partir disso foram elaborados os diagnósticos, planejamento, intervenções e evolução de enfermagem nos dias 18 e 24/09. Durante a avaliação de enfermagem, a entrevista foi realizada com o filho e a esposa do paciente, com base no roteiro do histórico de enfermagem, o que contribuiu para o levantamento de dados.

Para a classificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o NANDA-I, as intervenções o NIC (*Nursing Interventions Classification*) e para os resultados o NOC (*Nursing Outcomes Classification*). Além disso, foi utilizada a teoria das Necessidades Humanas Básica, de Wanda Horta, que aborda as NHB em três dimensões principais: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, mantendo uma relação direta com o processo de enfermagem e os cuidados oferecidos de forma holística ao paciente.

Salienta-se que em todas as etapas da intervenção de estágio foram tomados os cuidados éticos necessários, especialmente quanto ao sigilo profissional e conduta respeitosa, pautados nos princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem.

RESULTADOS

O estudo refere-se à descrição do caso clínico de um idoso, do sexo masculino, 80 anos, portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e glaucoma bilateral, que foi diagnosticado com Neoplasia Glial ou Glioblastoma, e encontrava-se em cuidados paliativos. Nessa etapa colhemos informações sobre o histórico e realizamos o exame físico. Os cuidados à A.C.S. começaram a ser realizados no dia 17/09/2024.

História de enfermagem

Acompanhante (filho) de A.C.S. relatou que os sintomas iniciaram-se há 5 meses, com frequentes episódios de tonturas, convulsões com liberação esfínteriana, redução de força muscular, principalmente à direita, tremores no MSD, poliúria e polaciúria. Com isso, levaram-no ao hospital local, em Mutuípe, onde foi solicitada uma consulta com neurologista. Após o primeiro atendimento, foi recomendado procurar um neurologista, mas decidiram levá-lo para casa. Posteriormente, a família o encaminhou para Santo Antônio de Jesus, para ser avaliado pelo neurologista, onde foram realizados uma tomografia computadorizada (TC), uma ressonância magnética (RNM) e exames laboratoriais. Diante dos resultados obtidos foi detectada uma neoplasia glial primária do sistema nervoso central, de alto grau (glioblastoma). O neurologista indicou um oncologista e uma biópsia para ser realizada com o neurocirurgião. A consulta com o neurocirurgião foi realizada em um hospital particular, sendo encaminhado para o cardiologista e posteriormente para o Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), no dia 06/05/2024, onde encontrava-se no antigo setor, chegando a ser levado para a sala amarela. No dia 30/05/2024 foi realizada a cirurgia para retirada do tumor e logo após permaneceu intubado. As crises convulsivas ainda aparecem (SIC).

Exame físico (17/09/2024): A.C.S, idoso, sexo masculino, 80 anos, alocado na clínica neurológica, após quadro convulsivo do tipo tônico-clônica. Encontra-se no leito, pouco **comunicativo, com estado emocional de tristeza**. Abertura ocular ao chamado, **Glasgow 11**. **Obedecia aos comandos** porém estava **afásico**. Mucosa hipocrômica. Ao exame físico: ausculta pulmonar com **roncos de transmissão**, **abdome globoso com RHA diminuídos**, eliminações intestinais ausentes há 1 dia (SIC). Diurese concentrada, cor amarela escuro, presente via dispositivo urinário com bolsa coletora. **MMSSII com diminuição de força motora**. Realizado curativo em **LPP E3 em sacra**, cavitária, apresentando tecido de granulação vermelho predominante no leito da lesão, bordas regulares e exsudato seroso em pouca quantidade. Realizada limpeza e irrigação com SF 0,9% a jato, aplicado creme de barreira, oclusão com hidrofibra sem prata (½), gases estéreis e gases algodoadas. Realizada higiene íntima, com

clorexidina degermante e gazes estéreis; troca de DU e estabilização com micropore. Apresenta lesão superficial **de pele na região do testículo**. SNE fluindo dieta e CVC em VFE em bom funcionamento.

SSVV: T: 35.6°C; PA: 110X70 mmHg; **SpO2: 95%**; FR: 12 inc/min; FC: 65 bpm.

Cuidado de enfermagem

Durante os dias de cuidados prestados, foram utilizados como fonte de embasamento teórico o PE e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar Horta, com o intuito de promover uma assistência que atendesse plenamente às necessidades do paciente. Também foi utilizada a Teoria da pirâmide de Maslow para o levantamento dos problemas de enfermagem e a promoção dos cuidados, proporcionando uma abordagem assistencial dinâmica, visando restabelecer, dentro das possibilidades, a integridade física do paciente, além de possibilitar o conforto e autorrealização.

Foram identificados problemas como dor crônica, tristeza crônica, afasia, redução de força muscular, LPP, dependência para realização do autocuidado, dentre outros. De acordo com a teoria aplicada foram relacionadas as necessidades humanas básicas afetadas (Quadro 1) e elaborado o seguinte plano de cuidados:

Quadro 1: Plano de Cuidados à pessoa com glioblastoma

Dados para o diagnóstico	NHBA	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados esperados	Aprazamento
Não verbaliza.	Estima	Tristeza Crônica relacionada a doença crônica (GBM) evidenciada por expressão facial de choro e não verbalização.	Orientar sobre os cuidados disponíveis para que o paciente se sinta mais no controle da situação.	Aceitação do estado de saúde; Bem-estar emocional;	Assim que tiver contato com o paciente.
			Ajudar o paciente no processo de luto por perdas	Comunicativo.	Assim que tiver contato com o

			(pessoais ou funcionais), ajudando-o a encontrar significado e resignação.		paciente.
			Escutar/encorajar manifestações de sentimentos e crenças.		Assim que tiver contato com o paciente.
			Oferecer apoio durante a fase de negação, raiva, barganha e aceitação do luto.		Assim que tiver contato com o paciente.
LPP E3 em sacra.	Segurança	Integridade tecidual prejudicada relacionado a mobilidade física prejudicada evidenciado por LPP E3 em sacra	Inspecionar a pele diariamente, especialmente em áreas de proeminências ósseas, durante a troca de curativo. Colocar o colchão pneumático Usar outros dispositivos de alívio de pressão.	Cicatrização completa da ferida; Manutenção da integridade da pele.	09h 08h 08h - 12h - 16h - 20h

			Promover mudanças de decúbito.		08h - 10h - 12h -14h - 16h - 18h - 20h - 22h
			Aplicar cremes hidratantes e protetores de pele em áreas vulneráveis.		09h
Incontinência urinária.	Fisiológica	Incontinência urinária relacionado à liberação esfinteriana involuntária evidenciado por urgência miccional	Monitorar a eliminação urinária (consistência, odor, volume e cor)	Ausência de irritações, lesões ou sinais de infecção.	08h - 12h - 16h - 20h
			Higienizar a região íntima, manter região limpa e seca para melhora das lesões		
			Trocar dispositivo urinário		08:30h
Cateter venoso central em região femoral e DU.	Segurança	Risco de infecção relacionado ao uso de cateter venoso central em região	Trocar o curativo, com uso de clorexidina alcoólica, gaze estéril, luva estéril e	Controle de infecção; Integridade da pele;	10h

		femoral e dispositivo urinário.	clorexidina degermante.	Permanência do cateter.	
			Manter curativo oclusivo, com cobertura transparente;		
			Monitorar funcionamento do cateter		08h - 12h - 16h - 20h
			Monitorar aparecimento sinais flogísticos (Edema, rubor, calor)		08h - 12h - 16h - 20h
Redução de força muscular ao lado direito.	Segurança	Mobilidade física prejudicada relacionado a lesão cerebral evidenciada pela diminuição da força muscular	Avaliar regularmente a força muscular	Melhora dos movimentos;	10h
			Incentivar movimentos ativos e passivos	Realizar movimentos ativos;	10h
			Observar sinais de TVP: edema, dor e calor. E administrar anticoagulantes conforme prescrito.	Prevenção de atrofia muscular e TVP.	Horários e necessidade conforme prescrição médica.

			Proporcionar conforto por meio de um ambiente calmo e seguro		08h - 10h - 12h -14h - 16h - 18h - 20h - 22h
			Encorajar a participação da família nos cuidados para proporcionar apoio emocional		
			Realizar banho e higiene bucal		08h
Dor crônica analisada por escala facial de dor 8/10.	Segurança	Dor crônica relacionada ao glioblastoma, evidenciado por escala facial de dor 8/10.	Avaliar a dor a cada 2h. (Escala de faces).	Alívio e ausência da dor.	8h -10h -12h
			Administrar analgésico conforme prescrição médica.		Horários e necessidade conforme prescrição médica.
Preocupação do filho com a situação de cuidados paliativos.	Relacionamento	Desesperança relacionada à doença grave não controlada.	Fornecer cuidados contínuos para aliviar o desconforto	Apoio da família; Expressão de fé;	Assim que tiver contato com o paciente e família.

			físico, emocional e espiritual.	Expressão de sentido na vida;	
			Administrar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controle da dor e outros sintomas.	Expressão de paz interior.	Assim que tiver contato com o paciente e família.
			Proporcionar conforto por meio de um ambiente calmo e seguro.		Assim que tiver contato com o paciente e família.
			Encorajar a participação da família nos cuidados para proporcionar apoio emocional.		Assim que tiver contato com o paciente e família.
			Prover cuidados higiênicos adequados para manter a dignidade do paciente e promover bem-estar		Assim que tiver contato com o paciente e família.

Realizar banho e higiene oral.	Estima	Déficit no autocuidado e higiene relacionado a mobilidade reduzida devido ao glioblastoma evidenciado por incapacidade de realizar a higiene pessoal sem assistência.	Ajudar o paciente a realizar a higiene pessoal conforme necessário.	Realizar a higiene pessoal com assistência mínima; Manutenção do auto cuidado.	08h
			Incentivar a participação do paciente no cuidado, conforme tolerado.		
			Proporcionar os materiais e dispositivos auxiliares necessários para facilitar a higienização.		
Uso de medicamentos irritantes.	Segurança	Risco de trauma vascular relacionado a solução irritante e local inadequado.	Monitorar o local da punção regularmente quanto a sinais de complicações.	Integridade do local da punção preservada; Ausência de sinais de infiltração ou flebite.	08h - 12h - 16h - 20h
			Utilizar soluções adequadas para o tipo de acesso venoso.		

Evolução de enfermagem (18/09/2024): A.C.S., idoso, sexo masculino, 80 anos, restrito ao leito, alocado na clínica neurológica. Portador de HAS e DM tipo 2, glaucoma bilateral, diagnosticado com glioblastoma de alto grau e em cuidados paliativos. Em uso de Levetiracetam, Dexametasona,

Hidralazina, Rosuvastatina, Enalapril, HCTZ, Anlodipino e colírios para tratamento do glaucoma. Ao exame físico: Sonolento, corado, afebril, hidratado, abertura ocular espontânea. Glasgow 12. Couro cabeludo sem sujidades, com cicatriz cirúrgica em região occipital. Mucosas oculares hipocrômicas, escleróticas anictéricas, pupilas isocóricas. Presença de saburra na língua. Cavidade nasal e auditiva sem alterações. Tórax simétrico, à ausculta pulmonar ausência de RA; à ausculta cardíaca bulhas rítmicas e normofonéticas. Presença de hematomas na região abdominal, decorrente da aplicação da heparina, abdome globoso, RHA diminuídos. Apresenta redução de força muscular à direita. Eliminações fisiológicas presentes, com odor e aspectos característicos. Diurese concentrada de cor amarela escuro, incontinência urinária, presença de pequena lesão no saco escrotal. Em uso de cateter nasal tipo óculos (1L/min), DU + bolsa coletora, SNE fluindo dieta, CVC em veia femoral esquerda. Realizado banho no leito e tricotomia da barba; curativo da lesão por pressão grau III em região sacra, cavitária, apresentando tecido de granulação vermelho, predominante em leito da lesão, bordas regulares e exsudato seroso em pouca quantidade, utilizando SF 0,9%, gaze, hidrofibra sem prata (½G) e creme barreira; curativo das lesões em trocanter direito com SF 0,9%; curativo do CVC em VFE, com clorexidina alcoólica; realizado higiene íntima com clorexidina degermante e troca de dispositivo urinário; medicação de 8h, 10h e 12h; e mudança de decúbito. Realizada administração de medicações conforme prescrição médica. SSVV - T: 36.1°C; P.A.: 120x70 mmHg; R:14 inc/min; P:52 bpm; HGT:100 mg/dL; SpO2: 97%.

Prognóstico

O prognóstico para o Glioblastoma é geralmente desfavorável, devido à sua natureza agressiva, ao rápido crescimento e a alta resistência aos tratamentos. Além disso, vários fatores influenciam o prognóstico, como a idade do paciente, a localização do tumor, o grau de remoção cirúrgica e as características moleculares do tumor, mas, em geral, o glioblastoma está associado a uma baixa taxa de sobrevida. O tratamento pode ser focado em cuidados que priorizem o conforto e a qualidade de vida, ao invés de investir em tratamentos agressivos e prolongados que podem ter poucos benefícios diante do estágio da doença e quadro clínico do paciente. Em consonância com o estado atual do paciente, todo o conjunto de cuidados elaborados visava proporcionar, prioritariamente, o conforto e bem estar dele. Dentre os aspectos clínicos, alguns deles poderiam ter uma boa evolução, a exemplo da LPP em sacra. No entanto, outros sinais e sintomas apresentados, como diminuição do nível de consciência, períodos de maior sonolência e convulsões, estão relacionados diretamente com GBM e são descritos em estudos como prevalentes em pacientes acometidos por esta doença.

DISCUSSÃO

O glioblastoma é a neoplasia maligna primária que afeta o sistema nervoso central, causando sintomas neurológicos graves, sendo a mais comum e letal. A maioria dos pacientes são diagnosticados com GBM com mais de 60 anos. Consoante a isso, em relação ao idoso do caso clínico apresentado, as manifestações clínicas foram semelhante às encontradas na literatura, como idade, presença de tonturas, crises convulsivas do tipo tônico-clônica, hemiparesia à direita, e tremor essencial em MSD, o que enfatiza a necessidade do conhecimento prévio da doença para guiar o planejamento do PE.

Outrossim, a confirmação de que o prognóstico está associado a uma baixa sobrevida condiz com o quadro clínico do paciente em questão, visto que ele possui uma expectativa de vida de três meses, de acordo com o que foi estimado pela medicina. Além disso, o tratamento visava o conforto dele, já que estava em cuidados paliativos, estando sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistente social, o que lhe permitia um tratamento holístico, que atendia a todas necessidades, demonstrando alinhamento com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e reforçando a importância de um cuidado amplo e humanizado.

Desse modo, a utilização da teoria de Horta como embasamento científico para construção do planejamento de cuidados foi de extrema importância, já que permitiu uma visão completa, funcionando como uma lente crítica para identificar todas as necessidades humanas básicas afetadas no paciente. Com isso, traçar os diagnósticos e o planejamento da Enfermagem tornou-se viável, baseando-se nas demandas e estado clínico do paciente.

Por fim, a organização de acordo com o PE proporcionou uma melhor logística para os cuidados prestados, o que foi muito importante para A.C.S, uma vez que as medidas implementadas tinham como objetivo oferecer o conforto e melhorar a qualidade de vida dele durante o internamento, buscando evitar o surgimento de complicações que demandam procedimentos invasivos, os quais poderiam agravar o quadro clínico do paciente e, conseqüentemente, trazer mais sofrimento.

CONCLUSÃO

O cuidado de enfermagem é fundamental para garantir qualidade de vida e alívio de sofrimento, baseando-se no planejamento individualizado da assistência, atendendo todas as necessidades humanas básicas. Por isso, a experiência de atuar em uma unidade de alta complexidade e acompanhar o paciente em questão, em seu processo de cuidados paliativos, é de grande importância

para o aprendizado das nuances do cuidado ao paciente grave, assim como para o exercício de práticas humanizadas, visando não só a cura, mas o conforto, o alívio do sofrimento e a satisfação das necessidades humanas básicas.

Além disso, a realização do processo de enfermagem possibilita uma avaliação precisa do estado físico, emocional e espiritual do paciente, bem como identificar os principais diagnósticos com base nos sintomas e desconfortos, fazer um planejamento das intervenções necessárias para oferecer melhor cuidado, priorizando a promoção de alívio de sintomas e o conforto, garantindo a dignidade humana e visando o bem estar do paciente.

REFERÊNCIAS

- BILSKY, M. H. Gliomas. MSD Manuals. Maio de 2023. Disponível em:<<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/tumores-intracranianos-e-espinhais/gliomas>>. Acesso em: 13. out. 2024.
- CARVALHO, Gabriel et al. Glioblastoma Multiforme recém diagnosticado: Diagnóstico e tratamento cirúrgico inicial. Acta Medica, v. 39, n.2, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 14 out. 2024.
- HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer do Sistema Nervoso Central. 05. jun.2022. Disponível em:<<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/s-nervoso-central/versao-para-profissionais-de-sa>>. Acessado em 23/10/2024
- LOUIS DN et al. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. Neuro Oncol. v.23, ed 8, p.1231-1251. 2. aug. 2023. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8328013/>. Acessado em 23. out. 2024.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. (Re) significando os projetos cuidados da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, Brasil, v. 65, ed 3, p. 402, 14. ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300002>.
- PENEDO, Rafaela et al. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. Acta Paul Enferm. São Paulo, v. 27, n.1, p. 86-92, 2014.
- SILVA, J. O. Manifestações clínicas do glioblastoma. Revista de Estudos Avançados em Saúde e Enfermagem, v. 5, n. 2, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/3387/1332>. Acesso em: 15 out. 2024.
- SOUZA, P. T. L. de. et al.. Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 11, n. 4, p. 1011–1016, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1011-1016. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6850>. Acesso em: 18 out. 2024.
- TRINDADE, Liliane et al. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Rev. Saúde. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 75-82, jan./jun. 2016.
- VASCONCELOS, Liliana. et al. Prevalência de sinais e sintomas de fim de vida em Pessoas com Glioblastoma – Estudo Descritivo e Retrospectivo. Onco.News, n. 46, p. e094, 7 mar. 2023.

Capítulo 4



10.37423/250209636

MORTALIDADE POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFECCIOSAS NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA REALIDADE VELADA

Waneska Alexandra Alves

*Universidade Federal de Juiz de Fora –
Campus Governador Valadares*

Ana Flávia Gamarano Moreira

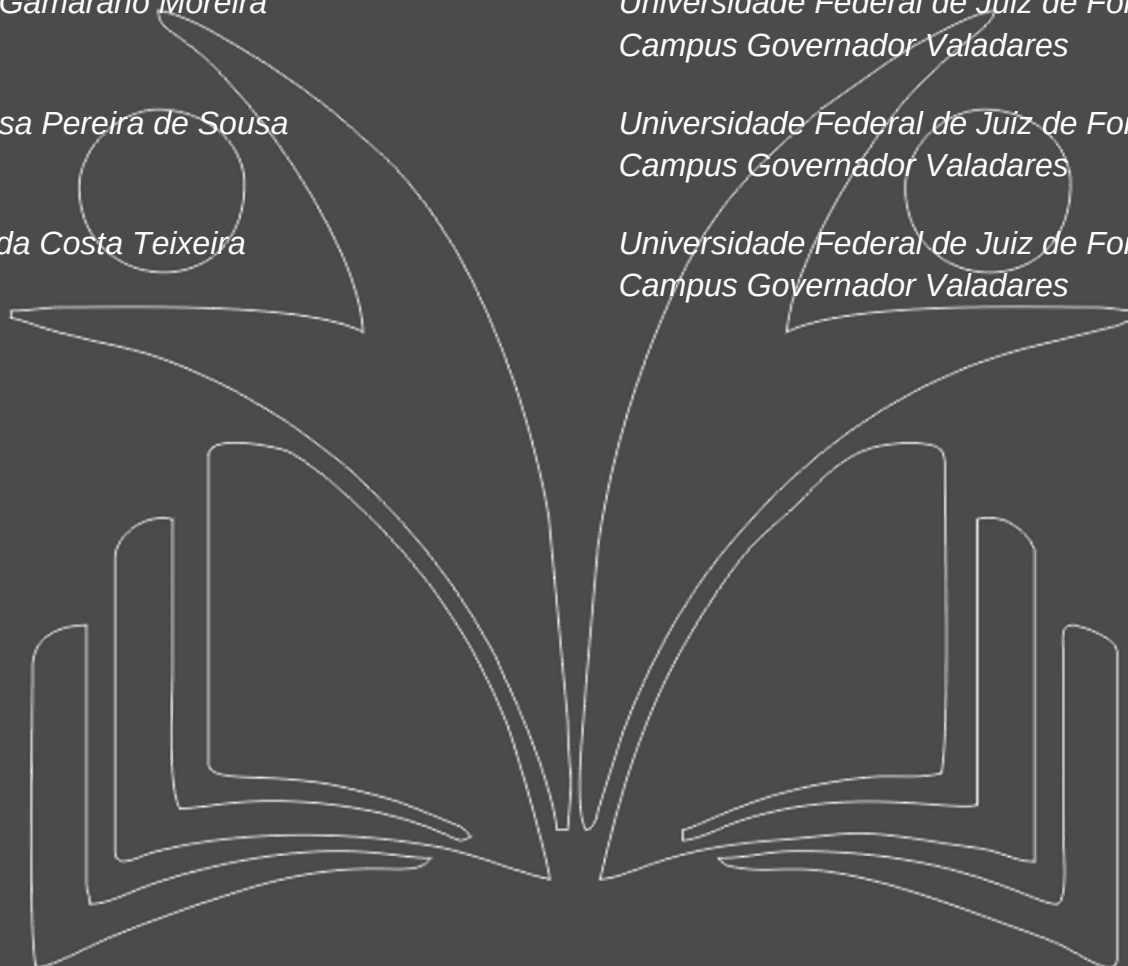
*Universidade Federal de Juiz de Fora –
Campus Governador Valadares*

Daví Barbosa Pereira de Sousa

*Universidade Federal de Juiz de Fora –
Campus Governador Valadares*

Guilherme da Costa Teixeira

*Universidade Federal de Juiz de Fora –
Campus Governador Valadares*



INTRODUÇÃO

A análise dos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que a população de Minas Gerais apresentou crescimento entre 2010 e 2022, evidenciando mudanças na dinâmica demográfica do estado. Em 2010, o estado contava com 19.957.444 habitantes. Já em 2022, esse número aumentou para 20.539.989 habitantes, representando um crescimento de aproximadamente 3% no período. Segundo o último Censo do IBGE (2022), 36.699 pessoas se autodeclararam indígenas em Minas Gerais, correspondendo a aproximadamente 0,18% da população do estado. Esse número representa um crescimento de cerca de 15,9% em relação ao Censo de 2010.

As principais causas de mortalidade entre indígenas no Brasil, de acordo com a classificação por capítulos da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão* (CID-10), são, em ordem decrescente: “causas mal definidas”, seguida pelas “causas externas de morbidade e de mortalidade”, “doenças do aparelho respiratório”, “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” e “doenças infecciosas e parasitárias”. Consideradas em conjunto, as doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias representam a principal causa de óbito nessa população (Organização Mundial da Saúde, 1993; Basta; Orellana; Arantes, 2012)

As doenças respiratórias infecciosas (DRI), a exemplo da pneumonia bacteriana, da COVID-19, são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e afetam, principalmente, populações em situação de vulnerabilidade social, como os povos indígenas. Em comparação a outros agregados populacionais, os indígenas enfrentam fatores de risco adicionais que podem aumentar sua suscetibilidade a doenças respiratórias. Esses fatores incluem condições de vida precária, acesso limitado a serviços de saúde, falta de água potável, falta de saneamento básico adequado e superlotação em algumas áreas. Além disso, a exposição a ambientes poluídos, como fumaça de queimadas ou poluentes do ar em áreas urbanas, também pode contribuir para o aumento da incidência de doenças respiratórias transmissíveis e não transmissíveis (Polidoro *et al.*, 2022).

As comunidades indígenas em diferentes partes do mundo enfrentaram desafios únicos devido à sua vulnerabilidade socioeconômica, isolamento geográfico e acesso limitado a serviços de saúde. A falta de infraestrutura médica adequada e a escassez de recursos dificultaram e dificultam o diagnóstico clínico e laboratorial, assim como o tratamento específico e a prevenção da disseminação da doença entre os povos originários que vivem em permanente risco e vulnerabilização (Polidoro *et al.*, 2021).

Nesse contexto, os sistemas de vigilância desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar da população. No caso dos povos indígenas, esses sistemas são desenvolvidos para monitorar e atender às necessidades específicas de cada comunidade, permitindo a detecção precoce de agravos, o controle de doenças e a implementação de medidas preventivas. Ações como monitoramento de doenças infecciosas específicas permitem identificar tendências, padrões e fatores de risco, bem como definir perfis de morbimortalidade a fim de direcionar a alocação de recursos e a implementação de medidas preventivas (Porto, 2014; Monteiro; Dezanete; França, 2016).

As doenças respiratórias de origem infecciosa, sejam elas viral, bacteriana, fúngica ou parasitária, geralmente cursam com sinais e/ou sintomas inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico clínico e a identificação do agente etiológico, podendo resultar na elevada morbimortalidade. Entre os indígenas, assim como em outras comunidades vulneráveis, essas enfermidades representam um grande desafio, uma vez que seu quadro clínico pode variar desde síndromes gripais leves até complicações graves, como pneumonia ou influenza (Porto, 2014; Monteiro; Dezanete; França, 2016).

No Brasil, a gestão em saúde indígena é realizada pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), mas os dados sobre óbitos pertencem ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O SIM foi implementado no Brasil em 1975 com a finalidade de coletar continuamente dados sobre óbitos e suas causas, a partir da Declaração de Óbito (DO), padronizada conforme diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Brasil, 2019; Campos *et al.*, 2017).

A Declaração de Óbito, regulamentada pelo Ministério da Saúde, além de informações pessoais do indivíduo falecido, registra as doenças que contribuíram para o óbito, organizadas em uma sequência lógica: causa básica, intermediária e imediata, sendo a causa básica referente a enfermidade ou lesão que desencadeou a cadeia de eventos resultando na morte. O preenchimento correto das declarações de óbito, bem como a determinação da causa básica do óbito, influenciam diretamente na qualidade dos dados contidos no SIM (De Brito *et al.*, 2010; Moraes; Costa, 2017)

No entanto, apesar de ser padrão-ouro para estudos com dados secundários sobre mortalidade, o SIM apresenta informações sobre raça/cor indígena bastante incompletas quando comparadas a outras populações, o que pode dificultar o planejamento de políticas públicas eficazes (Basta; Viana, 2012; Santos; Coelho; Araújo, 2020).

No contexto da saúde indígena, os Sistemas de Informação em saúde, em destaque o SIM, são uma parte importante para o conhecimento e o monitoramento da morbimortalidade dessa população

específica e são compreendidos para atender às necessidades e características particulares das comunidades indígenas, podendo levar em consideração suas culturas e práticas tradicionais com recomendações de prevenção e controle que respeitam as especificidades culturais (Brasil, 2019; Lana *et al.*, 2020; Moraes; Costa, 2017).

Assim, a presente pesquisa justifica-se pela relevância da descrição do perfil de mortalidade por doenças respiratórias infecciosas na população indígena em Minas Gerais. Seus resultados podem subsidiar a tomada de decisões por parte dos gestores de saúde, no direcionamento, planejamento e distribuição de recursos públicos. Soma-se a isso, até o momento da conclusão deste estudo, a escassez de publicações sobre o perfil de mortalidade indígena por doenças respiratórias infecciosas no estado.

O presente trabalho teve como objetivo estudar a tendência temporal e o perfil demográfico e clínico dos óbitos por doenças respiratórias infecciosas, registrados no SIM, na população Indígena residente em diferentes territórios de Minas Gerais, Brasil.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo e de séries temporais, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). O estudo abrangeu os óbitos por DRI em pessoas da raça/cor indígenas, residentes em municípios do estado de Minas Gerais (MG), entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2020. Foram utilizados dados secundários, não nominais e de domínio público no portal eletrônico da DATASUS/MS. O acesso virtual aos dados se deu em maio de 2022.

Incluiu-se na análise os registros cujo código da causa básica de morte tenha sido por DRI (Quadro 1). Excluiu-se registros de indivíduos indígenas não residentes em MG, aqueles cuja raça/cor não estivesse preenchido como indígena (código 5) e os que a causa básica de morte não foi DRI.

Quadro 1 - Lista dos Códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de infecções respiratórias segundo agente etiológico.

Agente etiológico	CID-10
Bactérias	A15-16, A20.2, A21.2, A22.1, A31.0, A38, A42.0, A43.0, A48.1, A78, B90.9, J02.0, J03.0, J13-15, J16.0, J17.0, J20.0-2, J65
Fungos	B37.1, B38.0-2, B39.0-2, B40.0-2, B41.0, B42.0, B44.0-1, B45.0, B46.0, B59, J17.2
Parasitas	B583, B671, J173
Vírus	B03, B25.0, B33.4, B34.2, B34.9, J00, J09-12, J17.1, J20.3-7, J21.0
Não especificado	J39.0-1, J85.0-2, J86.0, J86.9, J01-06, J16.8, J17.8, J18-22, J80, J96.0, U04, U04.9

Fonte: Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (OMS, 1993)

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, testes não paramétricos e modelagem estatística para a série temporal. Usou-se os softwares R na versão 4.4.1 e o RStudio na versão 2024.12.0-467.

Com o objetivo de identificar uma possível relação entre as causas básicas, o sexo e a faixa etária, os dados foram organizados em matrizes de contingência conforme suas respectivas classificações. Dado que algumas células apresentaram valores baixos (< 5), utilizou-se o teste Exato de Fisher para a análise estatística (Agresti, 2007).

Para a análise de séries temporais, foram empregados os testes de Wald-Wolfowitz e Kruskal-Wallis, com o intuito de avaliar, respectivamente, a ausência de tendência e de sazonalidade. O teste de Wald-Wolfowitz examina oscilações na série temporal por meio da contagem de sequências consecutivas de valores acima ou abaixo da mediana (runs), sendo que um número reduzido de execuções pode indicar a presença de tendência na série (Wald; Wolfowitz, 1940). Já o teste de Kruskal-Wallis ordena os valores de forma crescente, atribuindo postos a cada um deles, e, posteriormente, calcula a estatística de teste para verificar diferenças significativas no número de óbitos (Provenza; De Figueiredo; De Souza, 2021).

Além disso, foi aplicado o modelo de regressão joinpoint, que tem como objetivo identificar pontos de mudança estatisticamente significativos na série e analisar como as tendências variam antes e depois desses pontos (Nóvoa-Lôbo; Campos; Pires, 2023).

O presente estudo dispensou a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de um estudo cujos dados são de domínio público. Todavia, respeitou-se o rigor ético necessário para manipulação e sigilo dos dados.

RESULTADOS

Do número total de óbitos confirmados por DRI ($n = 159.846$), entre 2000 a 2020, em Minas Gerais, foram observados que 10,0% ($n = 16.167$) dos registros não tinham informação sobre raça/cor. Apenas 0,12% ($n = 175$) dos estavam registrados como indígena. As causas básicas de morte identificadas na população estudada estão listadas no quadro 2.

Quadro 2 – Lista dos códigos das Causas básicas de morte (Classificação Internacional de Doenças - CID-10) identificadas na população indígena residente em Minas Gerais, 2000 a 2020.

Código	Descrição
A15.0	Tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura
A16.2	Tuberculose pulmonar, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
A16.9	Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
B34.2	Infecção por coronavírus de localização não especificada
B90.9	Sequelas de tuberculose das vias respiratórias e de órgãos não especificados
J03.9	Amigdalite aguda não especificada
J11.1	Influenza [gripe] com outras manifestações respiratórias, devida a vírus não identificado
J15	Pneumonia devida à <i>Klebsiella pneumoniae</i>
J15.8	Outras pneumonias bacterianas
J15.9	Pneumonia bacteriana não especificada
J18.0	Broncopneumonia não especificada
J18.1	Pneumonia lobar não especificada
J18.9	Pneumonia não especificada
J20.9	Bronquite aguda não especificada
J22	Infecções agudas não especificada das vias aéreas inferiores
J85.1	Abscesso do pulmão com pneumonia
J96.0	Insuficiência respiratória aguda
U04.9	Síndrome respiratória aguda grave [SARS], não especificada

Fonte: Classificação Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (OMS, 1993).

O levantamento da mortalidade proporcional por causa básica entre indígenas residentes em Minas Gerais revela diferenças na distribuição dos óbitos entre os sexos. Algumas doenças afetaram predominantemente um dos sexos, enquanto outras apresentaram proporção mais equilibrada. Entre

as causas analisadas, observa-se que algumas apresentaram mortalidade exclusivamente feminina, como A15.0, J03.9, J15, J15.8, J22, J85.1 e U04.9, com 100% dos óbitos ocorrendo em mulheres. Outras causas, como A169, registraram 100% dos óbitos em homens. Doenças como A16.2 e B34.2 demonstraram uma predominância feminina, com 75,0% e 66,7% dos óbitos, respectivamente, enquanto J15.9 e J18.0 tiveram uma distribuição mais equilibrada, com cerca de 55% dos óbitos em homens e 45% em mulheres (Tabela 1).

A causa básica J18.9, uma das que apresentaram maior número de óbitos, teve 56,5% dos óbitos em mulheres e 53,4% em homens, demonstrando uma leve predominância feminina. Por outro lado, J96.0, outra causa relevante, teve 62,5% dos óbitos em mulheres e 37,5% em homens (Tabela 1).

A pneumonia inespecífica (J18.9) foi a principal causa de óbito, com 85 registros, sendo 56,5% em mulheres e 53,4% em homens. A insuficiência respiratória aguda (J96.0) também teve um número expressivo de casos, com 62,5% das mortes em mulheres e 37,5% em homens (Tabela 1).

A COVID-19 (SARS-CoV-2), classificado como B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada), apresentou 12 óbitos confirmados, com maior prevalência entre mulheres (66,7%) em comparação aos homens (33,3%), evidenciando o impacto desta infecção no período analisado (Tabela 1).

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (U04.9), altamente relevante no contexto da pandemia de COVID-19, registrou 2 óbitos, ambos em mulheres (100%), o que reforça a necessidade de atenção especial à saúde das indígenas no enfrentamento de infecções respiratórias graves (Tabela 1).

Tuberculose respiratória também se destacou entre as principais causas de mortalidade, com A162 (Tuberculose pulmonar, sem confirmação bacteriológica ou histológica) apresentando 75% dos óbitos em mulheres e 25% em homens. Já A150 (Tuberculose confirmada por exame microscópico da expectoração) e A169 (Tuberculose não especificada) tiveram impacto exclusivamente feminino, com 100% dos óbitos em mulheres. A análise estatística do valor-p resultou em 0,46, sugerindo que a diferença entre os sexos na distribuição das causas de mortalidade não é estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de óbito e mortalidade proporcional por causa básica de morte e sexo, população Indígena, Minas Gerais, Brasil, 2000-2020.

Causa básica da morte	Sexo		Mortalidade proporcional		valor-p
	Feminino (n)	Masculino (n)	Feminino (%)	Masculino (%)	
A15.0	1	0	100,0	0,0	0.46
A16.2	6	2	75,0	25,0	
A16.9	0	1	0,0	100,0	
B34.2	8	4	66,7	33,3	
B90.9	1	0	100,0	0,0	
J03.9	0	1	0,0	100,0	
J11.1	1	1	50,0	50,0	
J15	1	0	100,0	0,0	
J15.8	1	0	100,0	0,0	
J15.9	12	15	44,4	55,6	
J18.0	6	7	46,2	53,9	
J18.1	1	0	100,0	0,0	
J18.9	48	37	56,5	53,4	
J20.9	1	1	50,0	50,0	
J22	0	1	0,0	100,0	
J85.1	0	1	0,0	100,0	
J96.0	6	10	37,5	62,5	
U04.9	2	0	100,0	0,0	
Total	95	81	54,0	46,0	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Ministério da Saúde.

Dados acessados em 2022.

A análise da mortalidade proporcional por causa básica e faixa etária revela um predomínio dos óbitos em indivíduos com 60 anos ou mais, especialmente para doenças respiratórias e infecciosas. Entre as causas analisadas, a tuberculose pulmonar confirmada por exame microscópico (A15.0), a tuberculose pulmonar sem confirmação laboratorial (A16.2) e a tuberculose respiratória não especificada (A16.9) apresentaram mortalidade concentrada em adultos e idosos, com destaque para a faixa etária ≥60 anos, sugerindo um impacto significativo da tuberculose na população indígena mais velha. Além disso, as sequelas da tuberculose (B90.9) resultaram exclusivamente em óbitos na faixa etária ≥60 anos, evidenciando o peso da doença crônica neste grupo (Tabela 2).

A pneumonia não especificada (J18.9) apresentou o maior número de óbitos, com 64,7% ocorrendo em idosos, seguida pela insuficiência respiratória aguda (J960), que afetou majoritariamente indivíduos ≥ 60 anos (43,8%). A broncopneumonia não especificada (J18.0) também teve impacto relevante, com 46,2% dos óbitos nessa faixa etária. Além disso, a pneumonia devida à *Klebsiella pneumoniae* (J15), outras pneumonias bacterianas (J15.8) e a pneumonia bacteriana não especificada (J15.9) apresentaram padrão semelhante, reforçando a vulnerabilidade dos indígenas idosos a infecções respiratórias graves (Tabela 2).

Entre as doenças virais, destaca-se a infecção por coronavírus de localização não especificada (B34.2), que resultou em óbitos predominantes entre idosos, condizente com o impacto da COVID-19 no período recente da análise. A síndrome respiratória aguda grave não especificada (U04.9) também atingiu exclusivamente indivíduos ≥ 60 anos. A influenza com manifestações respiratórias devido a vírus não identificado (J11.1) afetou apenas idosos, enquanto a bronquite aguda não especificada (J20.9) e outras infecções agudas das vias aéreas inferiores (J22) apresentaram casos esporádicos (Tabela 2).

Na análise da distribuição etária, chama atenção a mortalidade em indivíduos mais jovens (0 a 19 anos), principalmente para pneumonia não especificada (J18.9), que registrou 24,7% dos óbitos nessa faixa etária, e para broncopneumonia não especificada (J18.0), com 38,5% dos casos. Esses achados ressaltam a importância das doenças respiratórias como uma preocupação de saúde pública para a população indígena em Minas Gerais, impactando tanto idosos quanto crianças e adolescentes (Tabela 2).

O valor-p significativo ($< 0,001$) indica que a distribuição dos óbitos por faixa etária não ocorre ao acaso, sugerindo padrões epidemiológicos distintos entre as diferentes doenças respiratórias e infecciosas.

Tabela 2 – Número de óbitos e mortalidade proporcional por causa básica da morte e faixa etária, população Indígena, Minas Gerais, Brasil, 2000-2020. Causa básica da morte Faixa etária.

Causa básica da morte	Faixa etária				Mortalidade proporcional				valor p
	0 a 19 anos (n)	20 a 39 anos (n)	40 a 59 anos (n)	≥60 anos (n)	0 a 19 anos (%)	20 a 39 anos (%)	40 a 59 anos (%)	≥60 anos (%)	
A15.0	0	0	0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	0,001
A16.2	0	3	3	2	0,0	37,5	37,5	25,0	
A16.9	0	0	1	0	0,0	0,0	100,0	0,0	
B34.2	1	2	3	6	8,3	16,7	25,0	50,0	
B90.9	0	0	0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	
J03.9	1	0	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0	
J11.1	0	0	0	2	0,0	0,0	0,0	100,0	
J15	0	0	0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	
J15.8	0	0	0	1	100,0	0,0	0,0	0,0	
J15.9	5	1	2	19	18,5	3,7	7,4	70,4	
J18.0	5	0	2	6	38,5	0,0	15,4	46,2	
J18.1	0	0	1	0	0,0	0,0	100,0	0,0	
J18.9	21	2	7	55	24,7	2,3	8,2	64,7	
J20.9	1	0	0	0	100,0	0,0	0,0	0,0	
J22	0	0	0	1	0,0	0,0	0,0	100,0	
J85.1	0	1	0	0	0,0	100,0	0,0	0,0	
J96.0	2	1	6	7	12,5	6,3	37,5	43,8	
U04.9	0	0	0	2	0,0	0,0	0,0	100,0	
Total	36	10	25	104	20,5	5,7	14,2	59,1	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade.

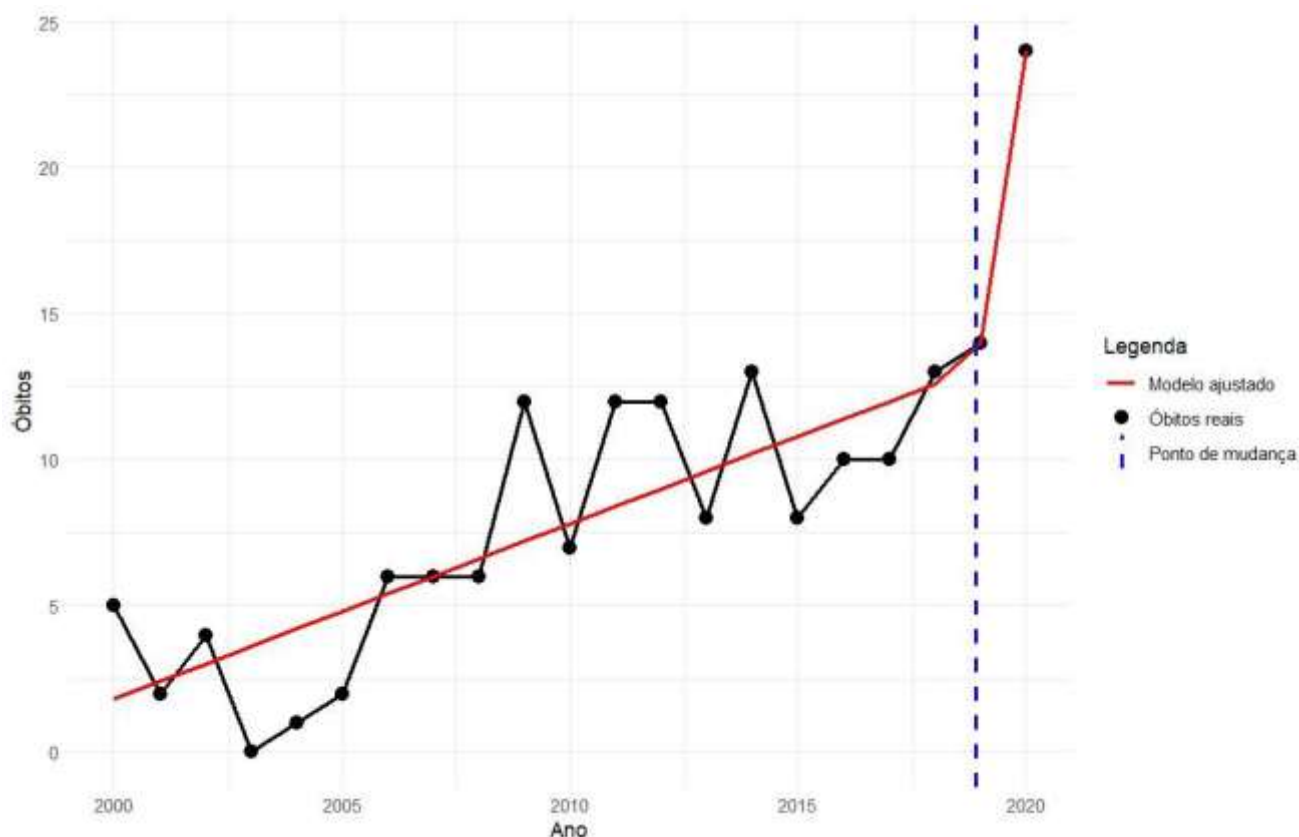
Ministério da Saúde.

Dados acessados em 2022.

O estudo das séries temporais revelou uma tendência crescente nos óbitos decorrentes de DRI a partir de 2003, com algumas quedas esporádicas. O teste de sequências de Wald-Wolfowitz indicou a presença de uma tendência significativa (valor-p < 0,05), enquanto o teste de Kruskal-Wallis não identificou sazonalidade (valor-p = 0,46). Dessa forma, observou-se um padrão de aumento nos óbitos, com flutuações ocasionais, mas sem características sazonais definidas (Figura 1).

Considerando a tendência identificada na série de óbitos, foi aplicado o modelo joinpoint, que detectou um ponto de mudança em 2018,91. Até esse momento, a variação anual média foi de 0,60 óbitos por ano, mas, a partir de 2018,91, essa taxa aumentou para 9,40 óbitos por ano. Embora o modelo indique 2018,91 como o ponto de inflexão, o aumento expressivo nos casos ocorreu em 2020. Isso se deve ao fato de que o modelo estima a mudança de tendência antes do aumento real ser observado nos dados, captando a transição de forma gradual. Esse efeito pode ser explicado pela dos dados, em que os óbitos são acumulados ao longo dos meses analisados para cada ano (Figura 1).

Figura 1 - Tendência Temporal dos óbitos por DRI, população Indígena, Minas Gerais, 2000–2020, utilizando o Modelo Joinpoint.



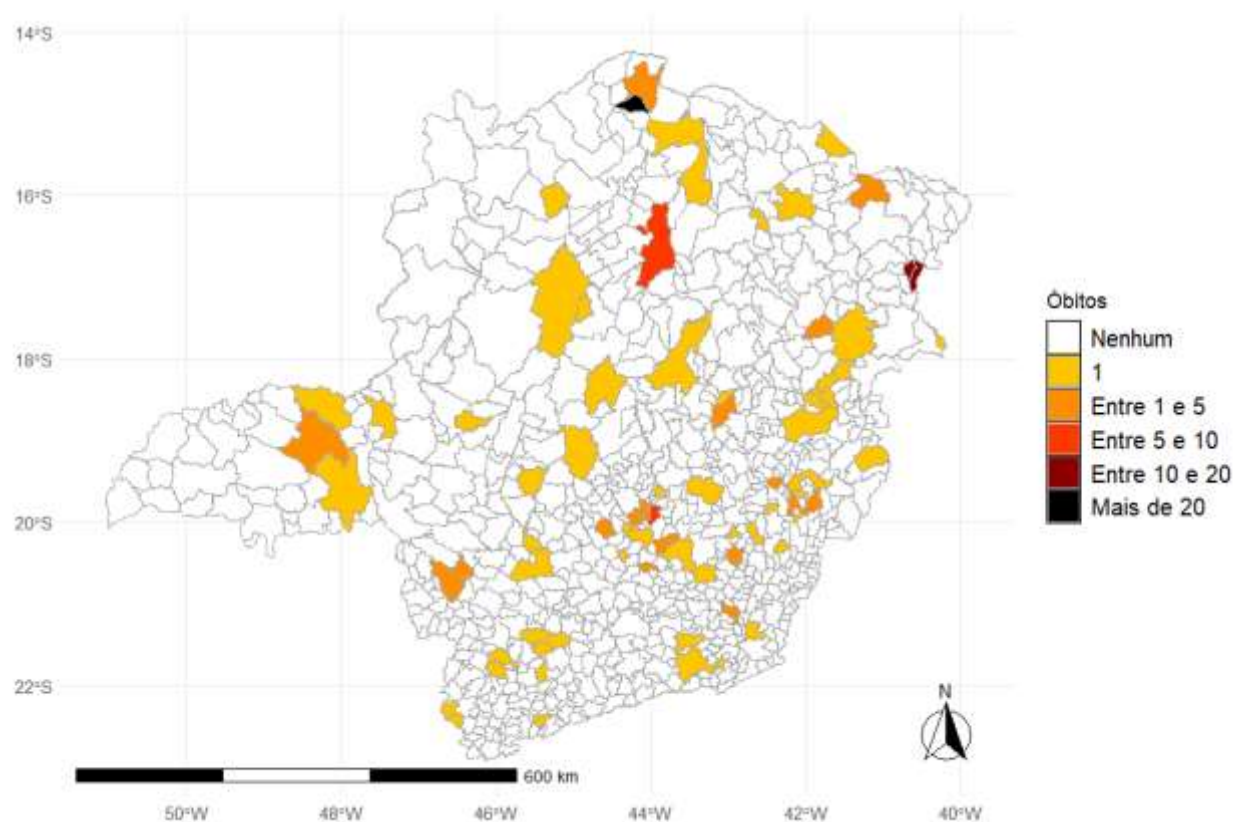
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Ministério da Saúde.

Dados acessados em 2022.

Para analisar a distribuição geográfica dos óbitos indígenas por Doenças Respiratórias Infecciosas (DRI), foi elaborado um mapa do estado de Minas Gerais. A análise revelou uma concentração significativa de óbitos indígenas nos municípios de São João das Missões, Bertópolis e Santa Helena de Minas, evidenciando possíveis fatores de vulnerabilidade nessas regiões (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição geográfica dos óbitos indígenas por Doenças Respiratórias Infecciosas (DRI), em Minas Gerais, 2000 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Ministério da Saúde.

Dados acessados em 2022.

DISCUSSÃO

Do número total de óbitos confirmados por DRI no período, os 10% de óbitos sem informação sobre a raça e os 0,12% registros na população indígena refletem uma rede de multicausalidades relacionadas à operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), à assistência médica prestada aos pacientes indígenas e ao reconhecimento do indivíduo como índio (Rodrigues *et al.*, 2011).

Um dos desafios enfrentados pelo sistema de saúde é a identificação correta dos indivíduos pertencentes à comunidade indígena, evitando a classificação equivocada como pardos. Essa falha pode levar ao subregistro da mortalidade indígena, conforme apontado por Rodrigues *et al.* (2011) e Santos, Coelho, Araújo (2013).

Ao analisar a mortalidade proporcional por causa básica entre os sexos, observa-se a existência de variações numéricas entre homens e mulheres. No entanto, ao aplicar testes estatísticos para verificar

a significância dessas diferenças, constatou-se que elas não são estatisticamente relevantes, com um valor de p igual a 0,46. Esse resultado indica que a distribuição das causas básicas de mortalidade entre os sexos ocorre de maneira semelhante, sem discrepâncias significativas. Isso sugere que outros fatores, como faixa etária, acesso a serviços de saúde e hábitos de vida, podem exercer maior influência sobre a mortalidade proporcional do que o fator biológico do sexo em si.

A análise da distribuição dos óbitos por faixa etária, por outro lado, mostrou-se altamente significativa ($\text{valor-}p=0,001$), indicando um resultado muito improvável de ter ocorrido por acaso. Observou-se que os óbitos por pneumonia não especificada, além de representarem a causa básica com o maior número de registros, apresentaram a maior mortalidade proporcional entre idosos. A vulnerabilidade dos idosos à pneumonia deve-se a diversos fatores, incluindo o enfraquecimento do sistema imunológico associado ao envelhecimento, a presença de comorbidades como diabetes, doenças cardíacas e pulmonares crônicas, além de alterações na função pulmonar e na capacidade de deglutição, que aumentam o risco de aspiração (Almeida; Ferreira, 2004; Figueiredo, 2001).

A pneumonia adquirida na comunidade é uma das principais causas de hospitalização e mortalidade entre idosos. Estudos demonstram que as infecções do trato respiratório são a quarta causa de morte nessa faixa etária e a principal causa de morbidade. Dessa forma, a prevenção é fundamental para reduzir a incidência de pneumonia em idosos. Medidas preventivas incluem a vacinação contra o pneumococo e o vírus influenza, cessação do tabagismo, manutenção de uma dieta equilibrada, prática regular de atividade física e acompanhamento médico regular para o controle de doenças crônicas (Figueiredo, 2001).

Além disso, os dados sugerem grande participação da tuberculose (TB) como causa básica de óbito entre adultos e idosos. De acordo com Vaz et al. (2023), pesquisas revelam que a população indígena apresenta as maiores taxas de incidência dessa doença no Brasil, ressaltando importantes disparidades regionais e étnico-raciais.

Segundo Basta e Viana (2019), a vulnerabilidade das populações indígenas à TB está relacionada à elevada incidência de doenças, condições adversas, como baixa imunidade, e fatores de risco para TB. Entre esses fatores, destacam-se o tabagismo, consumo de drogas ilícitas e a insegurança alimentar. Esse cenário evidencia a necessidade não apenas de estratégias para o controle da TB, mas também de medidas voltadas à proteção social e à redução da pobreza.

Além do elevado número de óbitos em idosos, há uma preocupante mortalidade em indivíduos jovens (0 a 19 anos), especialmente por pneumonia não especificada (J189 e por broncopneumonia não

especificada (J180). Estudos indicam que, em países em desenvolvimento, a pneumonia é a principal causa de adoecimento e morte na infância, afetando principalmente grupos vulneráveis, como as populações indígenas. Fatores como desnutrição, falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e condições precárias de saneamento básico contribuem para essa vulnerabilidade (Caldart *et al.*, 2016).

É importante destacar que a elevada proporção de óbitos por pneumonia e broncopneumonia não especificadas sugere possíveis lacunas no diagnóstico e na notificação dessas doenças entre a população indígena jovem. A ausência de especificação pode indicar dificuldades no acesso a serviços de saúde adequados, falta de profissionais capacitados para o diagnóstico preciso e limitações nos recursos diagnósticos disponíveis nas comunidades indígenas. Além disso, a subnotificação e a classificação imprecisa das causas de óbito podem dificultar a implementação de políticas públicas eficazes para a prevenção e o tratamento dessas doenças (Basta; Viana, 2012).

Em relação à distribuição temporal, a tendência ascendente nos óbitos por DRI na população indígena pode ser atribuída a diversos fatores. Estudos indicam que as populações indígenas enfrentam desigualdades em saúde e apresentam piores indicadores de mortalidade em comparação com a população geral. Por exemplo, uma pesquisa sobre a mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000 evidenciou que indígenas acima de 50 anos morreram por doenças respiratórias em uma proporção de 15,4%, enquanto na população brasileira em geral esse percentual foi de 13,6% (Alves *et al.*, 2021). Essas disparidades podem ser resultado de fatores como acesso limitado a serviços de saúde, condições socioeconômicas desfavoráveis e vulnerabilidades específicas dessa população.

O aumento expressivo dos óbitos em 2020 associa-se à pandemia de COVID-19. Um estudo publicado na *Revista Panamericana de Salud Pública* apontou que, entre abril e setembro de 2020, a taxa de mortalidade por COVID-19 entre indígenas foi 16,2% maior do que entre não indígenas, indicando uma maior letalidade da doença nesse grupo. Além disso, um relatório da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) revelou que, ao longo da pandemia, as mortes por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) aumentaram significativamente entre indígenas, sendo a COVID-19 um dos principais fatores contribuintes para essa elevação (Cajazeiro; Cardoso; Nobre, 2024).

As flutuações observadas nos óbitos por DRI podem estar relacionadas a melhorias na notificação dos óbitos ou a intervenções específicas em saúde pública. A qualidade dos dados de mortalidade é fundamental para a análise de tendências e para o planejamento de ações de saúde. Assim, melhorias na capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento adequado das declarações de óbito

podem contribuir para uma maior precisão nos registros e, consequentemente, influenciar as tendências observadas (Borges *et al.*, 2024).

Finalmente, ainda sobre a tendência temporal, a ausência de sazonalidade significativa nos óbitos por DRI sugere que esses eventos não estão concentrados em períodos específicos do ano. Isso pode indicar que os fatores de risco para DRI na população indígena de Minas Gerais permanecem constantes ao longo do ano, sem influências sazonais marcantes.

Em relação à distribuição espacial dos óbitos por DRI, destaca-se a cidade de São João das Missões, localizada no norte do estado. Com 12.489 habitantes, o município é composto por 31 aldeias na Terra Indígena Xacriabá, que ocupam 78,07% da superfície total. Na Terra Indígena Xacriabá, o abastecimento de água é precário, agravado pela seca constante. Muitas comunidades enfrentam a falta de água potável, obrigando famílias a buscar esse recurso em fontes quase secas. Essa situação pode contribuir para a propagação de doenças e para a extrema pobreza da população, fato que poderia justificar o elevado número de óbitos por DRI (Prefeitura de São João das Missões, 2025).

Ademais, destaca-se o elevado número de óbitos em cidades vizinhas: Bertópolis e Santa Helena de Minas. A Cidade de Santa Helena de Minas, antes distrito de Bertópolis, se destaca por abrigar a tribo dos índios Maxakali, os últimos remanescentes das diversas tribos indígenas que habitavam o território de Minas Gerais. O município também enfrenta deficiências no abastecimento de água, no esgotamento sanitário e sofre com a intensa proliferação de vetores, além das condições precárias das habitações (Prefeitura de Santa Helena de Minas, 2025). Esses fatores podem contribuir para a vulnerabilidade física e social dos Maxakali.

CONCLUSÃO

A mortalidade por doenças respiratórias infecciosas na população indígena de Minas Gerais revela um cenário preocupante de vulnerabilidade e desigualdade no acesso à saúde. O estudo evidencia que os indígenas são desproporcionalmente afetados por essas doenças devido a uma combinação de fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais, incluindo a precariedade no acesso à água potável, saneamento básico deficiente e dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade.

Os dados analisados mostram que a pneumonia inespecífica (*J18.9*) foi a principal causa de óbito, com uma prevalência significativa entre idosos, refletindo o impacto do envelhecimento e das comorbidades nessa população. Além disso, a tuberculose, uma doença historicamente associada a condições de vulnerabilidade social, apresentou taxas preocupantes entre adultos e idosos indígenas.

Outro ponto crítico identificado foi o impacto da pandemia de COVID-19, que intensificou as desigualdades preexistentes e aumentou expressivamente a mortalidade indígena por doenças respiratórias. A análise temporal indicou uma tendência crescente de óbitos ao longo dos anos, com um aumento significativo a partir de 2018, atingindo seu pico em 2020 devido à pandemia.

As dificuldades na classificação e no registro correto da raça/cor nos Sistemas de Informação em Saúde também se mostraram um desafio para a compreensão real da mortalidade indígena. O subregistro pode levar à subestimação da real carga das DRI nessa população, dificultando a formulação de políticas públicas eficazes.

Diante desse cenário, é fundamental fortalecer a vigilância epidemiológica e implementar medidas preventivas, como a ampliação da vacinação, melhorias na infraestrutura sanitária e estratégias de atenção primária voltadas às especificidades culturais e territoriais das comunidades indígenas. Além disso, é necessário investir na qualificação dos profissionais de saúde para garantir um melhor diagnóstico, tratamento e notificação dos casos.

As principais limitações deste estudo envolvem seu delineamento descritivo, como a utilização de dados secundários (qualidade no preenchimento das informações) e a inconsistência dos censos sobre a população indígena. Assim, evidencia-se a necessidade de estudos para essa população, visando caracterizar a situação de saúde dos grupos vulneráveis.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, Alan. *Categorical data analysis*. John Wiley & Sons, 2007.

ALMEIDA, J. R. DE.; FERREIRA FILHO, O. F. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 30, n. 3, p. 229–236, maio 2004.

ALVES, Francielle Thalita Almeida; PRATES, Elton Junio Sady; CARNEIRO, Luis Henrique Prado; SÁ, Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de; PENA, Érica Dumont; MALTA, Deborah Carvalho. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 45, n. 130 jul-set, p. 691–706, 2022.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. C. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: MEC, 2012. p. 280.

BASTA, P. C.; VIANA, P. V. S. Determinants of tuberculosis in Indigenous people worldwide. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 1, p. e6-e7, 2019.

BORGES, Beatriz Alves Souza; SILVA, Cauê Sousa Cruze; PENHA, Lourena Bottentuit Cardoso; ABREU, Luisa Caroline Costa; CARVALHO, Delmason Soares Barbosa de; MACHADO, Ana Cristina; REGO, Elaine Ramos de Moraes; LYRIO, Amanda Oliveira; CONCEIÇÃO, Sarah dos Santos; BATISTA, Josicélia Estrela Tuy; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; CRUZ, Simone Seixas da; FIGUEIREDO, Ana Cláudia Moraes Godoy; SOUZA, Elivan Silva. Certificação de doenças respiratórias agudas na declaração de óbito: um estudo de acurácia. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 32, n. 1, e32010023, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAJAZEIRO, J. M. D.; CARDOSO, A. M.; NOBRE, A. A. Efeito da composição étnico-racial da população na mortalidade por COVID-19: uma abordagem ecológica espacial das iniquidades em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 12, e05552024, 2024.

CALDART, R. V; MARRERO, L.; BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1597–1606, 2016.

CAMPOS, M. B; BORGES, G. M; QUEIROZ, B. L; SANTOS, R.V. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no *Censo Demográfico* de 2010. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

DE BRITO, Monique Araújo. BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 6, p. 1657-1658, 2012.

FIGUEIREDO, Ana Maria Ferreira Rodrigues. Pneumonia no idoso. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. 7, n. 6, p. 465-473, 2001.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Brasileiro de 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LANA, Raquel M; COELHO F. C; GOMES, M. F. C, CRUZO O. G; BASTOS, L. S; VILELA, D. A. M; CODEÇO, C.T. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 3, 2020.

MONTEIRO, Cristiane C.; DEZANET, Lorenza N. C.; FRANÇA, Elisabeth B. Monitoramento de vírus respiratórios na região metropolitana de Belo Horizonte, 2011 a 2013. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, n. 2, p. 233-242, 2016.

MORAIS, R. M. DE.; COSTA, A. L. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Saúde em Debate, v. 41, n. spe, p. 101–117, mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <https://icd.who.int>. Acesso em: 10 fev. 2025.

POLIDORO M, PARANHOS JC de SR, MENDONÇA F, CANAVAESE D. Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave em Indígenas no Rio Grande do Sul, 2020-2021. Soc nat [Internet]. 2022; 34:e64950.

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PREFEITURA DE SANTA HELENA DE MINAS. *História do município*. Disponível em: <https://santahelenademinas.mg.gov.br/pagina/historia>.

PREFEITURA DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES. *Sobre o município – São João das Missões*. Disponível em: <https://saojoaodasmissoes.mg.gov.br/prefeitura/nossa-cidade/cultura/>.

PROVENZA, Marcello Montillo; DE FIGUEIREDO, Marco Antonio Gaya; DE SOUZA, Paula Martins. Estudo de caso para previsão dos resíduos industriais na produção de catalisadores para a área do petróleo. Gestão da Produção em Foco, v. 46, p. 41.

RODRIGUES, Larissa Castro; COELHO, Thereza Christina Bahia; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; PEIXOTO, Marcelo Torres; GÓES, Samanta Cardoso. Desimportância da raça/cor e responsabilidade médico-legal no preenchimento da declaração de óbito. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 35, n. 4, p. 884-884, 2011.

SANTOS, A. B. S.; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. Identificação racial e a produção da informação em saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, p. 341-356, 2013.

SANTOS, Ricardo Ventura et al. Iniquidade da mortalidade de crianças e adolescentes indígenas no Brasil: o que podemos aprender com o Censo Demográfico Nacional de 2010? SSM - Saúde da População, v. 10, p. 100537, 2020.

VAZ, I. F.; PAIVA, N. S.; VIANA, P. V. S. Spatial-temporal evolution of tuberculosis incidence rates in indigenous and non-indigenous people of Brazil, from 2011 to 2022. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 26, 2024.

WALD, Abraham; WOLFOWITZ, Jacob. On a test whether two samples are from the same population. The Annals of Mathematical Statistics, v. 11, n. 2, p. 147-162, 1940.

Capítulo 5



10.37423/250209640

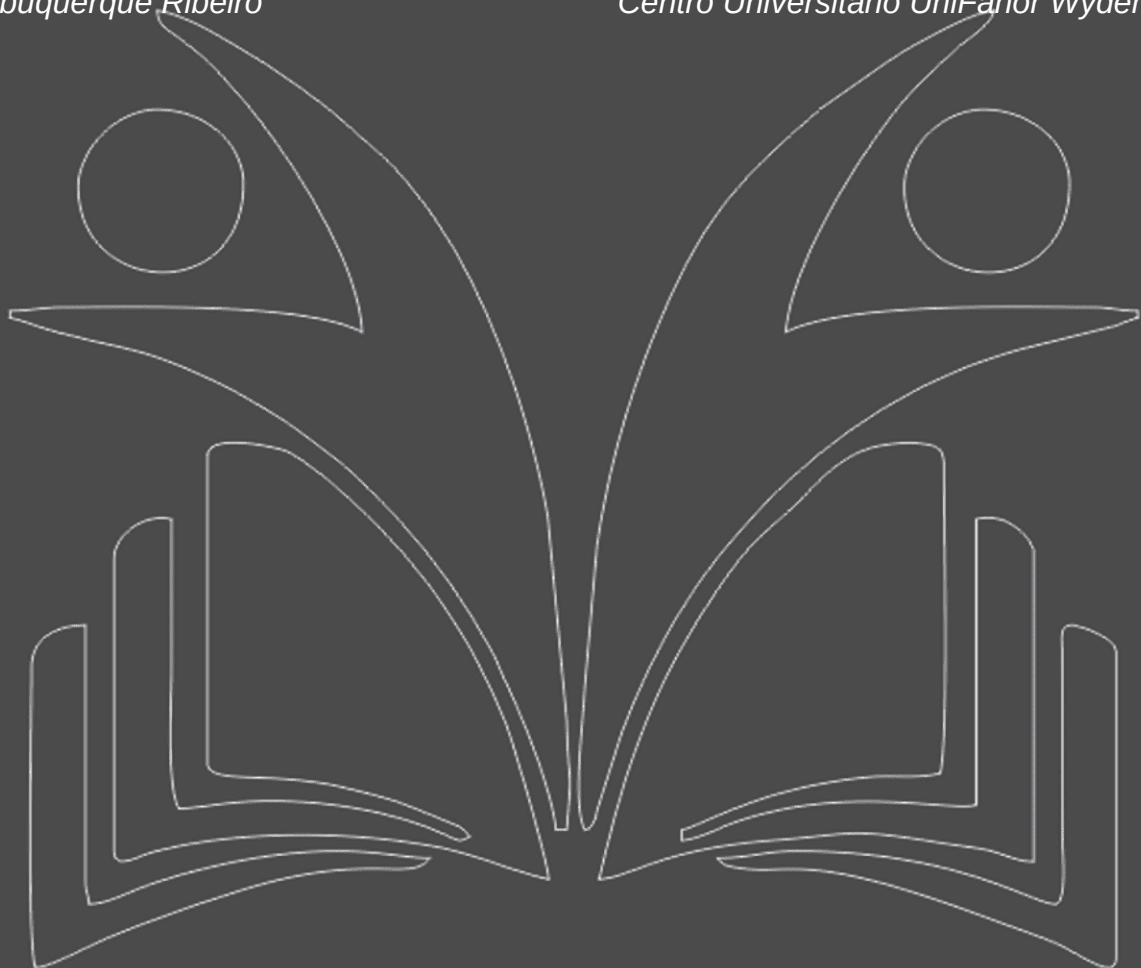
VÍRUS INFLUENZA A - ORIGEM E SEUS SUBTIPOS

Dalyla Batista de Castro

Centro Universitário UniFanor Wyden

Natássia Albuquerque Ribeiro

Centro Universitário UniFanor Wyden



Resumo:

Introdução: Sabe-se que as epidemias de gripe surgem com bastante frequência, mas não há intervalos regulares entre esses eventos. As epidemias podem diferir em suas consequências, mas geralmente causam um aumento da mortalidade de pessoas idosas. A grande epidemia de gripe do século passado ceifou milhões de vidas humanas. O cientista Richard E. Shope, que investigou a gripe suína em 1920, suspeitou que a causa da doença fosse um vírus. Já em 1933, cientistas do Instituto Nacional de Pesquisa Médica de Londres isolaram o vírus pela primeira vez. Deste modo, o presente estudo busca entender como o vírus influenza A surgiu e foi identificado. **Método:** Abordagem utilizada trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foram feitas pesquisas através de artigos científicos, veiculados na base de dados MEDLINE e SciELO, onde 4 foram selecionados por se encaixarem no método de inclusão. **Resultados e Discussão:** A etiologia viral da influenza foi comprovada em 1933, e os três sorotipos que infectavam seres humanos foram identificados apenas no ano de 1950. Neste mesmo ano, evidenciou-se que a cepa responsável pelo episódio de 1918-1919 pertencia à variedade antigênica particular do subtipo A. Em 1957, com o surgimento do subtipo A, a influenza atingiu a China e, em 1968, em Hong Kong, apareceu o subtipo A, provocando uma pandemia moderadamente grave. Mesmo após quase um século depois do reconhecimento desta cepa, o vírus da gripe continua sendo um dos maiores desafios de controle sanitário devido sua fácil variabilidade antigênica e contagiosidade. **Considerações Finais:** Para que haja a formação de novos subtipos, ocorre recombinação, que corresponde à mistura de, por exemplo, genes de um vírus que infecta seres humanos com genes de vírus que infectam outros animais, como aves, explicando assim como o retrovírus Influenza tipo A pode adquirir maior agressividade devido às mutações derivadas da mistura de genes de vírus de animais, em especial aves e suínos.

Palavras-chave: Vírus; Influenza; Gripe.

INTRODUÇÃO

A primeira descrição da gripe, também conhecida como Influenza, palavra italiana para “influência”, no contexto da medicina e da epidemiologia, antes da Teoria microbiana, foi feita por Hipócrates, no século V, ano de 412 a.C. que descreveu a moléstia entre os habitantes da ilha de Creta, na Grécia; e, atribuía a doença às causas ambientais e variações climáticas, dentro da teoria miasmática, influência dos astros e do ar.

Entretanto, a primeira descrição médica com interessantes observações é atribuída ao médico Molineux, na Irlanda e Inglaterra, entre 1688 e 1693. São encontradas referências de epidemias de gripe no século XVII na América do Norte e na Europa. A partir do início do século XVIII, os dados sobre a doença aumentaram em quantidade e qualidade, pois cronistas e médicos registraram informações e comentários sobre o número de pessoas infectadas, se epidemia ou pandemia, os países envolvidos e as possíveis origens das cepas virais.

Do gênero *Mixovirus influenzae*, pertence à família *Orthomixoviridae*, que contém um genoma RNA segmentado e fita simples. É classificado em 03 tipos: A, B, e C e seus isolamentos ocorreram nos anos de 1933, 1940 e 1947, respectivamente. O vírus do tipo A, o mais importante, pode infectar humanos e animais e está implicado em episódios epidêmicos e pandêmicos; o vírus do tipo B, que infecta apenas humanos, está ligado a surtos moderados; e o vírus C, mais estável, acomete humanos e suínos, causa doença subclínica, sem potencialidade epidêmica. Segundo FORLEO NETO et al (2003), as pandemias ocorrem de forma irregular, geralmente com 30 a 40 anos de intervalo. Desde o séc. XVI descreveram-se ao menos 30 episódios pandêmicos.

Devido a sua capacidade de penetração no organismo através das mucosas do trato respiratório e dos olhos realizando sua disseminação pela corrente sanguínea e alcance as células, o subtipo A apresenta mutações e rearranjos com maiores frequências em relação aos subtipos B e C. Aquele subtipo apresenta duas glicoproteínas de superfície: a hemaglutinina (HA) e a neuraminidase (NA) que possibilitam o transporte do vírus nas células do hospedeiro. A HA tem como função à fixação e fusão do vírus na célula do hospedeiro, e está dividida em 18 subtipos diferentes, dos quais, 16 circulam em aves aquáticas e dois foram isolados de morcegos. Os subtipos de NA possuem papel relevante na liberação das partículas virais após a replicação do vírus, assim como a propagação do vírus a partir de um hospedeiro para outro. São essas proteínas as responsáveis pela classificação viral e sua morbidade, mortalidade, letalidade e patogenicidade.

O presente trabalho tem como objetivo realizar, uma abordagem histórica da origem e conhecimento do vírus influenza A assim como seus subtipos, a fim de destacar suas principais ocorrências no mundo.

MÉTODO

O estudo se caracteriza como um estudo bibliográfico de revisão sistemática da literatura especializada, realizado por meio de pesquisa científica disponíveis no banco de dados da MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) utilizando-se das palavras chaves: Vírus, influenza e gripe. Foram utilizados como métodos de inclusão artigos ou teses publicadas entre os anos de 2000 a 2016, visto que esses eram os mais recentes contendo informações relevantes para o estudo, com textos disponíveis de forma completas nos bancos de dados acima mencionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2009, o mundo enfrentou sua primeira pandemia de gripe do século XXI, causada pela cepa influenza A/H1N1/Califórnia/2009 que contém genes suínos, aves e humanos. Conhecida popularmente como “gripe suína”, a influenza suína A teve seus primeiros casos no México, em março de 2009 e devido sua alta contagiosidade e virulência se espalhou rapidamente para a Europa, Canadá, Sudeste asiático, África e América Latina. Em junho de 2009, a Organização Mundial da Saúde declarou oficialmente uma pandemia de gripe. No período pós-pandêmico que durou até agosto de 2010, tinha atingido 214 países infectados, causando morte de 18.500 pessoas e infecção de 575.400. (The Lancet Infectious Diseases, 2012).

Em março de 2013, uma nova cepa do vírus influenza A foi descrita em países asiáticos. Esta cepa apresenta as proteínas hemaglutinina sorotipo 7 e neuraminidase sorotipo 9, sendo, portanto, denominada de influenza A (H7N9). Esta nova variante é uma recombinação de cepas circulantes entre aves que se mostrou com capacidade de infectar seres humanos e, como ainda não foram descritos casos fora do continente asiático, classificando a epidemia como geograficamente restrita.

Dentre as comunidades, as epidemias e pandemias de influenza iniciam-se de forma abrupta e atingem o pico em duas ou três semanas, com duração total de 5 a 8 semanas. O impacto das epidemias de influenza é reflexo da interação entre a variação antigênica viral, o nível de proteção da população para as cepas circulantes e o grau de virulência dos vírus. As variações antigênicas menores, ocorrem a cada dois ou três anos para os subtipos do vírus A e a cada 5 ou 6 anos para os vírus do tipo B. Tais variações se devem a mutações pontuais nos segmentos do genoma viral que resultam em

mudanças nos aminoácidos que compõem as glicoproteínas de superfície, particularmente na hemaglutinina. As variações antigênicas maiores são aquelas associadas à completa substituição de um ou ambos segmentos do genoma viral, que controlam a produção de glicoproteínas de superfície.

O desafio é, para o rastreamento da OMS, prever ou detectar corretamente as linhagens emergentes em um estágio inicial, pois devido aos 6 ou mais meses necessários para preparar uma vacina, existe a possibilidade de que até o momento uma vacina é fabricada para apoiar uma campanha global, não é mais compatível com vírus circulantes. Qualquer abordagem de vacinação que visa as respostas neutralizantes clássicas para HA e / ou NA deve lidar com a deriva antigênica efetivamente. (KIM et al., 2018).

A pior epidemia do vírus da gripe ocorreu no início do século XX, entre os anos de 1918 e 1920, ainda com origem duvidosa, se iniciou na Ásia ou nos campos militares no interior dos Estados Unidos da América, devido ao intenso movimento de transporte de tropas das nações aliadas e, teve como agente biológico causador da doença foi identificado como o vírus do tipo A (H1-N1). A designação espanhola se dá pelo fato de que a Espanha, neutra na 1ª Guerra Mundial, fez notificação oficial à Organização Mundial de Saúde sobre a doença que devastava vidas no país com grande poder de contágio, morbidade e letalidade. No Brasil, por exemplo, apesar do número de infectados e mortos serem variáveis, estima-se que 35.240 pessoas foram vítimas fatais do vírus, entre elas o 5º presidente do Brasil, o advogado e Conselheiro do Império, o Sr. Francisco de Paula Rodrigues Alves. Tal enfermidade foi introduzida no país por tripulantes do navio inglês “*Demerara*” que saindo de Liverpool, na Inglaterra, atracou e desembarcou passageiros nos portos de Recife, Salvador e Rio de Janeiro.

Essa pandemia foi marcada por extrema abrangência, agressividade e contagiosidade, acreditando-se que teria vitimado 38 milhões de pessoas na Europa e na América. Embora em muitas partes do mundo não existam dados, estima-se que tenha infectado 50% da população mundial, 25% tenham sofrido uma infecção clínica e a mortalidade total tenha sido entre 40 e 50 milhões. O número de 20 milhões de mortes, citado com frequência, é visivelmente muito baixo (Costa, L et al., Pandemias de Influenza).

Novamente no continente asiático, desta vez originária da China durante a década de 50, o vírus Influenza A/Cingapura/1/57 (H2N2), com as glicoproteínas HA e NA diferentes de todos os tipos anteriores, levou a óbito 4 milhões de pessoas afetando cerca de 25% a 50% da população mundial. O vírus foi isolado primeiramente no Japão, em 1957, seguido dos Estados Unidos e Inglaterra, no mesmo ano. Anos depois, durante 1968 e 1969, uma variação genética do H2N2, o H3N2 deu origem a Gripe de Hong Kong, cujo vírus foi identificado e isolado nessa cidade chinesa em 1968, com maior

incidência de 40% na população de faixa etária de 10 a 14 anos, e hospitalização e mortalidade entre idosos, jovens e indivíduos com riscos definidos em doenças crônicas e cardiopulmonares.

Em 1930, pesquisadores deram início ao desenvolvimento da vacina contra gripe, a fim de encontrar uma solução contendo os danos causados pelo vírus influenza. Após 10 anos, em 1940, a primeira vacina antigripe foi aprovada no hemisfério norte, enquanto que, no Brasil, as aplicações tiveram início 40 anos depois, em 1980, sendo composta por diferentes cepas do vírus Myxovirus influenza e inativados, fragmentados e purificados e, geralmente contendo elementos da superfície o vírus, como hemaglutinina e neuraminidase, tratando-se de uma vacina inativada, que não causa a doença e proporcionando uma proteção baseada na indução da produção de anticorpos neutralizantes do vírus, principalmente contra a hemaglutinina viral contida na vacina. A imunidade conferida pela vacina desenvolve-se após 15 dias da vacinação e sua duração é de cerca de 6 meses a 1 ano. Como os títulos máximos de anticorpos, obtidos dentro de 1 a 2 meses após a vacinação. Atualmente, há quatro marcas da vacina influenza tetravalente disponíveis: Fluarix Tetra (GSK), a Fluquadri (Sanofi-Pasteur), a Influvac Tetra (Abbott) e a Vaxitetra (Sanofi-Pasteur).

CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retrovírus Influenza tipo A pode adquirir maior agressividade devido às mutações derivadas da mistura de genes de vírus de animais, em especial aves e suínos. Para que haja a formação de novos subtipos, ocorre recombinação, que corresponde à mistura de, por exemplo, genes de um vírus que infecta seres humanos com genes de vírus que infectam outros animais, como aves. A gravidade da infecção vai se atenuando à medida que a população vai sendo imunizada, seja por vacinas ou pelo quadro clínico gripal propriamente dito.

REFERÊNCIAS

MACHADO, A. A. Infecções pelo vírus Influenza A (H1N1) de origem suína: como reconhecer diagnosticar e prevenir.

Volume 31, Number 2, ^a Mary Ann Liebert, Inc, 2018. HYUNSUH, K, WEBSTER, R. G, and WEBSTER, R. J. Influenza Virus: Dealing with a Drifting and Shifting Pathogen.

Revista APS, v.10, n.2, p. 210-216, jul./dez. 2007. RODRIGUES, F. B, FARIAS, F., TAKARA, G., PAVIN, L., SENA, L., NASCIMENTO, M., POMPILO, M., DE SOUSA, C. P. VIRUS INFLUENZA E O ORGANISMO HUMANO 67, 1006–1015. Medical Hypotheses, (2006). BROXMEYER, L. Bird flu, influenza and 1918: The case for mutant Avian tuberculosis.

Capítulo 6



10.37423/250209647

CUIDANDO DE QUEM CUIDA RELATO DE EXPERIÊNCIA GRUPAL JUNTO A ESTAGIÁRIOS DA SAÚDE

Isabelle Milet Crocia

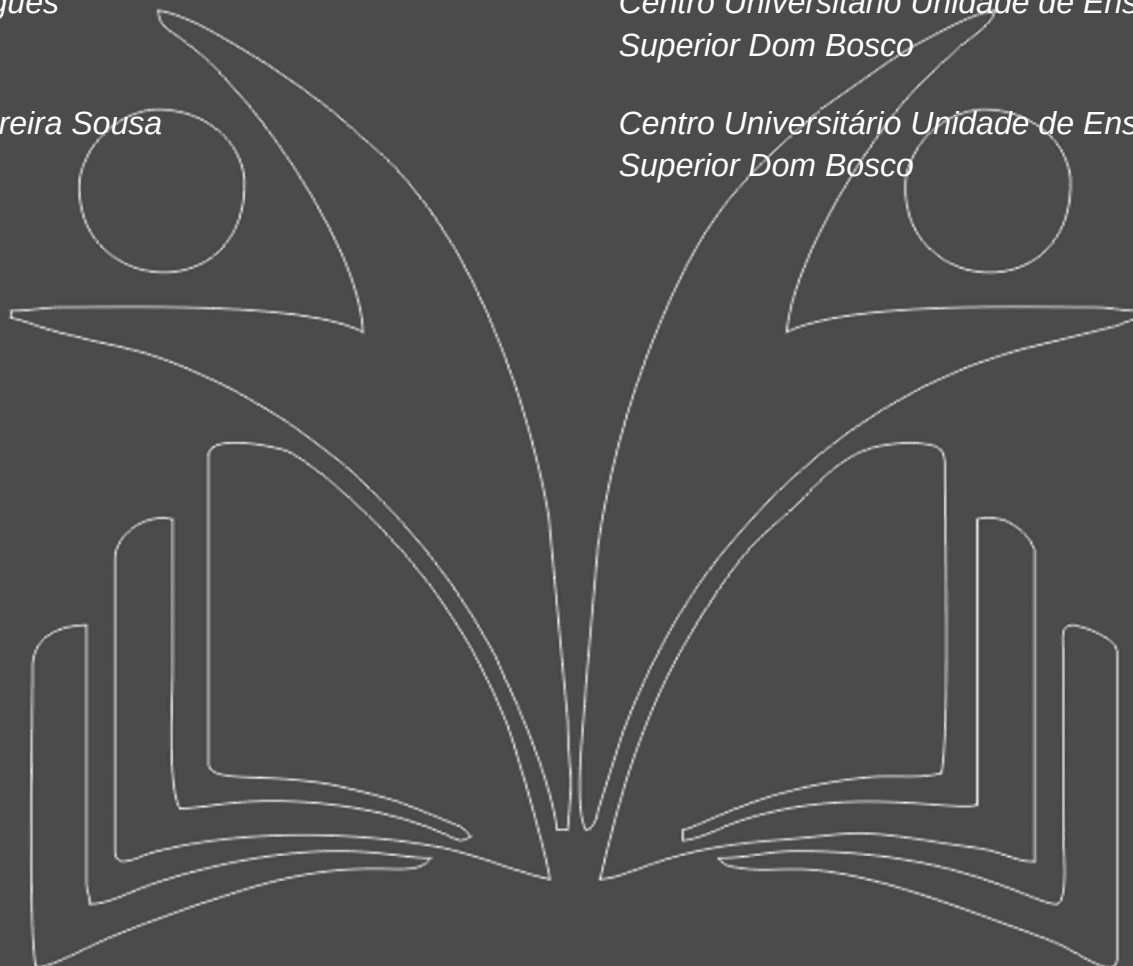
*Centro Universitário Unidade de Ensino
Superior Dom Bosco*

Julia Rodrigues

*Centro Universitário Unidade de Ensino
Superior Dom Bosco*

Renato Ferreira Sousa

*Centro Universitário Unidade de Ensino
Superior Dom Bosco*



Resumo: Este artigo tem como objetivo apresentar o levantamento das necessidades de cuidados dirigidos aos estudantes-estagiários da área saúde de uma IES em São Luís-MA, focado na prevenção e promoção da saúde mental. Acolher e intervir junto às demandas psicológicas apresenta-se como estratégia positiva para o estudante (visto que pode mobilizar segurança e tranquilidade), bem como para os usuários do serviço (que acessam um serviço qualificado técnica e humanamente). O grupo utilizou procedimentos de dinâmicas de grupo, rodas de conversas e escuta ativa, abordando temas de autoconhecimento pelo reconhecimento mútuo.

Palavras-chave: Acolhimento. Estagiários. Saúde mental. Psicologia.

1 INTRODUÇÃO

O grupo de acolhimento a estagiários de saúde nasceu em 2022 como proposta de estagiários do curso de psicologia com o objetivo de promover um espaço de acolhimento a estagiários de outros cursos da área da saúde, estimulando-o a buscar ajuda e a fomentar o autocuidado, não apenas para prevenir doenças, mas principalmente para promover saúde. O papel do estagiário de psicologia é de identificar demandas psicológicas (tais como medo e ansiedade) relacionadas à experiência de estágio e partir daí, intervir junto às demandas identificadas, propor ações de educação permanente com foco no cuidado humanizado e sensibilizar para a importância das relações interpessoais (empatia, comunicação e inteligência emocional) no trabalho em saúde.

Atuar com teoria e prática de forma gradual, sob o olhar atento da supervisora de estágio, pode permitir potencializar confiança e segurança necessárias do desenvolvimento de habilidades e competências que se pretende adquirir durante o estágio, corroborando assim com as razões apresentadas pelo Parecer do CRP-SP em 2011:

[...] a prática da psicologia, construída no campo do estágio, tem ampla e total atenção do professor orientador, mas primando-se por uma prática não tutelada, fundamentada em princípios e compromissos com o desenvolvimento da autonomia do psicólogo em formação, reflexão crítica do exercício da psicologia, a partir do contexto social em que se insere. Nessa perspectiva, tanto o professor orientador como o supervisor em campo, deverão incentivar a formação autônoma, crítica e relacionada a cada realidade local, bem como favorecer o exercício de competências e habilidades com maior complexidade. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

Dessa forma, além das habilidades técnicas que são aperfeiçoadas durante a prática curricular, o aluno também pode ampliar o pensamento crítico e reflexivo, contribuindo para o entendimento dos processos de saúde mental dos público-alvo e profissionais que atuam diretamente no cuidado com o outro.

No contexto universitário, ansiedade e estresse costumam comparecer como sintomas importantes e que podem acarretar em prejuízos na qualidade de vida e no desempenho do indivíduo. Com relação ao estresse, tem sido demonstrado, que tal sintoma no profissional de saúde influi no bem-estar físico dos pacientes.

Níveis elevados de estresse e ansiedade acarretam prejuízos na qualidade de vida e no desempenho profissional do indivíduo. Com relação a este último aspecto, tem sido demonstrado, por exemplo, que o estresse do profissional de saúde influi no bem-estar físico dos pacientes (Alesii, Damiani e Pernice, 2005 *apud*, Lantyer et al, 2016, p.6).

Assim, para fazer frente ao manejo das demandas surgidas nas sessões, o grupo de estagiárias de psicologia e supervisora de estágio, optaram por trabalhar através da escuta ativa, da roda de conversa sobre temas como: a importância do autocuidado, o autoconhecimento, a motivação, a matriz SWOT e a hierarquia das necessidades de Maslow.

2 OBJETIVO

Promover um espaço de acolhimento a estagiários de outros cursos da área da saúde, estimulando-o a buscar ajuda e a fomentar o autocuidado.

3 METODOLOGIA

Este trabalho envolveu um grupo de estagiárias de psicologia que atuaram como facilitadoras para um grupo de estagiárias de outro curso de saúde. Foram realizados três encontros, cada um com duração média de 1,5 horas.

Os encontros ocorreram semanalmente no prédio do Serviço-Escola de uma IES e contaram com participação entre 05-10 convidadas. As atividades foram planejadas pelas estagiárias de psicologia em colaboração com a supervisora de estágio, que é psicóloga. A abordagem direcional, focada na resolução de problemas e no momento presente, demandou uma postura ativa dos estagiários de psicologia na facilitação das experiências propostas e no processo de reinterpretar a realidade por parte das convidadas.

No 1º encontro, apresentamos a proposta e obtivemos aceitação unânime de participação. Utilizamos um barbante de 3,5m, um tablet e slides em *powerpoint*. Realizamos a dinâmica da Teia para nos apresentarmos, promover interação, estimular o trabalho em equipe e quebrar o gelo. Em seguida, apresentamos as informações do programa, terminando com uma reflexão sobre a importância do autocuidado para cada uma.

No 2º encontro, com a participação de todas, iniciamos com a dinâmica “1, 2, 3” para quebrar o gelo e gerar muita risada. Em seguida, abrimos a roda de conversa com reflexões, como: O autocuidado faz sentido pra você? O seu estágio gera demandas emocionais? O que te motiva na vida pessoal e profissional? Você conhece seus pontos fortes e fracos?

No 3º encontro, começamos com uma atividade que envolveu uma pirâmide desenhada no chão. Perguntamos às convidadas que tipo de necessidade não estava sendo atendida no presente e, à medida que descreviam, pedimos que se posicionassem em diferentes escalas da pirâmide. Em seguida, apresentamos a classificação das necessidades e como elas influenciam nossas vidas. Finalizamos com uma devolutiva, pois o período de estágio havia terminado para aquele grupo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista que as estagiárias da saúde chegavam ao grupo de acolhimento após a supervisão de estágio, já relatando cansaço, a dinâmica favorecia imensamente a interação do grupo, atingindo o objetivo de quebrar o gelo e abrir um espaço de construção coletiva e bilateral. Ao fim da dinâmica, observávamos que as participantes convidadas estavam mais à vontade, soltas e comunicativas em comparação ao momento inicial da vivência proposta.

No decorrer da exposição da proposta, as perguntas foram surgindo, assim como a apresentação de queixas, como: ansiedade gerada pela aproximação da conclusão do curso ou inseguranças surgidas no trato com os pacientes, estresse ocasionado pelo contexto universitário e/ou fora dele, possibilitando-nos assim, acessar a pessoa que fala.

Através das falas e da escuta ativa, abriu-se um espaço para estabelecer *rapport*. Outrossim, no procedimento da roda de conversa, o grupo evoca a identificação das dificuldades trazidas pelo outro, que traz como consequência o despertar da empatia. Sampaio et.al (2014, p. 1301) assinalam que:

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de sentido – saberes – sobre as experiências dos partícipes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se implicam, dialeticamente, como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso.

Portanto, é possível constatar que a roda de conversa proporciona mais do que uma aprendizagem significativa, ela propõe a reflexão crítica e impulsiona o diálogo, assumindo os riscos, desafios e mudanças individuais e coletivas, através do reconhecimento mútuo.

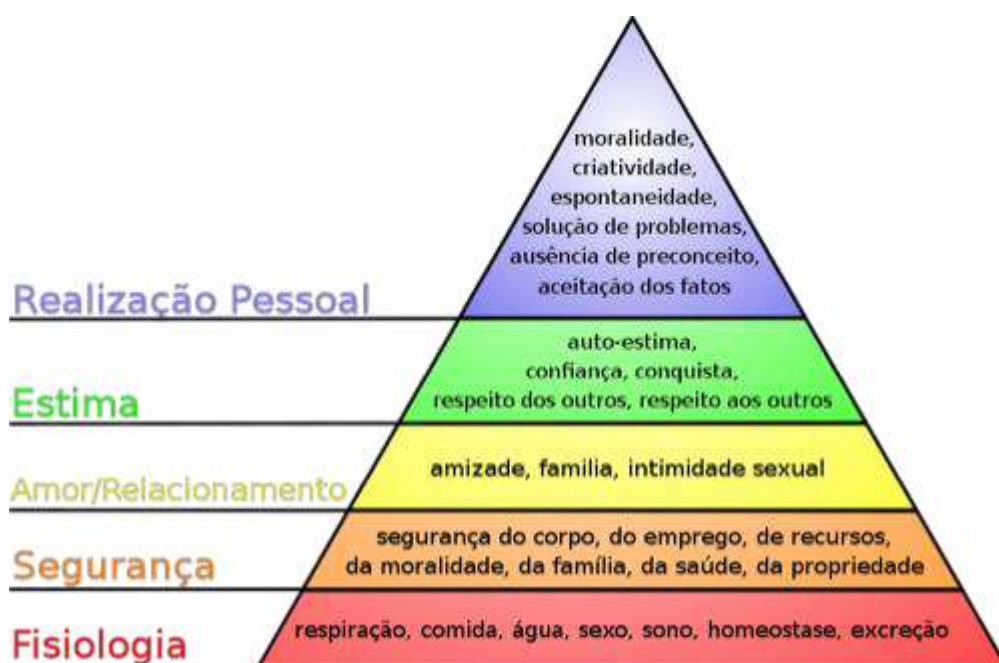
No segundo encontro, a abertura com a dinâmica foi eficaz em proporcionar momentos de descontração. Durante a roda de conversa, para promover o autoconhecimento, pedimos que as participantes listassem suas forças e fraquezas, utilizando a análise SWOT, que visa identificar habilidades e competências, bem como reconhecer áreas que precisam de desenvolvimento. Essa abordagem permite que o indivíduo se conheça melhor e identifique o que é necessário para superar desafios, fortalecer suas competências, alcançar metas, enfrentar ameaças e aproveitar oportunidades.

À medida que uma convidada compartilhava suas dificuldades, superações, pontos fortes e fracos, e oportunidades, outras se sentiam mais à vontade para compartilhar suas próprias experiências, reconhecendo-se nas histórias compartilhadas. Algumas das ameaças mencionadas incluíam a

autocobrança, dificuldades na comunicação com os clientes, insegurança na prática profissional e falta de tempo para atividades de lazer e necessidades fisiológicas, como o sono.

No terceiro encontro, com base nas demandas apresentadas na intervenção anterior, optamos, em conjunto com a supervisora de estágio, por abordar a pirâmide de Maslow. Além de estimular a expressão de suas necessidades e desejos, a dinâmica e exposição propôs a identificação do que as motiva na vida, provocando a autopercepção e ampliação da compreensão de situações trazidas por elas mesmas, a exemplo: para que se tenha um bom desempenho criativo na produção do TCC, é necessário suprir a necessidade de sono, ter um local seguro e adequado para produção textual.

Nosso objetivo era auxiliar as convidadas a compreender o ciclo dinâmico da vida, usando a explicação representada na Figura 1 - uma pirâmide baseada na hierarquia das necessidades de Maslow.



Fonte: wikipedia

De acordo com Maslow, apenas as necessidades que não são satisfeitas atuam como força motivadora. Quando é gratificada ou atendida, a necessidade consecutiva na hierarquia passa a determinar o comportamento do indivíduo (1954 *apud* Cavalcanti et al., 2019, p. 3).

Finalizada a atividade proposta, a devolutiva trazida pelas convidadas foram de que os encontros promoveram importância para a união de grupo, provocando o alcance de uma maior compreensão sobre as fragilidades da colega, o reconhecimento mútuo através da escuta do outro e o aprendizado de uma postura de não julgamento do outro.

5 CONCLUSÃO

Durante a construção das intervenções, os temas abordados nos encontros com as estagiárias foram muito relevantes e despertaram interesse nas convidadas. Isso foi positivo, pois as estagiárias aderiram bem ao projeto.

As atividades promoveram o autoconhecimento e ofereceram um ambiente de escuta sem julgamentos. Além disso, permitiram às estagiárias de psicologia aplicar a teoria à prática, conforme recomendado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação de psicólogos.

Os resultados superaram as expectativas da equipe de psicologia, apesar do tempo relativamente curto de trabalho com o grupo. Isso exigiu tanto o conhecimento teórico quanto o uso de recursos cognitivos e emocionais para lidar com as novas situações. Em resumo, o grupo de acolhimento criou um ambiente propício para aprender e aplicar recursos cognitivos e comportamentais alternativos e oferecer ferramentas aos usuários para lidar com emoções negativas.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A. A. N. M; DALTRO, Mônica Ramos; DANON, C. A. F. A escuta clínica: um instrumento de intervenção do psicólogo em diferentes contextos. *Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador-BA, v. 1, n.1, p. 87-100, dez./2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283747061_A_ESCUTA_CLINICA_UM_INSTRUMENTO_DE_INTERVENCAO_DO_PSIKOLOGO_EM_DIFERENTES_CONTEXTOS. Acesso em: 29 out. 2023.

CAVALCANTI et al. Hierarquia das Necessidades de Maslow: Validação de um Instrumento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, João Pessoa-PB, v. 39, n. 1, p. 1-13, jul./2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/pcp/a/X4Cm9CPhzCCSxzGfZ9TBVzh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20abordagem,pertencimento\)%2C%20es tima%20e%20autorrealização](https://www.scielo.br/j/pcp/a/X4Cm9CPhzCCSxzGfZ9TBVzh/?format=pdf&lang=pt#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20abordagem,pertencimento)%2C%20es tima%20e%20autorrealização). Acesso em: 27 out. 2023.

CFP.ORG.BR. Revisão das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/07/RELA_TÓRIO-FINAL-REVISÃO-DAS-DIRETRIZES-CURRICULARES-NACIONAIS-PARA-OS-CURSOS-DE-GRADUAÇÃO-EM-PSICOLOGIA.pdf. Acesso em: 29 out. 2023.

ELIAS, Israel. Dinâmica 1, 2, 3 para quebrar o gelo e gerar muita risada. Youtube, 28 de out. de 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=B-KYfpNpcZs> . Acesso em: 27 de set. de 2023.

HESKETH, José Luiz; COSTA, M. T. P. M. Construção de um instrumento para medida de satisfação no trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro-RJ, v. 20, n. 3, p. 59-68, jul./1980.

J. Finkelstein. Pirâmide baseada na hierarquia das necessidades de Maslow. 2012.1 gráfico. 320 x 209 pixels. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Hierarquia_de_necessidades_de_Maslow. Acesso em: 27 de set. de 2023.

J, S. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*, Botucatu-SP, v. 18, n. 2, p. 1299-1312, mar./2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dGn6dRF4VHzHQJyXHNSZNND/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2023.

LANTYER, A. D. S. et al. Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes Universitários Ingressantes: Avaliação e Intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo-SP, v. 8, n. 2, p. 4-19, fev./2016. Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/880/476>. Acesso em: 29 out. 2023.

MAIANA; JURKIEWICZ, Jugend And; RACHEL. A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação. *SBPH*, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 1, p. 3-21, jan./2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n1/v15n1a02.pdf>. Acesso em: 28 out. 2023.

MORIN, Edgar. Introdução ao pensamento complexo. 1. ed. Porto Alegre-RS: Sulina, 2005. p. 1-120.

Capítulo 7



10.37423/250209649

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL, 2022.

Paulo Filipe Silva Siqueira

*Universidade Federal de Juiz de Fora -
Campus Governador Valadares*

Amanda de Souza Cirico

*Universidade Federal de Juiz de Fora -
Campus Governador Valadares*

Sílvia José Santana

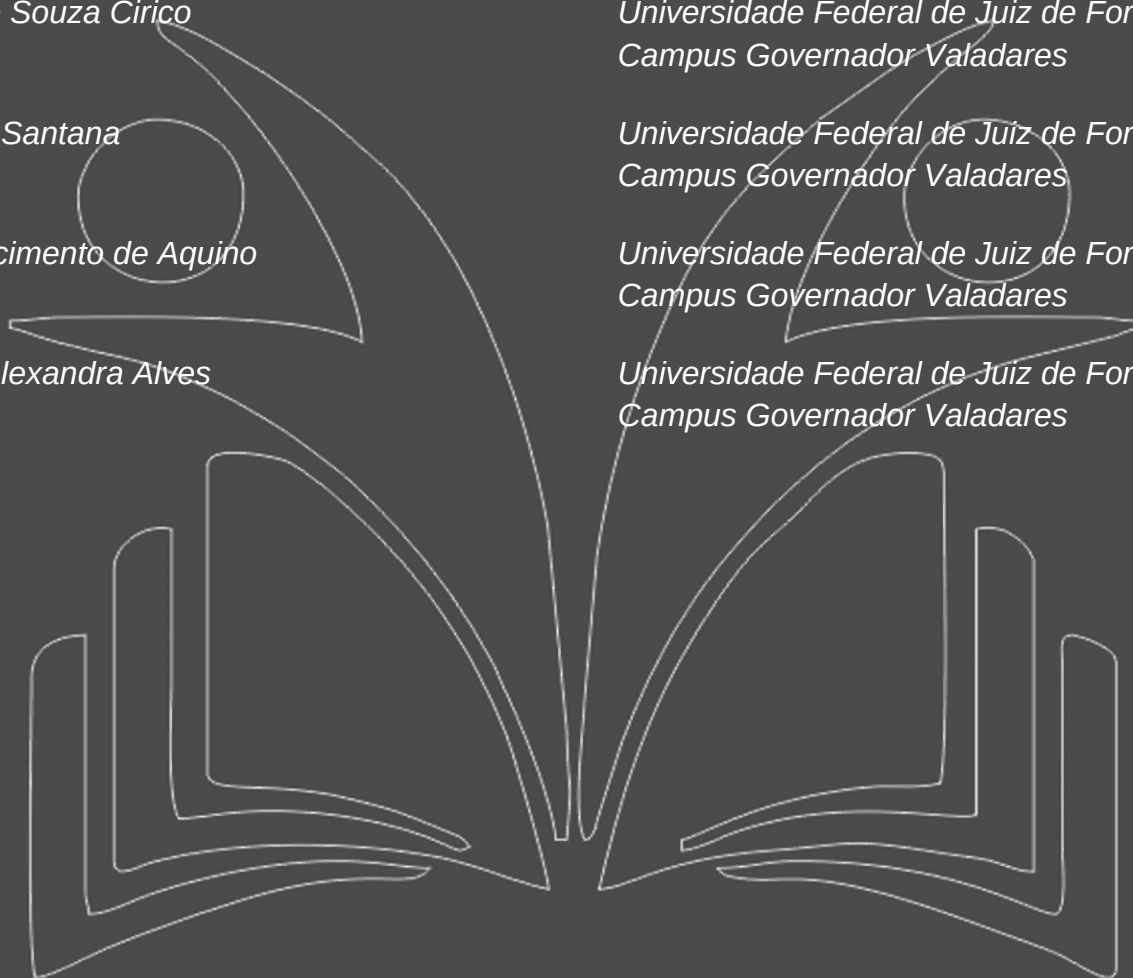
*Universidade Federal de Juiz de Fora -
Campus Governador Valadares*

Sibele Nascimento de Aquino

*Universidade Federal de Juiz de Fora -
Campus Governador Valadares*

Waneska Alexandra Alves

*Universidade Federal de Juiz de Fora -
Campus Governador Valadares*



Resumo:

Objetivo: avaliar o sistema de autorregulação formativa territorial que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames, com proposta de otimizar a comunicação entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e os demais pontos de atenção, utilizado no estado do Espírito Santo no ano de 2022. **Métodos:** foi realizado um estudo de avaliação em saúde adaptado das diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* constantes no *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group*. **Resultados:** o sistema se apresentou como oportuno e flexível, exigindo melhorias quanto à aceitabilidade. **Conclusão:** os atributos avaliados do sistema ratificam sua importância como ferramenta para qualificar a rede de saúde e apontam fragilidades passíveis de solução através de políticas públicas.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Avaliação em Saúde. Níveis de Atenção à Saúde. Comunicação em Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, "Lei Orgânica da Saúde", como forma de concretizar o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado. Neste documento estabeleceu-se que as ações e serviços públicos de saúde devem seguir as diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária. Ademais, devem obedecer a princípios como igualdade da assistência à saúde, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, além de acesso universal e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência^{1,2}.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiu como uma proposta de organizar e integrar o sistema de atenção à saúde de maneira a atender às necessidades de saúde da população brasileira com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, respeitando as diretrizes e princípios do SUS³. As RAS são sistematizadas de maneira a ofertar os serviços do SUS através de pontos de atenção à saúde organizados e que possibilitem a continuidade e a integralidade do cuidado em seus diferentes níveis, estando a atenção primária à saúde (APS) centrada e assumindo a função de ordenadora do cuidado com relação à atenção especializada (AE), formada pelos níveis secundário e terciário³⁻⁵.

O sistema organiza-se pelos três níveis de complexidade conforme a oferta tecnológica, sendo que estes devem se comunicar e articular de maneira harmoniosa⁶. A atenção primária exerce o papel de porta de entrada no sistema, com ações focadas na promoção de saúde, prevenção e proteção de doenças e agravos. Este nível funciona como um complexo modelo estruturado em atributos essenciais, tais como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e derivados, tais como competência cultural e orientação familiar e comunitária⁷. Já a atenção secundária é ofertada em centros de saúde, policlínicas e pequenos hospitais, englobando atividades que requerem profissionais especializados e equipamentos de maior complexidade. E, por fim, o nível terciário, desenvolvido em grandes hospitais, que exige profissionais altamente especializados e equipamentos de alta densidade tecnológica, demandando maior custo para o serviço público⁶.

Para que ocorra a coordenação do cuidado é necessário que ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção estejam integrados, além da necessidade de mecanismos e instrumentos que permitam que os profissionais planejem a assistência, definam fluxos, troquem informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciem, realizem a contrarreferência e

monitorem pacientes com diferentes necessidades de saúde, de modo a contribuir para integralidade do cuidado⁸.

Entretanto, a literatura demonstra fragilidades comunicacionais entre profissionais da atenção primária e especializada, apontando que o entendimento sobre o papel do médico da APS é incompleto e sua prática muitas vezes é vista com desconfiança ou não compreendida por especialistas⁹⁻¹². É citada ainda a falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços, indicando o desconhecimento sobre os serviços da rede, a carência de educação permanente e a falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que resulta em grandes obstáculos no processo de assistência à saúde^{12,13}.

Nesse cenário, em 2020 foi implantado no estado do Espírito Santo (ES) o processo de Autorregulação Formativa Territorial (ARFT) através de um sistema eletrônico institucional que permite monitorar os encaminhamentos e as solicitações de exames e com isso agilizar, além de qualificar, a comunicação entre os profissionais que atuam na APS e os demais pontos de atenção do território capixaba¹⁴. Entretanto, deve haver também a avaliação desses sistemas que integrem e qualifiquem a comunicação entre a APS e a AE de maneira a permitir o acompanhamento do itinerário do usuário e a resolutividade de sua demanda dentro de todo o sistema de saúde⁵. Ademais, a avaliação do sistema implementado pode fornecer informações sobre a qualidade de seu funcionamento e manutenção, como também demonstrar necessidades de modificações, justificativas para o recurso investido e utilização dos resultados obtidos para utilidade pública e de gestão¹⁵. Assim, o presente artigo teve como objetivo avaliar a oportunidade, a flexibilidade e a aceitabilidade do sistema de ARFT no Espírito Santo, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, no ano de 2022.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de avaliação em saúde no sistema de ARFT do Espírito Santo para o ano de 2022. Por não existirem diretrizes nacionais e internacionais direcionadas a avaliação de sistemas similares ao ARFT decidiu-se por adaptar os atributos qualitativos e quantitativos das diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos (CDC), constantes no *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group*. Essa diretriz é reconhecida internacionalmente para analisar a eficiência e qualidade dos sistemas de vigilância e sua aplicação fortalece a tomada de decisões em saúde pública, promovendo a otimização dos recursos e a melhoria dos serviços em saúde¹⁶.

O estado do Espírito Santo está localizado na região sudeste do Brasil, com população estimada em aproximadamente 3,8 milhões de habitantes, possuindo uma rede de serviços de saúde com hospitais, centros de saúde e postos de atendimento que visam atender às necessidades de saúde da população, em que a disponibilidade e a qualidade dos serviços podem variar entre as diferentes regiões¹⁷.

O estado é pioneiro na implantação de um sistema, como a ARFT, que qualifica a comunicação entre os profissionais que atuam na APS e os demais pontos de atenção estadual, sendo relevante a sua avaliação já nos anos iniciais de implementação.

O sistema ARFT foi instaurado em 2020, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, organizando a rede de cuidados com base nas necessidades locais. O sistema procura promover uma distribuição equilibrada dos serviços, evitando sobrecarga em algumas unidades e ampliando a capacidade de resposta de acordo com a demanda real de cada região. O ano de 2021 representou um período de transição e de intensa capacitação dos profissionais de toda a RAS para o uso e a utilização correta do sistema. Assim, definiu-se como período de estudo o ano de 2022, visando a maior consistência dos dados e a minimização de possíveis vieses.

A avaliação do sistema de ARFT foi norteadada pela análise de um atributo quantitativo (oportunidade) e dois atributos qualitativos (flexibilidade, aceitabilidade), sendo esses:

- “Oportunidade”: estabelecida pelo tempo decorrente entre a “data de marcação” e a “data da agenda”, ou seja, a velocidade com que os dados são coletados, processados e disponibilizados para os usuários¹⁶, de acordo com a devolutiva de agendamento do item solicitado em até 03 (três) meses, sendo classificado de acordo com a proporção a seguir: $\geq 90\%$ (excelente), $\geq 70\%$ e < 90 (regular) e se $< 70\%$ (ruim)^{18, 19};
- “Flexibilidade”: capacidade do sistema em se adaptar às mudanças decorrentes das necessidades de informação ou para aprimoramento de suas condições operacionais, como novos exames, especialidades, setores e/ou unidades solicitantes, avaliado através do quantitativo de atualizações ocorridas no sistema ao longo do período estudado, sendo classificado como flexível, tal como no artigo acerca do Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial de Paula et al. (2017), caso o número de atualizações seja igual ou superior a 05 (cinco) ao ano, ou inflexível, se inferior²⁰;
- “Aceitabilidade”: é a adesão ao sistema pelos profissionais através do tempo da devolutiva de aceitação do item solicitado em até 72 horas, conforme proposto pela plataforma, sendo analisado

“data da solicitação” e “data de marcação” e considerado como: excelente se $\geq 80\%$, regular se entre 50 e 79% e ruim se $< 50\%$ 14,21;

Foi utilizada a base de dados estadual disponibilizada pela Coordenação do Projeto de Regulação Formativa da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do ES22, contendo informações das solicitações de exames complementares e encaminhamentos de pacientes para especialistas e outros serviços de saúde da RAS capixaba.

Para este estudo foram coletadas as seguintes variáveis: (1) número de encaminhamentos e solicitações de exames complementares; (2) unidades solicitantes por município; (3) data da solicitação do encaminhamento e solicitação de exame; (4) item de agendamento; (5) data de marcação (quando o regulador recebe a solicitação e realiza o agendamento) e agendamento (data para a consulta com o especialista ou realização do exame); e (6) situação da solicitação. Os dados nominais dos pacientes ou profissionais foram omitidos antes do envio da planilha aos pesquisadores. Para análise dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel® 2016.

A base de dados incluiu 869 unidades solicitantes de todos os níveis de atenção à saúde do ES cadastradas no sistema, cujos dados foram registrados por profissionais da saúde para solicitação do item de agendamento no período de 01 de janeiro de 2022 a 31 de dezembro de 2022.

Considerando as diferentes particularidades de tipo de solicitação e tempo entre os diversos locais dos níveis primário, secundário e terciário, considerou-se apenas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) da APS. Assim, foram excluídos do estudo: ambulatórios/centros de especialidade, policlínicas, hospitais, hemocentros, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), associações, superintendências regionais de saúde, unidades indígenas, unidades rurais, unidades sanitárias, centros prisionais, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua, entre outros. Além disso, das 630 unidades restantes, também foram excluídas as que continham solicitações apenas a partir de junho de 2022, para evitar selecionar unidades recém inseridas no sistema e, portanto, que pudessem enviesar o estudo por dificuldades/falhas de inserção de informações, sendo identificadas 09 (nove) unidades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, parecer 5.790.299 conforme Resolução Nº466/2012 e a Norma Operacional nº 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Como resultado da avaliação do atributo oportunidade (tempo entre a “data de marcação” e a “data da agenda”) observou-se mediana de 13 dias com amplitude de 256 dias. 97,6% dos registros avaliados realizaram o agendamento em até 3 meses, sendo o atributo classificado como excelente.

Por se tratar de um sistema relativamente novo, em 2022 foram efetuadas 10 (dez) atualizações visando atender as necessidades e a realidade dos serviços de saúde capixaba. Isso permitiu que o sistema se adequasse, ou seja, fosse flexível às novas necessidades do serviço e do profissional que o utiliza, como a incorporação do campo de classificação de prioridade da solicitação, ampliação de setores vinculados ao sistema, inserção de novos exames complementares e especialidades, assim como facilidades operacionais para acesso às informações pelo profissional.

A aceitabilidade é a devolutiva, pelos profissionais que usam o sistema, em até 72 horas. A mediana foi de 24 dias e a amplitude de 387 dias. Assim, apenas 18,8% dos registros atenderam o tempo máximo avaliado, sendo o sistema classificado como ruim para o atributo.

DISCUSSÃO

O Sistema Autorregulação Formativa Territorial implantado no Espírito Santo tem atendido parcialmente a função de melhorar a gestão e a qualidade da atenção à saúde na região, promovendo a descentralização dos serviços de saúde. Esse modelo de gestão da informação visa garantir que os recursos e serviços de saúde sejam mais bem distribuídos, atendendo de forma mais equitativa às necessidades da população capixaba promovendo ainda maior autonomia da APS.

Em 2022, o sistema ARFT esteve implantado em todos os 78 municípios do estado, sendo que pelo menos uma unidade de saúde de cada município realizou alguma solicitação de item de agendamento. Esta avaliação ocorreu a partir dos dados de solicitação de 36,9% das USB capixabas²³.

A ARFT tem ainda como propósito possibilitar a comunicação e interação entre os profissionais de diferentes níveis da atenção à saúde e facilitaria o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais. Com isso, consequentemente, propicia o aumento da resolutividade do SUS no estado através da redução do tempo de espera e oferta de um atendimento mais qualificado e integral aos seus usuários¹⁴. No entanto, quando analisada a coordenação da informação e da gestão clínica entre a APS e AE na vivência de médicos, é possível identificar limitada articulação do cuidado na RAS, sem troca de informações sobre diagnóstico, tratamento e exames¹².

A ARFT foi fortalecida pela Portaria Nº 102-R, de 20 de maio de 2021, que dispõe em seu art. 4º, inciso I, como pertencente à organização da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde do Espírito Santo:

Autorregulação formativa territorial - forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção básica e especializada, em uma rede de petição e compromisso matricial e territorial com técnicos de referência e serviços de referência designados, que organizam e definem uma cadeia do cuidado implicando o âmbito da atenção primária, cuidados especializados e hospitalares²⁴.

A contribuição do sistema ARFT é direcionada tanto para os profissionais quanto para o usuário, pois permite agilidade e fortalecimento da coordenação do cuidado mediante o diálogo contínuo e aproximação entre os profissionais e setores da RAS estadual, com a utilização de um mesmo sistema de informação e compartilhamento de dados tais como sintomas, resultados de exames e medicações prescritas. Com isso, é possível evitar deslocamentos desnecessários do indivíduo e, caso seja imprescindível sua ida ao especialista ou serviço de saúde, o agendamento é realizado no próprio sistema, o que resulta em robusta estratégia para a manutenção da longitudinalidade, com acompanhamento do itinerário do paciente e adequado manejo clínico em conjunto do usuário¹⁴.

O sistema eletrônico é preenchido de forma online, exigindo internet para seu acesso e utilização. É operacionalizado pela SESA do Espírito Santo em parceria com outras instituições. Os dados são alimentados por gestores e profissionais dos diferentes setores do SUS, cadastrados e vinculados conforme local de atuação, tendo acesso consonante à sua respectiva função. Assim, a ARFT passa a favorecer também gestores de saúde ao proporcionar a análise das maiores necessidades e barreiras do usuário ao serviço, como levantamento de dados como tempo de marcação e agendamento de consultas e exames complementares, especialidades mais requisitadas, demandas represadas, necessidade de qualificação de profissionais, entre diversas outras informações que influenciem em decisões de ações em saúde. Somado a isso, tem-se que o sistema de ARFT apresenta uma excelente capilaridade territorial, englobando 100% dos municípios capixabas.

Os atributos avaliados foram considerados de maior prioridade a partir das características e funcionalidade do sistema de ARFT. Assim, o sistema apresenta-se oportuno, com rápido agendamento das consultas com especialistas ou exames complementares ou procedimentos, amenizando o tempo de espera do paciente.

O requisito da oportunidade se faz relevante no contexto da APS no Brasil por dar um panorama quanto à eficiência na organização e no fornecimento desse serviço para a sociedade, tema de extrema relevância para o SUS¹. Com tal parâmetro, pode-se inferir que, dependendo de como está avaliado,

seria possível analisar se o sistema de uma referida região está com acesso rápido e eficiente, se existe um acompanhamento do cuidado, ou se a capacidade de gerenciamento de situações críticas em saúde é razoável, por exemplo¹⁸.

Dessa forma, quando se observa o tempo entre a solicitação e a marcação do item solicitado, conclui-se a partir do estudo realizado que o sistema tem baixa aceitabilidade, ou seja, devolutiva de aceitação do item solicitado ultrapassando as 72 horas o que resulta na demora (mediana de 24 dias) e prolongamento do tempo do usuário no itinerário para a resolutividade do seu problema de saúde. Este obstáculo pode ser reflexo do superávit de oferta e demanda reprimida na atenção especializada, visto que o acesso à tal assistência é regulado via centrais de marcação de consultas²⁵ em um contexto multifatorial quanto à solicitação de exames complementares e encaminhamentos²⁶.

O problema da lista de espera não é exclusivo do Brasil. Outros países, como Austrália, Canadá e Nova Zelândia também buscam estratégias para enfrentá-lo, tais como transferir para a APS ações do nível especializado ou hospitalar, interconsultas com especialistas consultores, capacitações, uso de protocolos com critérios clínicos¹¹, grandes aumentos de financiamento, além de metas de tempo de espera e sistema de gerenciamento de desempenho²⁷. Assim, experiências e parâmetros de outras populações, sistemas de saúde e/ou sistemas eletrônicos podem servir como fonte inspiradora para a melhoria da qualidade da atenção à saúde estadual e nacional.

A avaliação da flexibilidade do sistema de autorregulação de dados em um serviço de saúde evidencia sua habilidade de se ajustar às necessidades emergentes. Durante o período analisado, o sistema exibiu uma notável adaptabilidade, com dez atualizações em 2022, superando o limite mínimo estipulado, para se considerar flexível, de cinco atualizações anuais²⁰. Essas alterações possibilitaram a inclusão de novos campos, tais como a priorização nas solicitações, bem como a expansão de setores e a inclusão de novos exames e especialidades. Esta rapidez na atualização do sistema não só satisfaz as novas exigências operacionais, mas também aprimora a eficácia no acesso à informação pelos profissionais da saúde, reforçando a capacidade do serviço de responder às demandas dinâmicas do ambiente clínico. Dessa maneira, a flexibilidade do ARFT se revela um elemento fundamental para a sua efetividade e relevância na oferta de serviços de saúde de qualidade no estado do Espírito Santo.

Em resumo, o sistema de ARFT se apresentou para o ano de 2022 como oportuno e flexível todavia exige melhorias quanto a aceitabilidade. Os dados obtidos a partir de um sistema adequadamente avaliado, que agilize e qualifique a comunicação intersetorial e o acesso do usuário aos serviços ofertados pela RAS, podem ser utilizados para ações imediatas e políticas de saúde pública, com

estratégias bem definidas de priorização da alocação de recursos financeiros. Exemplo disso são as análises de especialidades, exames e procedimentos mais urgentes/requisitados, podendo-se definir tempos máximos de espera de acordo com a especificidade, além do monitoramento/fiscalização do desempenho^{11,12,27}.

Como limitações do estudo é mister ressaltar que se trata de uma primeira avaliação do sistema de ARFT. A metodologia utilizada deve ser aperfeiçoada para próximos estudos. No entanto, os resultados obtidos auxiliam no diagnóstico inicial e planejamento de melhorias, sendo imprescindível que sua avaliação seja contínua e comparativa, fortalecendo o desenvolvimento de sistemas eficazes de informação em saúde pública^{17,28}.

Destaca-se ainda a importância de mais pesquisas, políticas e ações na área da comunicação intersetorial no sistema de saúde brasileiro, além do fomento à implantação/qualificação de sistemas eletrônicos e, principalmente, à realização de constante avaliação dos mesmos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção e a proteção da saúde e outras providências*. Diário Oficial [da] União, Brasília, 1990.
2. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, [2016]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/constituicao/constituicao.asp>. Acesso em: 11 jan. 2025.
3. MENDES, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
4. CAETANO, G. *Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Michael E. Porter e Elizabeth Olmsted Teisberg. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.
5. OLIVEIRA, N. R. de C.; SANTOS, H. F. de A. C.; GARCIA, P. T.; OLIVEIRA, A. E. F. de; CASTRO JÚNIOR, E. F. de; et al. Universidade Federal do Maranhão – UNA-SUS/UFMA. *Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes*, 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2444>. Acesso em: 11 jan. 2025.
6. BLEICHER, L.; BLEICHER, T. *Saúde para todos, já!* 3. ed. EDUFBA, 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/x8xnt>. Acesso em: 11 jan. 2025.
7. STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
8. ALELUIA, I. R. S.; MEDINA, M. G.; ALMEIDA, P. F. D.; VILASBÔAS, A. L. Q. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*, jun. 2017, v. 22, n. 6, p. 1845-1856.
9. ALMEIDA, H. B. D.; VANDERLEI, L. C. D. M.; MENDES, M. F. D. M.; FRIAS, P. G. D. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. *Cad Saúde Pública* [Internet], 2021, v. 37, n. 2, e00022020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>. Acesso em: 11 jan. 2025.
10. MACEDO, L. M. D.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, dez. 2014, v. 18, n. 51, p. 647-660.
11. CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet], 2011, v. 16, n. 6, p. 2783-2794. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/17.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2025.
12. MENDES, L. dos S.; ALMEIDA, P. F. de; SANTOS, A. M. dos; SAMICO, I. C.; PORTO, J. P.; VÁZQUEZ, M.-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad Saúde Pública* [Internet], 2021, v. 37, n. 5, e00149520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>. Acesso em: 11 jan. 2025.

13. BRONDANI, J. E.; LEAL, F. Z.; POTTER, C.; SILVA, R. M. D.; NOAL, H. C.; PERRANDO, M. D. S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm* [Internet], 28 mar. 2016, v. 21, n. 1. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350>. Acesso em: 11 jan. 2025.
14. INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi. Autorregulação formativa territorial (ARFT), 2023. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/autorregulacao-formativa-territorial-arft>. Acesso em: 11 jan. 2025.
15. BARBOSA, J. R.; BARRADO, J. C. D. S.; ZARA, A. L. D. S. A.; SIQUEIRA, J. B. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. *Epidemiol Serv Saúde*, mar. 2015, v. 24, n. 1, p. 49-58.
16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. *MMWR Recomm Rep*, jul. 2001, v. 50, n. RR-13, p. 1-35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. Acesso em: 11 jan. 2025.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Espírito Santo 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
18. PATERSON, W.; BARKUN, A.; HOPMAN, W.; LEDDIN, D.; PARÉ, P.; PETRUNIA, D.; et al. Wait times for gastroenterology consultation in Canada: The patients' perspective. *Can J Gastroenterol*, jan. 2010, v. 24, n. 1, p. 28-32.
19. SILVA, G. D. M. da; BARTHOLOMAY, P.; CRUZ, O. G.; GARCIA, L. P. Avaliação da qualidade dos dados, oportunidade e aceitabilidade da vigilância da tuberculose nas microrregiões do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet], out. 2017, v. 22, n. 10, p. 3307-3319. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.18032017>. Acesso em: 11 jan. 2025.
20. PAULA, F. J. de; MATTA, A. S. D. da; JESUS, R. de; GUIMARÃES, R. P.; SOUZA, L. R. de O.; BRANT, J. L. Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL: Avaliação de uma ferramenta para a vigilância sentinela de síndrome gripal, Brasil, 2011-2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet], abr. 2017, v. 26, n. 2, p. 339-348. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200011>. Acesso em: 11 jan. 2025.
21. SILVA, A. A. da; TEIXEIRA, A. M. da S.; DOMINGUES, C. M. A. S.; BRAZ, R. M.; CABRAL, C. M. Avaliação do Sistema de
Vigilância do Programa Nacional de Imunizações - Módulo Registro do Vacinado, Brasil, 2017. *Epidemiol Serv Saúde*, 26 mar. 2021, v. 30, e2019596.
22. PIROLA, PRV. Coordenação do Projeto de Regulação Formativa. *Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi*. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA, 2023.
23. VALE DO ITAÚNAS. Número de estabelecimentos de saúde no Espírito Santo cresce 27,5% em cinco anos. *Vale do Itaúnas*, 24 set. 2024. Disponível em: <https://www.valedoitaunas.com.br/artigo/numero-de-estabelecimentos-de-saude-no-espírito-santo-cresce-27-5-em-cinco-anos>. Acesso em: 11 jan. 2025.

24. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA. *Portaria Nº 102-R*, de 20 de maio de 2021. Secretário de Estado da Saúde Nésio Fernandes de Medeiros Junior. Protocolo 671806.
25. SOUZA, F. de OS; MEDEIROS, K. R. de; GURGEL JÚNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P. C. de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet], 2014, v. 19, n. 4, p. 1283-1293. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>. Acesso em: 11 jan. 2025.
26. FIGUEIREDO, M. F. S.; BORÉM, L. M. A.; VIEIRA, M. R. M.; LEITE, M. T. de S.; RODRIGUES, J. F. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [Internet], 2017, v. 41, n. 114, p. 729-740. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711405>. Acesso em: 11 jan. 2025.
27. WILLCOX, S.; SEDDON, M.; DUNN, S.; EDWARDS, R. T.; PEARSE, J.; TU, J. V. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Aff (Millwood)*, 2007, v. 26, n. 4, p. 1078-1087.
28. YASNOFF, W. A.; O’CARROLL, P. W.; KOO, D.; LINKINS, R. W.; KILBOURNE, E. M. Public health informatics: improving and transforming public health in the information age. *J Public Health Manag Pract*, nov. 2000, v. 6, n. 6, p. 67-75.

Capítulo 8

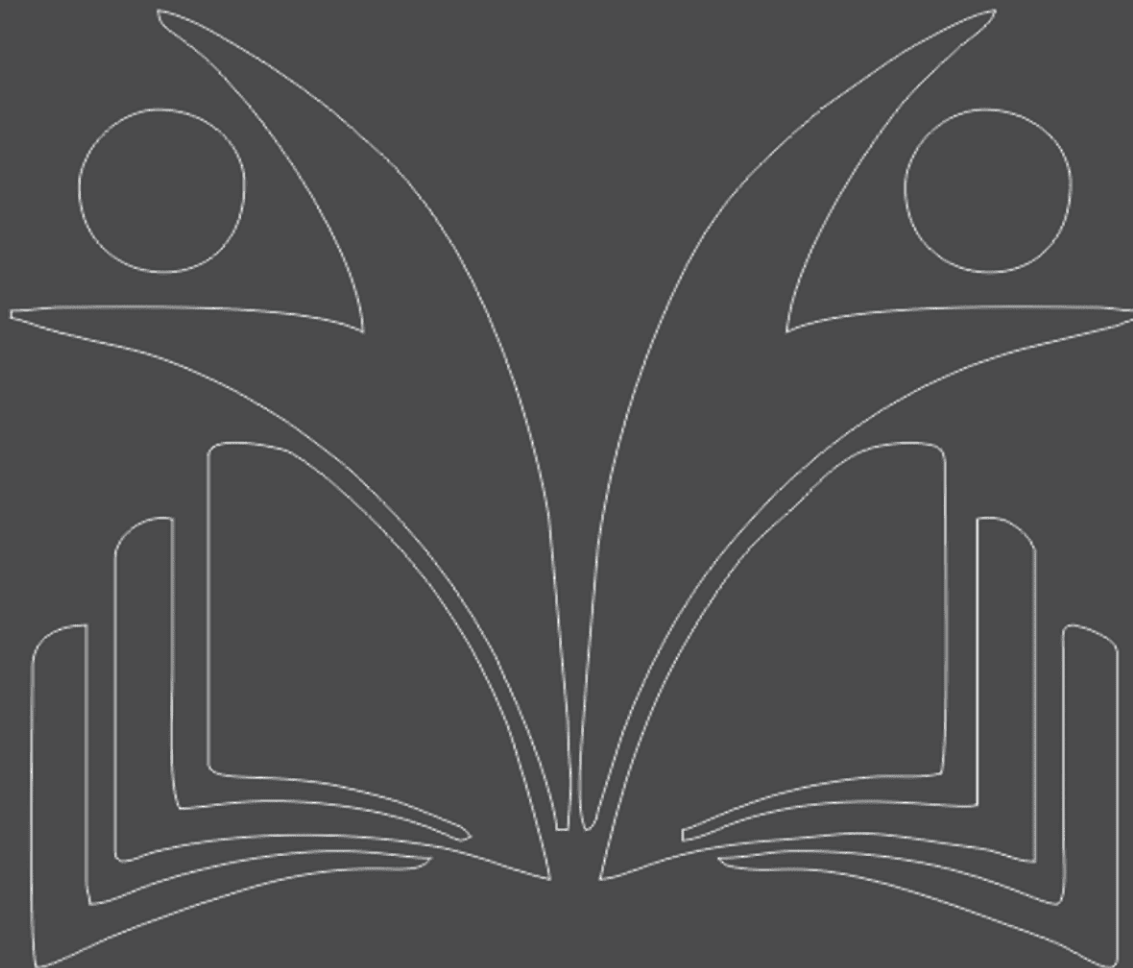


10.37423/250209650

MEDICINA E TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR: INTERVENÇÃO CONJUNTA ACERTADA NA RECUPERAÇÃO DE UMA CRIANÇA COM CRANIECTOMIA.

Fabiana Araujo Bastos Passos

*Serviço de atenção domiciliar do hospital
Clementino Moura, Socorrão 2*



CONTEXTUALIZAÇÃO:

Trata-se da abordagem conjunta médico-terapeuta ocupacional, da atenção domiciliar, programa melhor em casa de São Luís, a uma criança, sexo masculino, 10 anos, com traumatismo cranioencefálico grave, por acidente de moto no interior do Maranhão, neurosequelada, restrita ao leito, traqueostomizada e gastrostomizada. Submetida a craniectomia, usando anticonvulsivantes. Três meses hospitalizada. Admitida em domicílio emprestado em 14/12/2021, apresentando sarcopenia, tetraparesia, disartria, disfagia, e algesia em braço. Com pai e madrasta. Mãe visitante. Renda precária. Sem recursos. Evangélica. Iniciando tratamento multiprofissional semanal em 23/12/2021, pelos autores em 28/01/2022.

DESCRIÇÃO/METODOLOGIA:

Realizou-se coleta de dados por avaliação clínica ampla, leitura de prontuário, fotos, vídeos e reavaliações. Entrevistou-se no sensório-motor e percepto-cognitivo, utilizando-se materiais domésticos e manobras físicas. Observou-se labilidade emocional, resistência à profissionais mulheres, aceitação do médico(o), o qual iniciava atendimentos para acesso da terapeuta. Conflito com a mãe. Orientado medicações, atividades terapêuticas e adaptações.

PERÍODO DE REALIZAÇÃO:

De 28/01/2022 a 13/09/2022.

OBJETIVO GERAL:

Relatar a experiência conjunta em domicílio entre médico e terapeuta ocupacional na recuperação de uma criança com craniectomia.

RESULTADOS:

Após 48 dias de acompanhamento, melhorou tônus de cabeça-pescoço-tronco e receptividade. Com 69, ganho postural, cognitivo e comunicativo. Aos 112, mobilidade, equilíbrio corporal e marcha com apoio. Com 161, deambulava sem apoio e realizava atividades diárias com independência. Recebendo alta terapêutica ocupacional.

APRENDIZADOS E ANÁLISE CRÍTICA:

Fortalecer a política de humanização provoca a comunicação e participação conjunta de gestores, dispositivos, profissionais e usuários num tratamento, independente do campo de ação, mostrando êxito na promoção da saúde de neurosequeletados em domicílio. Transversalidade, acolhimento e clínica ampliada e compartilhada foram essenciais na abordagem da criança. A adesão dos responsáveis às orientações semanais, foi primordial. A intervenção conjunta médico-terapeuta ocupacional, evidenciou a relevância do elo físico-mental-funcional na recuperação de neurosequeletas, independente de tecnologias caras.

Palavras-chave: Craniectomia- intervenção conjunta- funcionalidade.

Capítulo 9



10.37423/250209654

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO NA REGIÃO SUL DO BRASIL ENTRE 2018 E 2022

Tallitha Grawnth Santos Vidal

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

João Vitor Tavares França

Hospital das Forças Armadas

Isadora Sestak Borges

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Ana Vitória Mascarenhas Sganzerla

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Laura Vitória Menezes Santos

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Leonardo Vidigal Alves

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Ana Laura de Freitas Rocha

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Breno Lucas Lima Gomes

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Letícia Rodrigues de Oliveira

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Daniele Ribeiro Duarte

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Resumo: O câncer de esôfago é uma neoplasia maligna de alta letalidade, sendo influenciado por fatores ambientais e genéticos. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da neoplasia maligna de esôfago (NME) na Região Sul do Brasil entre 2018 e 2022. Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, quantitativo e descritivo, cujos dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), através do DATASUS. Foram analisadas variáveis como faixa etária, sexo e cor/raça dos pacientes acometidos. Os resultados mostram que a Região Sul ocupou o segundo lugar em número de internações no país, totalizando 24.998 casos (28,24% do total nacional). O Rio Grande do Sul apresentou o maior número de internações (10.229 casos), seguido pelo Paraná (8.956) e Santa Catarina (5.743). A faixa etária mais acometida foi entre 60 e 69 anos (36,54%), sendo que a incidência aumenta significativamente após os 50 anos. O sexo masculino representou aproximadamente 75,8% dos casos, e a cor/raça branca foi predominante (82,4%). Conclui-se que o câncer de esôfago tem alta incidência na Região Sul, especialmente em homens acima dos 60 anos. O tabagismo e o consumo de álcool são fatores de risco importantes, reforçando a necessidade de campanhas de prevenção e rastreamento precoce.

INTRODUÇÃO

O câncer de esôfago é um dos tipos mais agressivos de neoplasias malignas, caracterizando-se por altas taxas de morbimortalidade. Sua fisiopatologia envolve processos inflamatórios crônicos, alterações genéticas e exposição a fatores carcinogênicos. A doença pode se manifestar em duas formas principais: carcinoma de células escamosas e adenocarcinoma. O carcinoma de células escamosas está fortemente associado ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool, enquanto o adenocarcinoma está mais relacionado ao refluxo gastroesofágico crônico e à obesidade. Ambos os tipos compartilham características comuns, como displasia progressiva e invasão da camada muscular do esôfago, o que favorece a disseminação metastática precoce.

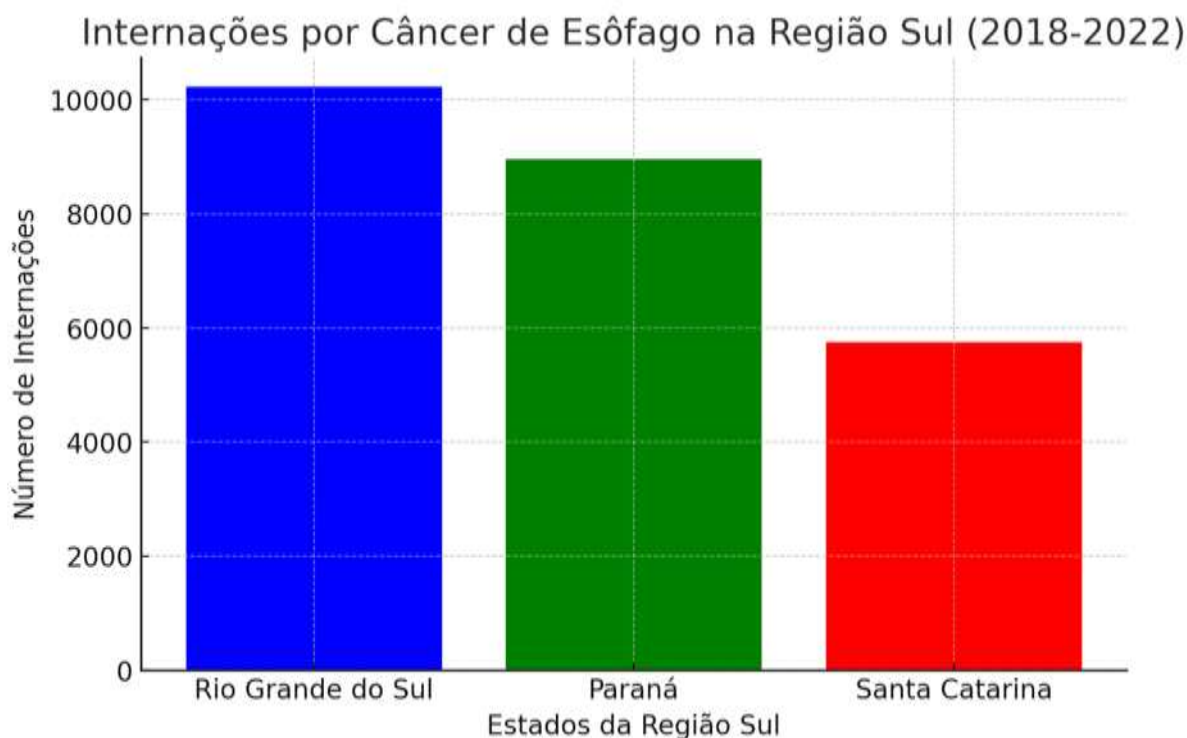
No Brasil, a doença tem expressiva incidência, especialmente em algumas regiões do país, o que pode estar relacionado a fatores de risco como tabagismo, etilismo, refluxo gastroesofágico crônico e fatores dietéticos. A Região Sul, por suas características culturais e ambientais, apresenta uma alta incidência da doença. Diante disso, este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico do câncer de esôfago nessa região, analisando dados disponíveis no SIH/SUS entre os anos de 2018 e 2022.

MÉTODOS

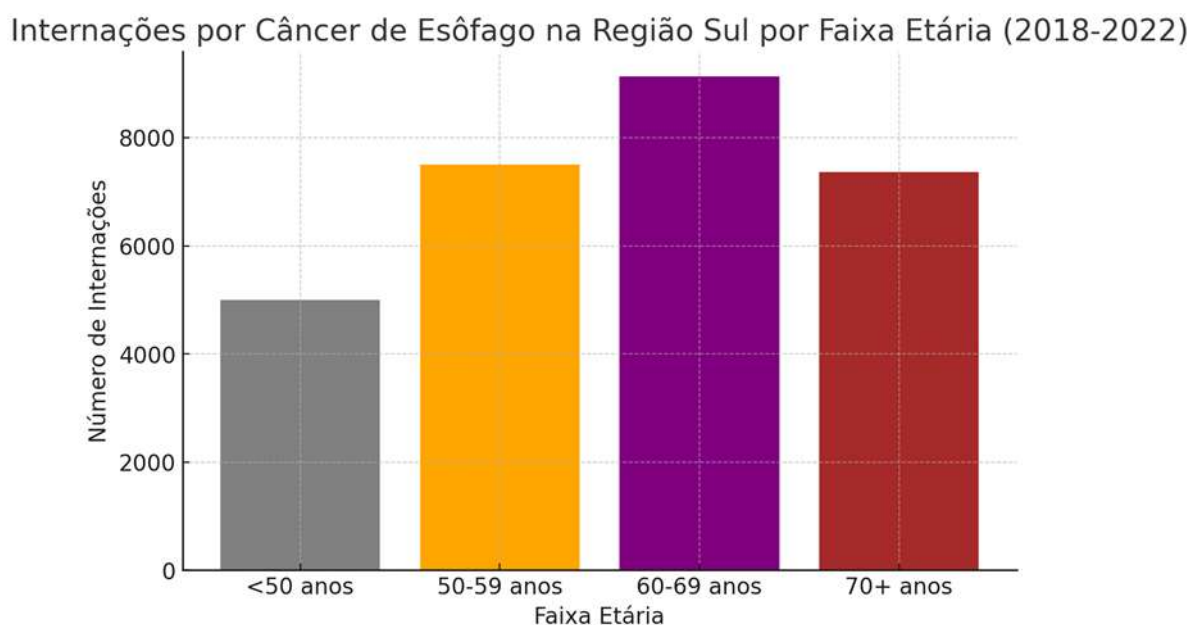
Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, quantitativo e descritivo, baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), acessados através da plataforma DATASUS. Foram analisadas informações sobre internações hospitalares por neoplasia maligna de esôfago na Região Sul e seus respectivos estados (Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina). As variáveis incluídas foram: número de internações, faixa etária, sexo e cor/raça dos pacientes. O período analisado foi de 2018 a 2022.

RESULTADOS

Foram registrados 88.515 casos de internação por NME no Brasil entre 2018 e 2022. A Região Sul ocupou a segunda posição no ranking nacional, com 24.998 internações (28,24% do total). O Rio Grande do Sul foi o estado mais afetado (10.229 internações), seguido pelo Paraná (8.956) e Santa Catarina (5.743).

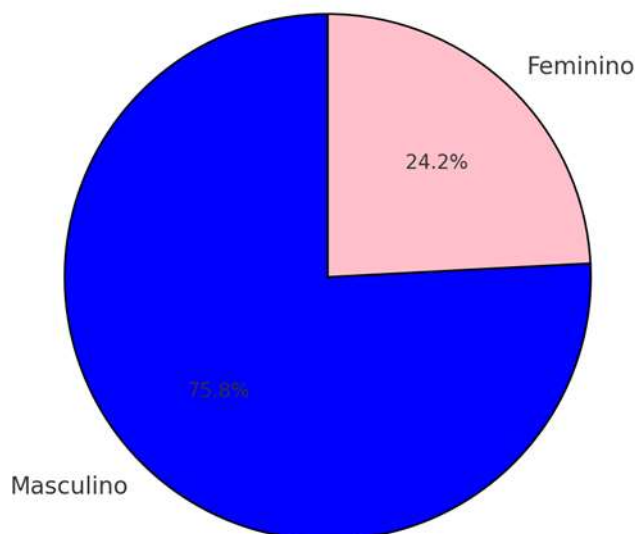


A análise por faixa etária demonstrou que a doença está presente em todas as idades, mas sua prevalência é maior entre 60 e 69 anos (36,54%). Observou-se um aumento expressivo da incidência a partir dos 50 anos.



Quanto ao sexo, os homens representaram aproximadamente 75,8% dos casos. Em relação à cor/raça, a maioria dos casos ocorreu em indivíduos brancos (82,4%), enquanto a menor incidência foi observada em indígenas e amarelos.

Distribuição das Internações por Câncer de Esôfago por Sexo (2018-2022)



DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que o câncer de esôfago tem alta incidência na Região Sul, especialmente em indivíduos do sexo masculino e acima dos 60 anos. A maior prevalência na população masculina pode estar relacionada à maior exposição ao tabaco e ao álcool, principais fatores de risco para a doença, além de diferenças hormonais e genéticas. O predomínio da cor/raça branca pode ser explicado pelo perfil demográfico da Região Sul, onde essa população é majoritária.

Estudos anteriores apontam que o consumo excessivo de bebidas quentes como o chimarrão, a alimentação pobre em fibras e exposição a substâncias químicas como nitrosaminas também estão entre os fatores de risco para a doença (INCA, 2023). Além disso, a associação entre refluxo gastroesofágico crônico e adenocarcinoma de esôfago tem sido amplamente discutida na literatura (LAGERGREN et al., 2022).

A prevenção primária, com campanhas de conscientização sobre tabagismo, etilismo e hábitos alimentares, é essencial para reduzir a incidência da doença. Ademais, a implementação de programas de rastreamento para grupos de risco, como indivíduos com histórico familiar ou portadores de refluxo gastroesofágico crônico, pode contribuir para o diagnóstico precoce e melhor prognóstico.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo destacam que o câncer de esôfago é um importante problema de saúde pública na Região Sul, afetando predominantemente homens acima dos 60 anos. A alta incidência observada está diretamente relacionada a fatores como tabagismo, consumo excessivo de álcool e refluxo gastroesofágico crônico. Esses resultados reforçam a importância de estratégias preventivas, como campanhas educativas contínuas, promoção de hábitos saudáveis e controle de fatores de risco.

Recomenda-se a ampliação de programas de rastreamento voltados a grupos de maior vulnerabilidade, especialmente indivíduos com histórico familiar e portadores de refluxo crônico. O fortalecimento da atenção primária com capacitação de profissionais para a identificação precoce de sintomas e a disponibilização de exames diagnósticos, como endoscopia, podem contribuir para melhores desfechos clínicos.

Além disso, é fundamental investir em pesquisas futuras para compreender melhor as disparidades regionais e os determinantes sociais da saúde associados à doença. Políticas públicas direcionadas à redução do consumo de álcool e tabaco, além do incentivo à alimentação saudável, são essenciais para a redução da incidência do câncer de esôfago e da mortalidade associada, promovendo um impacto positivo na saúde coletiva.

REFERÊNCIAS

- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023.
- LAGERGREN, J.; SMITH, K.; CHEN, H. Gastroesophageal reflux disease as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology*, v. 162, n. 3, p. 765-778, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2025.

Capítulo 10



10.37423/250209656

CONHECIMENTO SOBRE A OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA EM TRATAMENTO DE FERIDAS

Laura Menezes Brito Gomes

Universidade Estadual de Feira de Santana

Larissa Ingrid dos Santos Ferreira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Marilene Alves Carneiro

Universidade Estadual de Feira de Santana

Lohanna de Almeida Dias

Centro Universitário Anhanguera de Niterói

Lucimara Paulo dos Santos de Jesus

*Enfermeira formada pela Universidade
Estadual de Feira de Santana*

Gisele Alcantara da Purificação

Universidade Estadual de Feira de Santana

Micaely Pereira da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Heloísa Cerqueira Barreto

Universidade Estadual de Feira de Santana

Milena Marques Pinheiro Leal

Universidade Estadual de Feira de Santana

Daiane de Jesus Gomes Cerqueira

SESAB- Hospital Geral Clériston Andrade

Fernanda Araújo Valle Matheus

Universidade Estadual de Feira de Santana

INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) é uma modalidade terapêutica que utiliza oxigênio puro ou em altas concentrações em uma câmara pressurizada, promovendo a oxigenação tecidual de forma mais eficaz do que o ambiente normobárico. Essa terapia tem se mostrado promissora em diversas condições clínicas, considerando que, leva a uma melhor angiogênese e provavelmente estimula os fatores de crescimento e outros mediadores do processo de cicatrização, especialmente em feridas crônicas devido ao desafio constante (Clark, 2009). As indicações pautam-se em uma variedade de situações, como no tratamento de feridas de difícil cicatrização, úlceras diabéticas, lesões por radiação, queimaduras, entre outras. A utilização desta terapia tem aumentado consideravelmente, refletindo sua eficácia em contextos clínicos onde outros tratamentos falham (Kessler et al., 2013).

Estudos epidemiológicos indicam que a incidência de feridas crônicas tem crescido, especialmente em populações com comorbidades como diabetes e hipertensão. No Reino Unido, os pacientes com pé diabético representam uma prevalência de 25%, as úlceras venosas com 1% a 2% da população geral e as lesões por pressão possuem dados de prevalência de 6% a 10% nos hospitais e todas essas lesões podem se beneficiar com a OHB (Kranke et al., 2015). No Brasil esses dados tendem a ser mais elevados.

Atualmente, estima-se que mais de 5 milhões de brasileiros sofram com feridas complexas, um problema grave de saúde pública no país. Essas feridas, como úlceras venosas, arteriais e pé diabético, apresentam difícil cicatrização, muitas vezes persistindo por meses ou até anos. Isso gera um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, podendo inclusive levar a amputações, especialmente em casos de diabetes. Entre 2012 e 2021, cerca de 245 mil brasileiros sofreram amputações de membros inferiores, com metade desses casos ocorrendo em pessoas diabéticas (Hospital Alemão Oswaldo Cruz). A adoção da oxigenoterapia hiperbárica como uma abordagem terapêutica adicional tem mostrado resultados positivos na aceleração do processo de cicatrização, com uma crescente demanda por esse tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) (Lima et al., 2018).

Entretanto, os custos associados à oxigenoterapia hiperbárica são significativos, representando um desafio para o sistema de saúde pública. Estudo internacional realizado nos Estados Unidos da América revelou um custo de US\$ 595,86 por sessão, com diferentes indicações, os custos estimados variaram de US\$ 2.383,4 a US\$ 8.342,04 para lesões por esmagamento a US\$ 17.875,80 a US\$ 35.751,60 para úlceras de pé diabético e lesões por radiação tardia (Gelly, et al., 2024). No Brasil esse custo varia de

R\$400,00 a R\$1000,00 por sessão independente da etiologia (Conitec, 2019). Observa-se que é elevada a viabilidade econômica desse tipo de terapia, uma vez que envolve tecnologia avançada e profissionais especializados (Silva & Pereira, 2020).

Para além de dados epidemiológicos e custos associados ao SUS, as pessoas com feridas complexas têm uma qualidade de vida diminuída pois afeta seu bem estar mental, físico e psicossocial (Oliveira, et al., 2019). Urge que a enfermagem foque não apenas na assistência direta com a ferida e sim ter uma visão global a saúde do cliente e nos aspectos por ele considerados satisfatórios para a sua qualidade de vida

A atuação da enfermagem é crucial no contexto da OHB, desde a preparação do paciente até o acompanhamento durante e após as sessões terapêuticas. Além disso, a educação em saúde desempenha um papel essencial, ajudando os pacientes a entenderem a importância do tratamento e a aderirem ao mesmo, o que pode impactar diretamente nos resultados terapêuticos (Souza, 2015). Dessa forma urge que os pacientes tenham uma compreensão sobre sua situação, demonstrando interesse, estabelecendo um relacionamento terapêutico de confiança e continuidade para o êxito no tratamento.

Apesar de poucos estudos relacionados ao tratamento com oxigenoterapia hiperbárica, os existentes revelaram que pacientes portadores de lesões tissulares que são submetidos ao tratamento com a oxigenoterapia hiperbárica referem sentimentos de medo, ansiedade, prisão e cansaço por ser um procedimento ainda desconhecido em suas vivências e incerteza sobre o tratamento (Machado, 2020).

A magnitude epidemiológica das feridas na população, somada à escassez de estudos focados na vivência desses pacientes durante o tratamento com OHB, despertou a seguinte indagação: Qual o conhecimento sobre a oxigenioterapia hiperbárica no tratamento de feridas? Com base nessa questão, estabeleci o objetivo de **descrever o conhecimento sobre a terapia hiperbárica no tratamento de feridas.**

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, desenvolvida com base em artigos publicados em periódicos e documentos de órgãos oficiais. Este método permite descrever o estado da arte, de modo a sintetizar o conhecimento já exposto na literatura, somado às reflexões propostas pelos autores. Tal metodologia contribui para a discussão sobre um tema e é indicada para temáticas que necessitam de

maiores aprofundamentos, que embase a prática e sirva de subsídio para as ações de tratamento com a oxigenioterapia hiperbárica na prática de feridas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendendo a oxigenioterapia hiperbárica

A **oxigenoterapia hiperbárica (OHB)** é um tratamento médico que utiliza oxigênio puro (100%) em um ambiente de alta pressão, realizado em uma câmara hiperbárica. Nesta câmara, a pressão ambiental é aumentada para níveis superiores à pressão atmosférica ao nível do mar (Lacerda et.al.,2006) A OHB é utilizada para tratar uma variedade de condições médicas, aproveitando os efeitos fisiológicos que a alta concentração de oxigênio e a alta pressão proporcionam ao corpo (Lacerda et.al.,2006).

De acordo com Andrade e Vieira (2016), a OHB consiste na administração de uma fração inspirada de oxigênio próxima de 100% em um ambiente com uma pressão superior (geralmente duas a três vezes) à pressão atmosférica ao nível do mar. Este aumento de pressão resulta em um aumento da pressão arterial e tecidual de oxigênio (2000 mmHg e 400 mmHg, respectivamente), o que está na base da maioria dos efeitos fisiológicos e terapêuticos desta terapia.

Segundo Lacerda et al. (2006), etimologicamente, o termo "hiperbárico" é composto pelos radicais "hiper" e "baros". "Hiper" é um prefixo grego que indica excesso ou acima, enquanto "baros" também tem origem grega e significa pressão, peso ou densidade. O termo "oxigenoterapia" deriva de "oxis" (ácido), "genao" (produzir) e "therapeia" (tratamento), referindo-se ao tratamento por inalação de oxigênio, frequentemente associado à respiração artificial.

A oxigenoterapia hiperbárica surgiu em 1662, com a colaboração do médico Nathaniel Henshaw, que construiu a câmara denominada "domicilium", capaz de ser pressurizada e despressurizada. Henshaw utilizou essa câmara para o tratamento de doenças, sendo considerado um dos pioneiros na utilização de um ambiente de pressão controlada para tratar patologias (Andrade & Vieira, 2016).

No século XIX, o médico francês Junod (1830) usou a câmara hiperbárica para tratar pacientes com patologias respiratórias, aproveitando o aumento da pressão para melhorar a oxigenação dos pacientes. Em 1890, o cirurgião francês Fontaine construiu um hospital especializado em terapia hiperbárica em Paris, onde realizava intervenções cirúrgicas em ambiente pressurizado, acreditando que isso proporciona benefícios para a recuperação dos pacientes (Kindwall, E. P. & Whelan, H. T., 2004).

No século XX, especialmente a partir de 1900, houve um crescimento no interesse na OHB, particularmente para o tratamento da síndrome da descompressão em mergulhadores e trabalhadores que operam em ambientes pressurizados, como túneis e caixões pneumáticos. A síndrome da descompressão é uma condição médica que pode ocorrer quando uma pessoa retorna rapidamente à pressão atmosférica normal após estar exposta a uma pressão mais alta, como durante mergulhos profundos. Os sintomas podem variar desde leves, como dor nas articulações e músculos, até graves, como problemas neurológicos (Rebouças, 2012).

Em 1928, o médico americano Orville Cunningham construiu uma enorme câmara hiperbárica conhecida como "The Steel Ball Hospital" em Cleveland. Ele acreditava que a OHB poderia tratar uma variedade de doenças, mas a falta de evidências científicas e os altos custos levaram ao encerramento do projeto em 1930 (Emedicine, 2020).

No final do século XX, durante as décadas de 1970 e 1980, a OHB recebeu reconhecimento crescente na comunidade médica. Novas indicações, como o tratamento de queimaduras, úlceras diabéticas e lesões por radiação, começaram a ser exploradas. Além disso, sociedades profissionais, como a Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS), foram criadas para promover a pesquisa e a prática da medicina hiperbárica baseada em evidências (Rebouças, 2012).

No Brasil, em 1929, o Dr. Álvaro Ozório de Almeida utilizou a OHB em pacientes portadores de hanseníase (lepra), o que contribuiu significativamente para o avanço da oxigenoterapia hiperbárica no Brasil e no mundo (REBOUÇAS, 2012). Em 1995, a oxigenoterapia hiperbárica teve seus procedimentos regulamentados no Brasil como modalidade terapêutica através da Resolução 1.457/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1995), envolvendo profissionais da enfermagem e outras áreas da saúde multidisciplinar.

Foi fundada em 25 de fevereiro de 1983 a Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), que dispõe que os médicos, profissionais da enfermagem e das demais áreas são consultores das entidades governamentais em relação à medicina hiperbárica (SBMH, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1995), as câmaras hiperbáricas são equipamentos resistentes à pressão, existem dois tipos de câmara hiperbárica:

Câmaras Multiplace: São câmaras multi-pacientes pressurizadas com ar insuflado em seu interior até que a pressão desejada no ambiente seja alcançada. Uma vez instalada e a pressão de trabalho atingida, os pacientes inalam oxigênio puro (100%) ou misturas gasosas

respiráveis, administradas por meio de máscara buco-nasal, de tenda cefálica ou de tubo endotraqueal, em um circuito semiaberto. Nesse sistema, o gás inspirado é conduzido através de uma traqueia com válvula unidirecional, e os gases expirados são drenados diretamente para o exterior da câmara através de outra traqueia com uma válvula de não retorno (Souza, 2007, apud Brito; Gagliani, 2019, p. 11).

Câmaras Monoplace: São câmaras individuais onde o paciente fica totalmente pressurizado com oxigênio puro, sendo monitorizado por um profissional habilitado e um médico hiperbarista (Rebouças, 2012). A câmara monoplace está em desuso, por causa do risco de incêndios por ser pressurizada com 100% oxigênio além de manter o paciente isolado e incomunicável tornando difícil a ação do profissional em caso de intercorrências, além de não permitir que os cuidados necessários sejam prestados (Souza, 2007, apud Brito; Gagliani, 2019, p. 11).

As indicações para a oxigenoterapia hiperbárica são reconhecidas pela sociedade brasileira de medicina hiperbárica e o comitê de medicina hiperbárica (SBMH, 2017). De acordo com o CFM, 1995 as aplicações clínicas atualmente reconhecidas da oxigenoterapia hiperbárica são as seguintes: Embolias gasosas, Doença descompressiva; Embolias traumáticas pelo ar; Envenenamento por monóxido de carbono ou inalação de fumaça; Envenenamento por cianeto ou derivados cianídricos; Síndrome de Fournier; Outras infecções necrotizantes de tecidos moles: celulites, fasciitis e miosites; Queimaduras térmicas e elétricas; Vasculites agudas de etiologia alérgica, medicamentosa ou por toxinas biológicas (aracnídeos, ofídios e insetos); Queimaduras térmicas e elétricas; Lesões refratárias: úlceras de pele, lesões pé-diabético, escaras de decúbito, úlcera por vasculites auto-imunes, deiscências de suturas; Gangrena gasosa; Retalhos ou enxertos comprometidos ou de risco; Lesões refratárias: úlceras de pele, lesões pé-diabético, escaras de decúbito, úlcera por vasculites auto-imunes, deiscências de suturas; Lesões por radiação: radiodermite, osteorradionecrose e lesões actínicas de mucosas; osteomielites (RESOLUÇÃO CFM N°1.457/1995).

Entre as contraindicações para tratamento de OHB, podemos relatar as seguintes: infecções virais, gravidez, faixa etária inferior a dois anos, febre alta, neoplasias e histórias de convulsões e sinusites crônicas (Carvalho, Gonçalves, 2021).

A OHB consiste em uma modalidade segura apresentando poucas contra-indicações. Os efeitos colaterais da OHB estão relacionados à variação da pressão e toxicidade do oxigênio. A toxicidade do oxigênio está relacionada à dose oferecida e ao tempo de exposição ao tratamento hiperbárico. As

toxicidades pulmonar (inexistente com doses clínicas de OHB) e neurológica são as mais importantes. Os efeitos colaterais da OHB são os seguintes: Toxicidade pulmonar: tosse seca, dor retrosternal e edema pulmonar toxicidade neurológica: parestesias e convulsão desconforto e barotrauma auditivos e desconforto em seios da face Alterações visuais transitórias (Silva,2010).

De acordo com Lacerda (2006) os efeitos colaterais e complicações da Oxigenoterapia Hiperbárica (OHB) estão majoritariamente associados à Lei de Boyle, que descreve a relação inversa entre pressão e volume de um gás em um sistema fechado. Isso se manifesta durante as fases de compressão e descompressão dentro da câmara hiperbárica.

Durante a compressão, o barotrauma de ouvido médio é a complicação mais comum. Ele ocorre quando a pressão no ouvido médio não é devidamente equalizada através da Trompa de Eustáquio, que pode estar obstruída devido a fatores como congestão nasal, causada por uma gripe (Lacerda,2006). A Embolia Arterial Gasosa (EAG), por outro lado, é uma das complicações mais graves e ocorre durante a descompressão, quando o paciente não exala adequadamente o ar dos pulmões. A diminuição da pressão na câmara causa a expansão dos gases, e se o ar não for exalado, pode ocorrer uma ruptura pulmonar, permitindo a entrada de ar na circulação arterial. Esse risco é especialmente elevado em pacientes com doenças pulmonares que causem aprisionamento de ar nos alvéolos, devido à obstrução dos bronquíolos (Lacerda,2006).

A eficiência da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) em lesões tissulares varia conforme a condição médica tratada, por exemplo em feridas crônicas e úlceras diabéticas a OHB é considerada eficaz para melhorar a cicatrização de úlceras de pé diabético. Estudos mostraram que a terapia pode reduzir a necessidade de amputações em até 50% em casos graves, onde outras terapias falharam, em lesões por radiação a OHB tem mostrado ser eficaz na regeneração de tecidos danificados por radioterapia, com taxas de sucesso superiores a 80%, particularmente em lesões actínicas de mucosas e ossos. Na gangrena gasosa e infecções necrotizantes de tecidos moles a OHB, quando utilizada como parte de um regime multidisciplinar, mostra uma alta taxa de sucesso na redução da mortalidade e da extensão de danos em infecções graves (Andrade e Santos, 2016).

Porém não foram constatadas evidências que a OHB individualmente realize a cicatrização das lesões, ou seja, a oxigenoterapia hiperbárica só atua como adjuvante no tratamento de lesões tissulares (Silva,2010).

As resoluções e portarias desempenham um papel crucial na prática da oxigenoterapia hiperbárica (OHB), regulando e padronizando o uso seguro e eficaz da terapia. essas resoluções e portarias são

necessárias para a segurança do paciente através da elaboração de normas técnicas e protocolos de atendimento, além de promover a qualidade de atendimento exigindo qualificação profissional e critérios de atendimento que atendam as necessidades dos pacientes, exigindo a responsabilidade legal para que processos litigiosos sejam evitados. A OHB tem sua prática regulamentada pelas seguintes portarias e resoluções (SESA, 2007)

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) foi normatizada no Brasil no ano de 1995 pelo conselho de Medicina através da resolução 1.457/95 como modalidade terapêutica. No ano de 2003 a sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), com base nas diretrizes de segurança e qualidade, regulamentou que os serviços que possuíssem câmaras hiperbáricas deveriam operá-las com técnicos de Enfermagem e em 2008, o Enfermeiro passou a integrar o quadro de profissionais exigido pela Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) e SBMH.

Lei nº 7.498/1986 Conhecida como a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, esta legislação determina que as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser realizadas sob orientação e supervisão de um enfermeiro. Isso implica que, em serviços de OHB, a presença de um enfermeiro é obrigatória para garantir a supervisão adequada das práticas de enfermagem (Coren-SP).

A resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde que realizam procedimentos invasivos, incluindo a OHB, esta resolução define critérios para a estrutura física, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, além das práticas de controle de infecções, que devem ser adotadas pelos serviços que realizam procedimentos invasivos como a oxigenoterapia hiperbárica" (RDC nº 50/2002, ANVISA).

A portaria nº 374, de 26 de agosto de 2002 define os requisitos de segurança para as instalações que oferecem oxigenoterapia hiperbárica, abordando aspectos como controle de qualidade, manutenção de equipamentos e medidas de segurança para prevenção de incêndios. As instalações de oxigenoterapia hiperbárica devem cumprir rigorosamente os requisitos de segurança descritos na Portaria nº 374, que incluem a manutenção regular dos equipamentos e o cumprimento das normas de segurança contra incêndios (Ministério da Saúde, Portaria nº 374/2002).

A portaria nº 1.073, de 15 de setembro de 2003 que estabelece as normas para a utilização de oxigenoterapia hiperbárica no SUS, incluindo as indicações terapêuticas reconhecidas e a necessidade de supervisão médica. A oxigenoterapia hiperbárica deve ser indicada por médico especialista e

realizada em ambiente hospitalar, conforme estabelecido na Portaria nº 1.073 de 2003" (Ministério da Saúde, Portaria nº 1.073/2003).

Portaria nº 55 do Ministério da Saúde em 24 de outubro de 2018, incorpora a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) para o tratamento do pé diabético no Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, essa decisão foi revista e, em 30 de outubro de 2018, a Portaria nº 61 revogou a anterior, optando por não incorporar a OHB para esse fim no SUS (BVSMS, 2018).

O Tribunal Regional Federal da 1ª Região (TRF1) determinou a obrigatoriedade de contratação de enfermeiros em clínicas de oxigenoterapia hiperbárica, em ação movida pelo Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (Coren-BA).

A decisão da 7ª turma do TRF1 acolheu os embargos de declaração do Coren-BA. O acórdão, publicado em agosto, ressalta que “em que pese a responsabilidade médica pelo ato médico no tratamento, nos termos da Lei 12.842/2015, cabe considerar que nos casos das clínicas de oxigenoterapia hiperbárica, constituídas em seu quadro funcional por profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, necessitam da supervisão de enfermeiros nos termos da Lei 7.498/86, pois há o interesse de segurança e integridade físicas dos pacientes”(Cofen,2019).

Dados epidemiológicos da Oxigenoterapia Hiperbárica e Fisiologia, Mecanismo de Ação e Aplicação em Lesões

No Brasil, a demanda por OHB tem aumentado, especialmente em centros urbanos, onde o acesso a essa tecnologia é mais fácil. Os pacientes tratados são predominantemente do sexo masculino, com destaque para aqueles submetidos a tratamentos de cirurgia plástica e vascular. A terapia é também indicada para condições graves como gangrena gasosa, intoxicação por monóxido de carbono, e outras doenças descompressivas (Conitec,2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorpora a OHB para algumas indicações específicas, mas a expansão dessa terapia em termos de infraestrutura e capacitação de profissionais ainda é um desafio. Além disso, a maioria dos centros que oferecem OHB está localizada nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, o que limita o acesso em outras áreas do país (Conitec,2019).

Segundo a Sociedade de Medicina Hiperbárica, o Brasil dispunha em 2011 de pouco mais de 80 estabelecimentos que ofereciam o serviço de oxigenoterapia hiperbárica. Esse serviço encontrava-se distribuído de maneira bastante heterogênea pelo território nacional com cerca de 70% dos estabelecimentos existentes sediados na Região Sudeste, principalmente no estado de São Paulo. As

regiões Centro-Oeste e Sul contam com 16 estabelecimentos distribuídos em todos os estados dessas regiões, enquanto as regiões Norte e Nordeste, em conjunto, dispõem de 8 estabelecimentos distribuídos em apenas 6 estados (Conitec,2019).

Filho et.al 2013 diz que entre os 600 pacientes que foram submetidos à OHB no Mato Grosso do Sul, entre os anos de 2007 e 2012, predominou o sexo masculino, com aproximadamente 71% (425 pacientes) . A Cirurgia Plástica foi a especialidade que mais solicitou à OHB associada ao tratamento convencional de seus pacientes, correspondendo a (71%) do total de pacientes do estudo. Nas demais especialidades, a Cirurgia Vascular responde por 17% dos pacientes, a Ortopedia por 5,3%, a Cirurgia Cardíaca por 3%, a Cirurgia Torácica por 2%, a Clínica Médica por 1% e a Cirurgia Geral por 0,7% . O número total e a média de sessões de OHB realizadas neste período foram 5.712 e 9,52 sessões, respectivamente. O número total de OHB por especialidade foi, respectivamente: Cirurgia Plástica: 3.977 sessões; Cirurgia Vascular: 911 sessões; Ortopedia: 468 sessões; Cirurgia Cardíaca: 190 sessões; Cirurgia Torácica: 82 sessões; Clínica Médica: 45 sessões e Cirurgia Geral: 39 sessões . A lesão por queimadura de pele foi a maior causa de utilização da OHB como tratamento auxiliar ao convencional: dos 428 pacientes da Cirurgia Plástica que realizaram OHB, 349 eram pacientes vítimas de queimaduras.

O custo da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) no Brasil varia bastante entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a rede privada (Conitec,2019). No SUS, o tratamento é oferecido gratuitamente para pacientes com certas condições, como pé diabético e outras feridas de difícil cicatrização. Esse procedimento foi incluído como direito dos pacientes após decisões judiciais, e, em alguns estados, já está disponível de forma mais ampla. Entretanto, o acesso pode ser limitado dependendo da região e da demanda. Na rede privada, o custo de uma sessão de oxigenoterapia hiperbárica pode variar significativamente, geralmente entre R\$400 e R\$1.000 por sessão (Conitec,2019). O preço final depende da localização da clínica e da quantidade de sessões necessárias, que pode ser bastante alta, dependendo do tratamento. Em média, os tratamentos podem incluir de 20 a 40 sessões, o que pode levar a um custo total elevado. Os planos de saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são obrigados a cobrir esse tratamento para certas condições, como o pé diabético, desde 2011. (Conitec,2019). Porém, para outros diagnósticos, pode ser necessário acionar a justiça para garantir a cobertura.

Para contextualizar, o processo de cicatrização acontece em três fases: a inflamatória que se inicia imediatamente após lesão, nesta etapa ocorre a ativação das plaquetas e das cascatas de coagulação

e complemento, liberando mediadores vasoativos e quimiotáticos. Isso atrai células inflamatórias para a região ferida (Campos et.al.,2007).

Na segunda fase temos a fase proliferativa ou de granulação a é constituída por quatro etapas fundamentais: epitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. Esta fase tem início ao redor do 4º dia após a lesão e se estende aproximadamente até o término da segunda semana .A epitelização ocorre precocemente.E a última fase a de remodelação (ou maturação) o tecido cicatricial passa por processos de reorganização e maturação para se fortalecer e adquirir características semelhantes às do tecido original tendo como o colágeno a proteína mais importante no processo de cicatrização (Campos et.al.,2007).

Oxigenoterapia hiperbárica trata-se de um recurso valioso no ponto de vista fisiológico para a recuperação de tecidos lesionados, pois corrige a hipóxia na região da lesão. Seu mecanismo de ação é fundamentado no aumento da pressão parcial de oxigênio basal da ferida a valores iguais ou acima de 40 mmHg, suficientes para garantir a realização de todas as etapas da cicatrização dependentes de oxigênio (Silva,2010).

O oxigênio é essencial para todas as fases da cicatrização, pois é necessário para: Metabolismo celular já que células precisam de oxigênio para gerar ATP através da respiração celular, que é a fonte de energia para a proliferação e migração celular.É indispensável para a síntese de colágeno,o oxigênio atua como um cofator para as enzimas que sintetizam e estabilizam o colágeno. Angiogênese que é o crescimento de novos vasos sanguíneos que depende do oxigênio para suportar a proliferação de células endoteliais. Função imune pois atividade fagocítica dos macrófagos e a produção de EROs (espécies reativas de oxigênio) pelos neutrófilos são processos dependentes de oxigênio (Sen,2008).

A oxigenoterapia hiperbárica (OTHB) baseia-se em mecanismos fisiológicos como a redução do volume de bolhas de gás no organismo devido ao aumento da pressão ambiente (lei de Boyle) e o aumento da quantidade de oxigênio dissolvido no plasma, resultado da elevação da pressão parcial de oxigênio nos alvéolos pulmonares (leis de Henry e Dalton). Isso aumenta a saturação de hemoglobina e o transporte de oxigênio, que difunde para áreas inacessíveis à hemoglobina, tornando a OTHB eficaz em situações de hipóxia tecidual, como em casos de intoxicação por monóxido de carbono e isquemia (Souza,2007).

Além disso, a OTHB promove vasoconstrição seletiva em tecidos saudáveis, reduzindo o edema e redistribuindo o fluxo sanguíneo para áreas hipóxicas, intensificando os efeitos anti-isquêmicos e anti-hipóxicos. Isso melhora a cicatrização de lesões hipóxicas, estimula a produção de colágeno,

angiogênese, reepitelização, e combate infecções ao aumentar a atividade fagocitária e potencializar certos antibióticos, com efeitos bacteriostáticos e bactericidas, especialmente contra anaeróbios estritos(Souza,2007).

A oxigenoterapia hiperbárica exerce seus efeitos terapêuticos através da alta concentração de oxigênio dissolvido nos líquidos teciduais.Tendo quatro efeitos principais (Lacerda et.al, .2006): Proliferação de fibroblastos a OHB, através do aumento de oxigênio dissolvido nos líquidos teciduais, permite a chegada de concentrações adequadas de oxigênio em tecidos pouco vascularizados favorecendo a cicatrização de feridas problemáticas. Neovascularização: Durante as sessões de OHB, os tecidos recebem maior quantidade de oxigênio que o normal. Imediatamente após a sessão, os tecidos corporais são submetidos a uma hipóxia relativa (volta à concentração normal de oxigênio), efeito este responsável pela estimulação da neovascularização. Atividade osteoclástica e osteoblástica: A OHB, através do aumento de oxigênio dissolvido nos líquidos teciduais, permite a chegada de concentrações adequadas de oxigênio nos ossos, permitindo as atividades osteoblásticas e osteoclásticas, sendo indicado, desta forma, no tratamento adjuvante da osteomielite crônica. Ação antimicrobiana: A Tensão de oxigênio desempenha um papel crítico no desenvolvimento de infecções. Várias condições patológicas, como lesões ou infecções podem diminuir notavelmente a tensão de oxigênio no sítio afetado, onde o fluido de lesões experimentais frequentemente apresenta valores inferiores a 10 mmHg. Em infecções ósseas experimentais verifica-se reduções de 50% das tensões normais. Portanto, condições de considerável hipóxia ou mesmo anaerobiose são verificadas em tecidos orgânicos infectados, favorecendo o crescimento de bactérias específicas. À princípio, é nestas infecções que a hipóxia hiperbárica apresenta maior potencial terapêutico.

Em lesões como a síndrome de fournier, pé diabetico, queimaduras e lesões por pressão podemos notar melhor a ação da OHB.

De acordo com Silva et.al (2018) a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) tem mostrado eficácia no tratamento da Síndrome de Fournier, especialmente no longo prazo, ao ajudar na remoção de exsudatos, cobertura da ferida, estimulação da angiogênese e redução da contaminação bacteriana. Embora sua principal função seja o aumento do transporte de oxigênio, estudos recentes destacam também o papel do oxigênio na ativação de enzimas antioxidativas e na modulação de fatores de crescimento e citocinas. No entanto, a OHB não é suficiente como tratamento único para a Síndrome de Fournier, sendo mais eficaz quando associada a outros tratamentos. Apesar de ser um procedimento essencial, há uma lacuna na formação dos profissionais de enfermagem, que

desempenham um papel crucial no cuidado de pacientes com essa condição, especialmente no pré e pós-operatório. Por isso, a oferta de cursos de OHB para enfermeiros e a regulamentação dessa competência são sugeridas, dada a importância de sua atuação nesse contexto (Silva et.al,2018).

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) também tem se destacado como uma importante ferramenta complementar no tratamento do pé diabético, uma condição caracterizada por complicações como neuropatia, isquemia e infecção. Essas complicações podem levar a úlceras graves, que em muitos casos resultam em amputações. A OHB, ao ser realizada em câmaras de alta pressão, aumenta o transporte de oxigênio para os tecidos, promovendo a cicatrização das feridas. Além disso, ela tem um papel crucial na estimulação da angiogênese (formação de novos vasos sanguíneos), na redução da inflamação e na modulação de fatores de crescimento e citocinas, que são vitais para a recuperação (Viegas et.al,2023).

Em queimaduras a oxigenoterapia hiperbárica (OHB) tem se mostrado um tratamento valioso, ajudando a acelerar a recuperação das feridas e a promover uma cicatrização mais eficiente. Ao aumentar a quantidade de oxigênio disponível nos tecidos lesionados, a OHB estimula a regeneração celular, reduz a inflamação e facilita a formação de novos vasos sanguíneos, um processo essencial para a recuperação de queimaduras graves. Além disso, ela ajuda a reduzir o edema, proteger os tecidos saudáveis e prevenir a necrose, contribuindo para a preservação da área afetada e o fechamento das feridas. Embora a OHB não substitua os tratamentos tradicionais, como curativos e antibióticos, ela é altamente eficaz como terapia complementar, especialmente nos casos mais severos (Hipermed).

Pesquisa realizada no Brasil também aponta a eficácia da oxigenoterapia hiperbárica (OHB) no tratamento de lesões por pressão (LPP). Estudo publicado na *Revista Brasileira de Terapias Combinadas* (2020) destaca que a OHB auxilia na aceleração do processo de cicatrização, especialmente em feridas crônicas, ao melhorar a perfusão e oxigenação dos tecidos comprometidos. A pesquisa indicou que a terapia pode ser útil não apenas em lesões que não respondem a tratamentos convencionais, mas também na prevenção de complicações graves, como infecções e a necessidade de intervenções cirúrgicas. Além disso, o uso da OHB mostrou ser eficaz na redução da dor e da inflamação associadas às LPP (Costa et.al,2020).

Atuação da Enfermagem em OHB e Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro deve possuir preparo técnico e experiência para atender de forma diferenciada o paciente submetido à OHB, acompanhando e observando a realização do procedimento, identificando possíveis efeitos colaterais e agindo de forma efetiva caso surjam (Silva; Pezzutto, 2012).

A função do profissional de enfermagem hiperbárico compreende, em regra, a orientação ao cliente sobre as medidas de segurança do mergulho, acompanhamento e observação durante a realização do tratamento de OHB, cumprimento das tabelas de tratamento, tais como: TPD (Tabela Padrão de Descompressão) TDSO (Tabela de Descompressão com o Uso de Oxigênio) TLSD (Tabela sem Limite de Descompressão), observação dos efeitos colaterais da OHB, bem como fornecimento do suporte básico à vida em caso de eventuais acidentes, convulsão ou intoxicação pulmonar ou neurológica. Desde que seja habilitado para a operação do painel de controle, poderá atuar como operador das câmaras monoplace e multiplace (Lacerda, 2006).

De acordo com a SBMH o profissional de enfermagem deve ter formação da área de medicina hiperbárica em alguns dos cursos reconhecidos pela SBHM, devendo realizar a seleção e treinamento da equipe de enfermagem, os técnicos de enfermagem só podem realizar suas atividades sob orientação e supervisão do enfermeiro conforme a lei federal nº 7.498/86 (SBMH, 2017).

Os cuidados de enfermagem hiperbárica são prestados desde a chegada do paciente ao serviço para tratamento até a sua saída. Portanto, podem ser classificados em: Pré-OHB que são os cuidados prestados ao paciente antes de entrar na câmara hiperbárica para efetivo tratamento, trans-OHB referentes aos cuidados prestados ao paciente durante toda a sua sessão de tratamento, ou seja, desde o momento em que se iniciou a pressurização até o final da despressurização e pós-OHB que se referem aos cuidados prestados ao paciente imediatamente após a sessão de tratamento até a sua saída da instituição (Alcântara et.al., 2010).

O técnico de enfermagem atua na assistência ao paciente e operam as câmaras hiperbáricas (monoplace e multiplace) a função de operador da câmara deve ser feito por dois profissionais sendo que um deles atua como guia interno (GI) e o outro guia externo (GE), responsáveis pelo controle interno e externo da câmara para a realização do tratamento, atuando sob a supervisão do enfermeiro (Alcântara et.al., 2010).

Os cuidados de enfermagem na fase pré-OTHB visam preparar o ambiente terapêutico e o paciente para garantir segurança e conforto durante o tratamento. O guia interno (GI) é responsável por manter o ambiente da câmara hiperbárica limpo e organizado, verificar o funcionamento dos equipamentos e cuidar para que os pacientes usem vestimentas seguras. Ele também realiza cuidados especiais com

materiais invasivos, acomoda os pacientes dentro da câmara, e checa o estado clínico geral deles, reportando anormalidades ao médico. O guia externo (GE) orienta os pacientes sobre o uso adequado da máscara de OTHB, garantindo que esteja bem ajustada para evitar vazamentos de oxigênio. Ele também ensina manobras de equalização de pressão para prevenir barotraumas e auxilia na acomodação dos pacientes com dificuldade de locomoção (Alcântara et.al.,2010).

Os cuidados de enfermagem trans oxigenoterapia hiperbárica são cuidados realizados durante a terapia com o objetivo de viabilizar a adaptação do paciente ao ambiente hiperbárico permitindo o cumprimento do tratamento protocolado (Alcântara et.al.,2010).

Nessa etapa o guia interno (GI) promove a melhor adaptação do paciente a terapia através das seguintes ações: Pressurizar e despressurizar o vaso de pressão com a velocidade compatível e necessária para a adaptação do paciente usando manobras de equalização à variação de pressão que ocorre durante a pressurização; Observar e detectar sinais de dificuldade de compensação das cavidades aéreas por parte do paciente, devendo, caso ocorram, orientá-lo prontamente, de modo a se obter a equalização destas cavidades. Em caso de persistência da dificuldade de compensação a pressurização da câmara deverá ser interrompida ou, caso persista o desconforto ou a dor manifestada pelo paciente, deverá ser realizada uma pequena despressurização do equipamento até a melhora do paciente. O guia externo (GE) deverá ser informado e a assistência do médico hiperbárico deve ser solicitada caso seja observado a incidência de sinais e sintomas adversos ao tratamento; Oferecer atividades de entretenimento para diminuir a ansiedade e prover ambiente seguro e confortável, através do monitoramento da temperatura e umidade relativa do ar atmosférico dentro da câmara, prover boa acomodação dos pacientes, minimizar os ruídos ambientais com música ambiente neutra, promovendo, ao mesmo tempo, um clima de relaxamento nos pacientes, além de se demonstrarem solícitos para que o paciente se sinta à vontade para informar suas necessidades e queixas (Alcântara et.al.,2010).

O GI deve prover atendimento para suprir as seguintes necessidades básicas do paciente (Alcântara et.al.,2010): **Necessidade hídrica:** Oferecendo água durante a sessão prevenindo a desidratação e facilitando a compensação do ouvido médio, cuja trompa de Eustáquio se abre durante a deglutição; **Necessidade de mobilização/locomoção:** Auxiliando no melhor posicionamento do seu corpo com especial ênfase aos membros inferiores quando acometidos por feridas, por meio da utilização de bancos de apoio apropriados e quanto à prevenção de dores na região dorsal e lombar; **Necessidade de eliminação:** Atender a essa necessidade respeitando os direitos de privacidade; **Necessidade**

terapêutica: Ajustar e posicionar a máscara facial no rosto do paciente ou a tenda cefálica (“capuz”), para administração de oxigênio a 100%; administrar no horário previsto a medicação de rotina ou a determinada pelo médico hiperbárico, por qualquer via, a qual deve ser devidamente preparada pelo GE, caso tenha que ser introduzida na câmara através de um dispositivo de transferência de material denominado “medical lock”; esvaziar o cálice do equipo de soro, aumentando o seu volume aéreo, de modo a se controlar a sua velocidade de administração e outros; **Necessidade de comunicação e entretenimento:** Mostrar-se solícito para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas que por ventura apresentem, além de permitir meios de entretenimento como: jogos, leitura de revistas e livros (Alcântara et.al.,2010).

Faz se necessário implementar o protocolo de Cuidados Emergenciais da Instituição além de identificar de forma imediata sinais e sintomas adversos ao ambiente hiperbárico, apresentados pelos pacientes, comunicar imediatamente ao GE a intercorrência e solicitar orientação médica, intervir prestando os cuidados básicos necessários, até que o médico interceda lhe orientando, ou através da sua intervenção direta, quando ele se insere na câmara e passa a atuar no paciente. O GI fica dentro da câmara caso esta seja multipaciente realizando cuidados diretos ao paciente durante a terapia , caso a câmara seja monopaciente o GE realiza os cuidados diretamente sem a presença do GI realizando as duas funções (Alcântara et.al.,2010).

O guia externo atua na área externa da câmara operando o equipamento tem do a responsabilidade de monitorar a sessão garantindo suporte ao GI, realizar controle da pressurização para que não ultrapasse a pressão equivalente e controle dos “tempos “com o objetivo de orientar o GI, quanto aos períodos de interrupção no fornecimento de oxigênio aos pacientes, quando estes passam a respirar ar comprimido, realizados periodicamente e ao término da sessão (Alcântara et.al.,2010).

Os Cuidados de Enfermagem pós oxigenoterapia hiperbárica visam garantir a assistência completa ao paciente e sua estabilidade até a saída do serviço. O Grupo de Imersão (GI) deve recolher e organizar os equipamentos, verificar se não há objetos pessoais esquecidos, informar ao guia da próxima sessão sobre problemas técnicos e ajudar o Grupo de Enfermagem (GE) no manejo de pacientes com dificuldades. O GE é responsável por auxiliar na saída dos pacientes da câmara, verificar sinais vitais quando necessário, atender solicitações dos pacientes e ajudar no transporte para veículos, se necessário (Alcântara et.al.,2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo poderá trazer contribuições principalmente para os envolvidos na área de saúde, como profissionais e estudantes, onde ampliará os seus conhecimentos sobre a temática, levando a uma melhoria na assistência e consequentemente para os pacientes com feridas em uso da oxigenioterapia hiperbárica.

No que tange ao tratamento das lesões com o uso da oxigenoterapia hiperbárica o enfermeiro tem papel crucial na correta avaliação, cuidado e educação em saúde para o conhecimento dos pacientes em uso da terapia.

Dessa forma, estudar essa relação fará aumentar o entendimento de como essa terapia adjuvante pode transformar a vida dessas pessoas. Este estudo pretende contribuir significativamente para a prática de enfermagem, oferecendo insights que podem ser aplicados tanto no âmbito acadêmico quanto na prática clínica, além de ajudar a comunidade a compreender melhor o impacto da oxigenoterapia hiperbárica na vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras especificações. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

ALBUQUERQUE, JG; SOUSA, JG Oxigenoterapia hiperbárica (OHB): perspectiva histórica, efeitos fisiológicos e aplicações clínicas. *Revista Portuguesa de Medicina Interna* , [online], v. 4, pág. 219-227, 31 dez. 2007. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1575> . Acesso em: 8 ago.2024.

ANDRADE, Sabrina; SANTOS, Isabel Cristina. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas. Artigo Original, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, ano 16, v. 37, n.02, p.01-07, 17 maio 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.59257>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yv9BDkBw9h84m4dZYGHZ4Hb/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2024.

AUTHOR(S). Título do artigo. eMedicine, 2020. Disponível em: <https://www.emedicine.medscape.com>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. [S. l.]: Edições 70, 2016. 141 p. ISBN 978-85-62938-04-7. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 23 out. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) . Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2012 . Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o planejamento e a programação física de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 39, 22 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 477, de 18 de março de 2015. Norma Técnica para o Atendimento ao Paciente em Oxigenoterapia Hiperbárica . Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 mar. 2015. Disponível em : <http://www.cofen.gov.br> . Acesso em: 11 jul. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 516, de 10 de março de 2016. Diretrizes e normas regulamentadoras para a pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 mar. 2016. Disponível em: <https://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1.457, de 4 de outubro de 1995. Normas e diretrizes para o uso da oxigenoterapia hiperbárica . Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 out. 1995. Disponível em : <http://www.cfm.org.br> . Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas para a pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 . Dispõe sobre as normas do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 9.273, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.073, de 2 de julho de 2003. Aprova o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jul. 2003.

BRITO, ROBSON; GAGLIANI, LUIZ HENRIQUE. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA: SUAS INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES NO CONTROLE DAS INFECÇÕES. Artigo de Revisão, Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, ano 19, v. 16, n. 44, p. 105-126, 1 set. 2019. Disponível em: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/1178/u2019V16n44e1178>. Acesso em: 31 jul. 2024.

CAMPOS, A. T. et al. Oxigenoterapia hiperbárica: fundamentos e aplicações. Revista Brasileira de Terapias Intensivas, v. 19, n. 1, p. 38-42, 2007. Disponível em:

CARVALHO, LANA CAROLYNE; GONÇALVES, ODILENE. Oxigenoterapia hiperbárica: indicações, contraindicações e efeitos colaterais. Artigo de Revisão, Revista Perquirere, ano 21, v. 01, n. 18, p. 381-390, 6 out. 2021. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/article/view/2531> Acesso em: 25 jul. 2024.

CASAGRANDE, Maria Eugênia *et al.* Oxigenoterapia Hiperbárica como adjuvante no tratamento de feridas: Hyperbaric Oxygen therapy as an adjuvant in wound treatment. Artigo original, Brazilian Journal of Health Review, ano 21, v. 04, n. 02, p. 7154-7158, 2021. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-261>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27614>. Acesso em: 7 ago. 2024.

CASTRO, Joyce Beatriz; OLIVEIRA, Beatriz. A oxigenoterapia hiperbárica no tratamento das lesões tissulares. Artigo Original, Online Brazilian Journal of Nursing, ano 04, v. 02, n. 03, p. 36-45, 20 out. 2004. Disponível em: https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4885/pdf_576. Acesso em: 5 ago. 2024.

COSTA, F. D.; SILVA, R. A.; PEREIRA, M. F. Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de lesões por pressão: revisão sistemática. Revista Brasileira de Terapias Combinadas, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 145-158, 2020. Disponível em: <https://www.rbtc.com.br/ohb-lpp-2020>. Acesso em: 11 nov. 2024.

FÉLIX, Rosilene; SANTOS, Rodrigo. Assistência de enfermagem ao paciente submetido à oxigenoterapia hiperbárica. Artigo Original, Revista Transformar, ano 17, v.02, n.10, p.140-151, 2017. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/98/94>. Acesso em: 6 ago. 2024.

FILHO, João de Souza et al. Oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de feridas. Revista Brasileira de Terapias Hiperbáricas, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2013. Disponível em: . Acesso em: 11 nov. 2024.

GELLY,HB; FIFE, CE; WALKER, D; ECKERT, KA. Trends in Medicare Costs of Hyperbaric Oxygen Therapy, 2013 through 2022. Artigo Original, UNDERSEA & HYPERBARIC

MEDICINE, ano 2024, v. 51, n. 2, p. 01-08, 2024. DOI 10.22462/702. Disponível em:<https://www.uhms.org/uhm-search/uhm-journal-volume-51-2024/number-2/702-manuscript.html>. Acesso em: 12 jun. 2024.

HIPERBÁRICA FEIRA. Oxigenoterapia hiperbárica em Feira de Santana. Disponível em: <https://www.hiperbaricafeira.com.br/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

HOTT, Lucas. INDICAÇÕES DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA REGULAMENTADAS PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Orientador: Alexandre Soares Bifano. 2021. 18 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - UNIFACIG, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/3200/2255>. Acesso em: 2 ago. 2024.

KESSLER, L. et al. Hyperbaric oxygenation accelerates the healing rate of nonischemic chronic diabetic foot ulcers: a prospective randomized study. *Diabetes Care*, v. 26, n. 8, p. 2378-2382, 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/8982125_Hyperbaric_oxygenation_accelerates_the_healing_rate_of_nonischemic_chronic_diabetic_foot_ulcers_a_prospective_randomized_study. Acesso em: 12 ago. 2024.

KRANKE, Pedro; BENNETT, Michael H; MARTYN-ST JAMES, Marrison; SCHNABEL, Alexandre; DEBUS, Sebastian E; WEIBEL, Stephanie. Hyperbaric oxygen therapy for chronic wounds. *Artigos, PubMed*, ano 2015, v. 06, n. 01, p. 01-57, 24 jun. 2015. DOI 10.1002/14651858.CD004123.pub4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26106870/>. Acesso em: 5 jun. 2024.

LACERDA, Elias. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO COM OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA. Artigo de Revisão, *Rev Latino-am Enfermagem*, ano 06, v. 1, n. 14, p. 118-123, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100016>. Disponível em: Scielo. Acesso em: 2 ago. 2024.

MAFFEI, Francisco Humberto. Oxigenoterapia hiperbárica. Artigo Original, *Jornal Vascular Brasileiro*, ano 2003, v. 2, n. 3, p. 169-170, 2003. Disponível em: <https://www.jvascbras.org/article/5e20a5870e8825e31d939fde/pdf/jvb-2-3-169.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2024.

MARTINELLI, Bruno *et al.* Alterações cardiorrespiratórias de pacientes submetidos à oxigenoterapia hiperbárica. Artigo Original, *Rev Esc Enferm USP*, ano 19, v. 53, n. 03, p. 01-08, 5 set. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017051503469>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9twC7KMHQp9Dyk8Cv97ymNh/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2024.

MINAYO, Maria Cecília. AMOSTRAGEM E SATURAÇÃO EM PESQUISA QUALITATIVA: CONSENSOS E CONTROVÉRSIAS. Estudo, *Revista Pesquisa Qualitativa*, ano 2017, v. 05, n. 07, p. 01-12, 1 abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 11 set. 2024.

OLIVEIRA, Aline; ROCHA, Daniel; BEZERRA, Sandra Marina; ANDRADE, Elaine Maria; DOS SANTOS, Ana Maria; NOGUEIRA, Lídy. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. Artigo Original, *Acta Paul Enferm*, ano 2019, v. 32, n. 02, p. 194-201, 7 mar. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/5rXWbmmz3qbNgTJKzwGtK9N/?lang=pt>. Acesso em: 14 jul. 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Instrução Normativa nº 01/2007, de 12 de janeiro de 2007. Diretrizes para a prática da oxigenoterapia hiperbárica. *Diário Oficial do Estado do Paraná*, Curitiba, PR, 12 jan. 2007. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 11 nov. 2024.

REBOUÇAS, VÂNIA R.C. Fisiologia Em OHB (Fortaleza-CE). Clínica São Bento. Medicina hiperbárica: Fortaleza: Vânia R.c. Rebouças, [2012]. 34 slides, color. Disponível

em:<<http://www.medicinahiperbaricafort.com.br/aulas-e-textos/22-aulas/67-ohb-fisiologia-1>>.
Acesso em: 14 jul. 2024.

SBMH,SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HIPERBÁRICA. Diretrizes Brasileiras de Oxigenoterapia Hiperbárica. Revista Brasileira de Medicina Hiperbárica , São Paulo, v. 1, pág. 1-9, 2012. Disponível em : <https://www.sbmh.org.br> . Acesso em: 11 jul. 2024.

SBMH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA HIPERBÁRICA (Brasil) (Org.). História. 2017. Disponível em: <<http://sbmh.com.br/sobre/historia-da-sbmh/>>. Acesso em: 14 jul 2024 .SBMH,

Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica. Diretrizes de Segurança e Qualidade e Ética. 5º edição.(revisão) São Paulo: Fórum de Segurança e Qualidade em Medicina Hiperbárica. 2014-2015.

SEN, Chandan K. Wound Healing Essentials: Let There Be Oxygen. Artigo Original, National Library of Medicine, ano 2009, v. 17, n. 01, p. 01-18, 2009. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2704021/pdf/nihms-95304.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2024.

SILVA, A. S.; PEZZUTTO, C. F. Características de usuários submetidos à oxigenoterapia hiperbárica num serviço especializado. CuidArte, Enferm, v. 6, n. 2, p. 69-76, jul.-dez. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23985> Acesso em: 29 jun.2024.

SILVA, DENISE KARLA. EVIDÊNCIAS DA EFETIVIDADE DA OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA NO TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS. Orientador: Profª Dra. Miguir Terezinha V. Donoso. 2010. 34 p. Monografia (Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar) - Escola de Enfermagem da UFMG, [S. l.], 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9JLQA6/1/binder1.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

SILVA, LEANDRO HENRIQUE et al. TRATAMENTO DE OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA APLICADO AO PACIENTE PORTADOR DE SÍNDROME DE FOURNIER: REVISÃO DE LITERATURA. Artigo Original, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, ano 18, v. 24, n. 02, p. 01-07, 29 ago. 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_151538.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

TRIVIÑOS, AUGUSTO. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 174 p. ISBN 85-224-0273-6. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4233509/mod_resource/content/0/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf. Acesso em: 8 out. 2024.

UHMS-UNDERSEA AND HYPERBARIC MEDICAL SOCIETY. 2017. Disponível em: <<https://www.uhms.org/> Acesso em: 10 jun.2024

VIEIRA, Cleuson *et al.* O uso da oxigenoterapia hiperbárica no tratamento de feridas. Artigos, Revista Eletrônica Acervo Enfermagem, ano 2022, v. 17, p. 01-10, mar. 2022. DOI <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e9870.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/9870/5928>. Acesso em: 15 jul. 2024.

VIEGAS, Micaelly et al. OXIGENOTERAPIA HIPERBÁRICA E PÉ DIABÉTICO: EVIDÊNCIAS DO TRATAMENTO. Artigo Original, Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar 2, ano 2023, p. 01-12, 2 maio 2023. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/75338>. Acesso em: 11 nov. 2024.

Capítulo 11



10.37423/250209657

PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ADULTO COLOSTOMIZADO NO PÓS- OPERATÓRIO DE CÂNCER DE CÓLON: UM ESTUDO DE CASO

Pérola Monique Barreto Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana

Guilherme Guedes de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Gisele dos Santos Moreira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Iara Cruz da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana

Maysa da Hora dos Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana

Ramon Costa Bomfim

Universidade Estadual de Feira de Santana

Bárbara Raissa Rocha de Azevedo

Universidade Estadual de Feira de Santana

Mariana Santos de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana

Andressa de Souza Batista

Universidade Estadual de Feira de Santana

Jaddy Kelly Matheus Alves

*Docente da Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública*

Resumo: A assistência de enfermagem a pacientes colostomizados no pós-operatório de câncer de cólon requer uma abordagem sistematizada, fundamentada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta. Este estudo de caso tem como objetivo descrever as intervenções de enfermagem direcionadas a uma paciente de 29 anos, submetida a laparotomia exploratória com colostomia, esplenectomia e apendicectomia devido a neoplasia maligna do cólon. A pesquisa seguiu um modelo descritivo, abordando as etapas do Processo de Enfermagem conforme a Resolução COFEN nº 736/2024, com coleta de dados baseada em anamnese, histórico de enfermagem e taxonomia NANDA. Foram identificados diagnósticos de enfermagem, como integridade da pele prejudicada, risco de infecção e ansiedade, permitindo a elaboração de planos de cuidados específicos. O estudo destaca a importância do suporte biopsicossocial no processo de adaptação à colostomia, evidenciando a necessidade de intervenções que promovam a aceitação da nova condição de vida e a recuperação holística da paciente.

Palavras-chaves: Neoplasia do Cólon, Assistência de Enfermagem, Colostomia.

INTRODUÇÃO

Em sua prática profissional, a equipe de enfermagem precisa dominar tanto o conhecimento teórico quanto o técnico para lidar com as complicações mais frequentes durante a avaliação do sistema fisiológico, além de ser capaz de tomar decisões rápidas que revertam o quadro clínico do paciente. Nesse contexto e não obstante, as intervenções determinadas pelo enfermeiro ao indivíduo, em suas mais variadas condições, segue-o com o intuito de atingir resultados esperados para prevenir, proteger, promover, recuperar ou manter a saúde. Desse modo, a operacionalização desse processo acontece por meio da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que torna o trabalho mais eficiente e organizado. (PEREIRA, 2020). De acordo com a Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024, o processo de enfermagem é composto por cinco etapas: a avaliação, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a evolução. Esse processo permite ao profissional de enfermagem identificar, compreender, descrever, organizar e explicar para os profissionais como o paciente responde aos problemas encontrados, desta forma determinam e planejam a sua execução e monitoram a avaliação prestada ao paciente de forma contínua (PEREIRA, 2020; FENGLER, 2020). Assim, esse presente estudo, busca descrever a assistência de enfermagem destinada a paciente no pós-operatório com histórico de Câncer de cólon e colostomia ao que tange às repercussões das novas adaptações a sua vida.

Dentro dessa conjuntura, a fim de elucidar e fundamentar cientificamente as práticas de enfermagem, emergem as teorias de enfermagem, aqui trabalha-se A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda Horta, que é amplamente utilizada para organizar o cuidado de forma individualizada e humanizada. Essa é fundamentada em três princípios: a lei do equilíbrio (homeostase), a lei da adaptação e a lei do holismo. Horta adaptou a hierarquia de Maslow e as necessidades de João Mohana, dividindo-as em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. As necessidades psicobiológicas estão relacionadas às funções básicas de sobrevivência, como alimentação e descanso; as psicossociais abrangem interação social e comunicação; e as psicoespirituais envolvem a busca de compreensão e transcendência. O modelo de Horta utiliza essas necessidades para orientar a assistência de enfermagem, com foco no autocuidado e na recuperação da saúde. Segundo essa teoria, as necessidades humanas são inter-relacionadas e, quando uma não é atendida, todas as outras sofrem impacto. A sua aplicação na SAE permite o diagnóstico e tratamento integral do paciente, priorizando suas necessidades em diferentes níveis do seu processo saúde doença (SILVEIRA, 2014)

No contexto da assistência ao paciente colostomizado, este estudo de caso tem como objetivo analisar a resposta da equipe de enfermagem diante das demandas biopsíquicas e sociais de uma paciente de 29 anos que inicialmente foi diagnosticada com abdome agudo obstrutivo, e após passar por uma laparotomia exploratória, teve o diagnóstico final de Neoplasia Maligna do Cólon no ângulo esplênico, associado a apendicite. Como resultado do procedimento cirúrgico, foram realizadas colostomia parcial, esplenectomia e apendicectomia. Este estudo avalia, portanto, as intervenções da equipe de enfermagem no manejo das implicações físicas e psicossociais decorrentes do novo diagnóstico de câncer e a colostomia, com foco na adaptação à nova condição de saúde após alta.

Aqui detalha-se e define abdome agudo obstrutivo como parada da progressão do conteúdo intestinal por um obstáculo mecânico ou uma falência funcional. A obstrução mecânica pode ser simples, sem comprometimento vascular, ou por estrangulamento, com isquemia e risco de gangrena e perfuração. A obstrução é classificada de acordo com sua localização (alta ou baixa) e extensão (completa, parcial ou alça fechada), já a funcional é comum em pós-operatórios abdominais e em pacientes graves (BRITO, 2020). O quadro clínico da obstrução intestinal pode ser muito variável, dependendo da etiologia, localização, grau de oclusão e presença ou não de estrangulamento. Os sinais e sintomas mais comuns são: dor (referida como uma dor em cólica) náuseas e vômitos, parada da eliminação de gases e fezes e distensão abdominal (VITAL, 2020; BRITO et al., 2024). Em geral, as causas mais comuns de obstrução mecânica são aderências, hérnias, diverticulite, corpo estranho (incluindo cálculos biliares), vólvulo, intussuscepção, impactação fecal, tumores/cânceres (ATALAY et al., 2021).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer dos EUA (2024), os cânceres que se formam no abdômen, como câncer de cólon, ovário, pâncreas ou estômago, são mais propensos do que outros tipos de câncer a causar obstrução intestinal. Uma obstrução intestinal causada pelo próprio câncer é chamada de obstrução intestinal maligna. O câncer pode causar obstrução intestinal de diferentes maneiras, como tumores e cânceres avançados. Nesse sentido, é uma neoplasia que acomete o reto e/ou intestino grosso (cólon). O cólon é o local mais frequente de neoplasias primárias como adenomas e adenocarcinomas, esse quadro patológico acomete segmento distal do reto e sigmoide, seguidos pelo ceco, cólon ascendente e transversos. Os adenocarcinomas representam a quase totalidade dos cânceres colorretais. O câncer colorretal surge a partir de alteração genética de células da mucosa colônica normal que evoluem para pólipos adenomatosos (BENSON, 2007). O câncer colorretal é a

terceira neoplasia maligna mais frequente no mundo e a segunda maior causa de morte por câncer nos Estados Unidos, desconsiderando-se o sexo (MARLEY; NAN, 2016).

O câncer colorretal (CCR) é o terceiro mais comum em homens e o segundo em mulheres, com mais de 1,8 milhão de novos casos registrados em 2018. Nos EUA, é o terceiro câncer mais mortal. As taxas de incidência e mortalidade variam globalmente, sendo menores em países afro-asiáticos com baixo IDH e mais altas em países desenvolvidos. A incidência do CCR está aumentando, especialmente em regiões com crescimento populacional e envelhecimento. O estilo de vida ocidentalizado, incluindo obesidade, sedentarismo, dieta rica em carne, álcool, tabagismo e baixa ingestão de fibras, está relacionado ao aumento do risco. A microbiota intestinal também tem papel importante na patogênese do CCR, oferecendo esperança para futuras intervenções que possam reduzir sua prevalência (PITCHUMONI, 2020). O tratamento varia conforme o tamanho, localização e extensão do tumor, além da saúde geral do paciente. As principais opções terapêuticas incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinada. A cirurgia consiste na remoção do tumor e de parte do cólon ou reto, podendo ser necessária uma colostomia temporária ou permanente em alguns casos.

A colostomia estabelece um novo trajeto para a eliminação das fezes, expondo diretamente as vísceras abdominais ao ambiente externo. Essa intervenção se torna necessária de forma permanente em aproximadamente 10% a 20% dos pacientes. Sob uma perspectiva sociocultural, a evacuação é um tema delicado, pois está intrinsecamente ligada à privacidade e ao autocuidado. A necessidade de utilizar um dispositivo terapêutico para realizar uma função cotidiana e íntima pode gerar constrangimento, desafios, além de dificuldades significativas na adaptação à nova rotina e impactando a qualidade de vida e o bem-estar emocional do indivíduo (SILVA, 2016; SOARES et al, 2022).

Nicolussi (2010) aponta que os pacientes com câncer de cólon e reto apresentam as funções física, psicológica, cognitiva e social, influenciadas tanto pela doença quanto pelo manejo terapêutico da doença. Fatores como a prática de exercícios, uma boa nutrição e o suporte psicossocial contribuem para uma melhor qualidade de vida. No entanto, o diagnóstico de câncer pode gerar sintomas de ansiedade, depressão e problemas relacionados à imagem corporal e ao bem-estar geral, exigindo intervenções multidisciplinares para melhorar a adaptação dos pacientes.

Com base nos fundamentos apresentados, o objetivo geral deste estudo é planejar a assistência de enfermagem ao paciente com diagnóstico de câncer de cólon, submetido à colostomia no pós-

operatório, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Busca-se, ainda, promover a recuperação holística do paciente, fundamentada na Teoria das Necessidades Básicas de Wanda Horta. Como objetivos específicos, o estudo pretende identificar os diagnósticos de enfermagem no pós-operatório e os cuidados necessários, alinhados às melhores práticas e às necessidades fundamentais do paciente, conforme a teoria de Horta. Além disso, visa descrever a assistência de enfermagem no planejamento da alta, levando em consideração possíveis complicações físicas, bem como os impactos sociais e psicológicos que possam emergir nesse contexto.

METODOLOGIA

Este estudo de caso foi realizado com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Sistematização da Assistência de Enfermagem no perioperatório (SEAP), conforme preconizado pela Resolução COFEN nº 736//2024, que regulamenta o Processo de Enfermagem (PE) no Brasil. Trata-se de um estudo de caso descritivo, realizado com uma paciente do sexo feminino, diagnosticada com câncer de cólon após ser submetida à laparotomia exploratória. O foco foi a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no período pós-operatório e alta, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A coleta de dados foi realizada por meio de anamnese e histórico de enfermagem. As informações obtidas incluíram dados subjetivos, como o relato de dor abdominal, e dados objetivos, como os resultados de exames laboratoriais e de imagem. Esses dados serviram de base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem, conforme a taxonomia NANDA.

O objeto de estudo foi uma mulher, de 29 anos, caucasiana, casada. Natural de Feira de Santana onde reside com seu marido e seus três filhos, que tinha como parte da sua rotina apreço por atividades como passear e cuidados com os filhos. Possui apoio familiar, fé religiosa voltada para o cristianismo, sem vínculo empregatício vigente. Foi hospitalizada dia 17/09/2024 com diagnóstico abdome agudo obstrutivo, onde foi submetida à laparotomia exploratória, tendo como diagnóstico final: câncer no cólon, resultando em colectomia parcial e esplenectomia para retirada do tumor, apendicectomia e ostomia do cólon transverso à esquerda.

O processo de enfermagem foi implementado conforme as etapas estabelecidas: visita pré-operatória, planejamento da assistência, implementação da assistência, avaliação da assistência pós-operatória e reformulação da assistência e evolução. Pode-se aplicar a Sistematização do Processo de Enfermagem

no Perioperatório (SAEP), haja visto, que a abordagem a paciente se iniciou no momento da internação na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

O estudo foi conduzido de forma sistemática, abrangendo os diagnósticos de enfermagem baseados nos problemas identificados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), como integridade da pele prejudicada, risco de infecção e ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico. Com base nesses diagnósticos, foram planejadas e implementadas intervenções específicas (Tabela 2), como a realização de curativos assépticos e a administração de antibióticos. Além disso, foi elaborado um plano de alta de enfermagem, contemplando as necessidades biopsicossociais da paciente e suas estratégias de enfrentamento como orientações fornecidas referente aos cuidados com a colostomia, a higienização adequada, a troca do dispositivo de forma asséptica, e a manutenção da integridade da pele ao redor do estoma. Os dados obtidos foram organizados e analisados à luz dos resultados esperados para cada intervenção, utilizando os domínios e títulos da taxonomia NOC (Nursing Outcomes Classification).

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 e pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pela paciente.

RESULTADOS

A SAEP envolve um conjunto de ações coordenadas para garantir a segurança e o bem-estar do paciente durante todas as fases da cirurgia: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Esta pesquisa se enquadrou no período pós operatório imediato na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A abordagem da SAEP visa identificar e resolver problemas, além de promover uma recuperação mais rápida e segura.

As informações coletadas no Histórico de Enfermagem serviram como base para a avaliação da paciente, permitindo a identificação dos problemas existentes, a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem e o planejamento das intervenções mais adequadas (Tabela 2).

HISTÓRIA CLÍNICA

Alega sentir dores abdominais (6/10) em QIDE há cerca de 05 meses, mas diz ter confundido com cólicas menstruais nesse período. Por volta de 05/09 as dores evoluíram para escala de dor 9/10 e ficaram mais constantes. Sendo assim, no dia 12/09 deu entrada na UPA Mangabeira relatando dor abdominal intensa, náuseas e vômitos, evacuação em pequena quantidade, evoluindo para obstrução intestinal com ausência de dejeções e distensão abdominal com dor à palpação. Em exames realizados na UPA, foi identificado tumoração em ângulo esplênico do cólon e apêndice edemaciado com tamanho aumentado. Regularizada da UPA Mangabeira para emergência HGCA no mesmo dia, alocada na clínica cirúrgica até o momento de realização da cirurgia. Em 17/09 foi submetida à laparotomia exploratória onde foi encontrada uma tumoração em flexura esplênica do cólon aderida ao baço, sendo realizadas a colectomia parcial e esplenectomia para retirada do tumor, apendicectomia e ostomia do cólon transversal à esquerda. Paciente encaminhada para CRPA após o procedimento, onde segue sob os cuidados da equipe de enfermagem.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18/09 às 9:00h, Adulta de 29 anos em 1º DPOI, restrita ao leito devido à laparotomia exploratória e aos procedimentos de apendicectomia, esplenectomia e colostomia. Em dieta zero e sendo monitorada por meio de monitor multiparamétrico. A paciente relata ansiedade para ver os familiares e medo de não se adaptar à bolsa de colostomia. Apresenta secreção esverdeada na SNG e queixava-se de dor no local da sonda, além de relatar sede. O AVP no MSE estava comprometido devido à infiltração. A incisão cirúrgica estendia-se da região epigástrica até a hipogástrica, e a bolsa de colostomia, situada no flanco esquerdo, apresentava pequena quantidade de secreção sanguinolenta. Em uso de sonda vesical de demora (SVD) apresentando 400ml de urina concentrada, amarela. A paciente negou dor abdominal. Sinais vitais: PA: 139x85 mmHg, FC: 117 bpm, pulso: 117 bpm, FR: 20 rpm e SaO₂: 98%.

Dados coletados através de chamada telefônica.

09/10 Paciente com boa evolução, apresenta melhor aceitação do seu diagnóstico, relata desconforto nos pontos da colostomia, em uso de bolsa de ostomia de duas peças, realiza higiene diária. Apresenta incisão cirúrgica com boa cicatrização, com apenas dois pontos na região umbilical. Paciente encaminhou para a pesquisadora responsável imagens da incisão cirúrgica (Imagem 1) e da ostomia. (Imagens 2).

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Abdome Agudo Obstrutivo + Neoplasia Maligna do Cólon.

NUTRIÇÃO/ DIETA

Dieta zero conforme prescrição médica. Fazendo uso de SNG.

ELIMINAÇÕES

Em uso de sonda vesical de demora (SVD) apresentando 400ml de urina concentrada, amarela. Em uso de bolsa de colostomia apresentando secreção sanguinolenta em pouca quantidade no momento.

RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS (12/09)

Hemoglobina: 139 g/L; Hematocrito: 40,6%; TP: 76,6%; RNI: 1,17; TTPA: 33,2 segundos; Ureia: 33 mg/dL; Leucocitos: 8.850/mm³; Plaquetas: 482.000/mm³; Creatinina: 0,79 mg/dL; Sódio: 134,9 mmol/L; Potássio: 13,21 mmol/L; Bilirrubina total: 0,23 mg/dL; Bilirrubina directa: 0,19 mg/dL; Bilirrubina indirecta: 0,04 mg/dL; Gama-GT: 25 U/L; Fosfatase alcalina: 80 U/L; TGO: 20 U/L; TGP: 14 U/L; Amilase: 947 U/L; PCR: 40,7 mg/L

EXAMES DE IMAGEM

Tumoração em ângulo esplênico do cólon e apêndice edemaciado com tamanho aumentado.

CUIDADOS PRESTADOS

A equipe de enfermagem realizou curativo, banho no leito, hidratação dos lábios feita com gazes úmidas com água, administração de medicação conforme prescrição médica.

Tabela 1 - Diagnóstico de Enfermagem, intervenções e resultados esperados.

Problemas	Diagnóstico (NANDA)	FAOSE	Intervenções (NIC)	Aprazamento	Resultados esperados (NOC)
Dor relacionada à SNG	Dor aguda relacionada a SNG evidenciado por relato verbal e escala numérica da dor 10/10.	F	-Administrar analgésico.	6h; 12h; 18h; 00h	Domínio: IV Título: controle dor Indicador: sinais e sintomas de dor, conhecimento vasto (5) para nenhum (1) em 12h.
Sede	Risco de volume de líquido desequilibrado relacionado à dieta zero.	FA	-Umedecer gases e passar na boca da paciente.	6h; 8h; 10h; 12; 14h; 16h; 18h; 20h; 22h	Domínio: II Título: Hidratação Indicador: sede grave (1) para nenhuma (5).
Lesão por incisão cirúrgica de região mesogástrica a hipogástrica	Integridade da pele prejudicada relacionada a procedimento cirúrgico de laparotomia exploratória e hemicolectomia evidenciado por ferida operatória na região mesogástrica á hipogástrica e bolsa de colostomia no flanco esquerdo.	F	-Curativo oclusivo a cada 24 horas. ✓	10h	Domínio: II Título: Cicatrização de Feridas: primeira intenção Indicador: Formação de cicatriz moderada (3) para extenso (5) em 30 dias.

Perda de líquidos via SNG	Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a procedimento invasivo evidenciado por líquido em SNG.	F	-Manter hidratação com ringer lactato.	6h; 12h; 18h; 00h	Domínio:II Título: Função gastrointestinal Indicador: Refluxo gástrico grave (1) para nenhum (5).
Dieta Suspensa	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionadas à pós operatório imediato de procedimento cirúrgico evidenciado por dieta zero.	F	-Manter hidratação com ringer lactato.	6h; 12h; 18h; 00h	Domínio: II Título: Digestão e Nutrição Indicador: Ingestão alimentar oral não adequada (1) para totalmente adequado (5) em 48 horas.
Ansiedade	Ansiedade relacionado a hospitalização evidenciado por inquietação.	FOE	-Orientar a paciente sobre seu estado de saúde; ✓ - Escuta humanizada ;✓ -Estimular a expressão dos medos e preocupação; - Encaminhar para psicólogo.	8h	Domínio: III Título: Nível de ansiedade Indicador: Desconforto moderado (3) para nenhum(5) em 24 horas.

Restrição ao leito	Mobilidade no leito prejudicada relacionada a dor no local da ferida operatória evidenciado por dificuldade de movimentação no leito.	A	-Incentivar a movimentação dos membros periféricos. ✓	8h	Domínio: I Título: Mobilidade Indicador: Desempenho no posicionamento do corpo levemente comprometido (4) para não comprometido (5) em 48 horas.
Medo da adaptação ao estoma	Medo relacionado a ostomia evidenciado por preocupação sobre sua adaptação com uso da bolsa de colostomia.	F	-Manter a paciente informada sobre seu estado de saúde; ✓ - Esclarecer dúvidas. ✓	8h	Domínio: III Título: Nível de medo Indicador: Antecipação de atenção nos eventos da vida substancial (2) para nenhum (5) em 24 horas.
Religiosidade	Religiosidade prejudicada relacionada a hospitalização.	O	-Estimular a fé.	8h	Domínio: V Título: Estado de conforto psicossocial Indicador: Bem estar psicológico substancialmente (2) para não comprometida (5).

Risco de infecção em ferida operatória	Risco de infecção relacionado ao sítio cirúrgico.	FA	-Administrar antibióticos conforme prescrição médica ; -Curativo conforme técnica assépticas; ✓		Domínio: IV Título: Controle de Riscos: processo infeccioso Indicador: Desenvolvimento de estratégias eficiente em controle de infecções frequentemente demonstrado (4) para consistentemente demonstrado (5) em 24h.
Risco de infecção em bolsa de colostomia	Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos.	O	-Orientar a paciente como é realizada a higiene do local da ostomia e como é desprezado as fezes da bolsa coletora. ✓		

Imagem 1- Foto enviada pela paciente da incisão cirúrgica.	Imagem 2- Foto enviada pela paciente da ostomia.
	

A imagem 1 mostra uma incisão cirúrgica em processo de cicatrização, onde os pontos já caíram, exceto por dois na região umbilical. É evidente que a cicatrização está avançando bem, indicando uma resposta positiva do organismo à cirurgia.

Na imagem 2, na região da colostomia, observa-se que a bolsa está instalada de forma inadequada, cobrindo uma grande área da pele íntegra. Essa instalação adequada é crucial para a proteção da pele ao redor da colostomia e para evitar complicações, como irritações ou infecções. Os pontos da ostomia ainda não foram retirados, visto que já deveriam ter sido removidos. É importante monitorar a área para garantir que não haja sinais de infecção ou desconforto, e que a pele ao redor da colostomia permaneça saudável.

PLANO DE ALTA

Esse plano tem como objetivo fornecer orientações claras para que a paciente continue sua recuperação com segurança e autonomia no domicílio, reduzindo o risco de complicações pós-operatórias.

Paciente em pós-operatório imediato, sem sinais de infecção ou complicações agudas. Sinais vitais dentro dos parâmetros normais para a condição pós-operatória. Funções gastrointestinal e urinária monitoradas e estabilizadas. Bolsa de colostomia em funcionamento adequado, com orientações fornecidas. Ansiedade e medo relacionados à colostomia e à recuperação geral tratados com suporte escuta humanizada e informações sobre sua condição clínica.

Problemas / Condições	Diagnóstico	FAOSE	Cuidados
Bolsa de colostomia	Integridade da pele prejudicada relacionada a procedimento anestésico-cirúrgico de laparotomia exploratória e hemicolectomia evidenciado por ostomia e bolsa de colostomia em flanco esquerdo.	O	-Orientar a paciente a trocar a bolsa sempre que estiver até 1/3 da sua capacidade ou quando houver vazamento; -Limpar a pele ao redor do estoma com água e sabão neutro e secar a pele ao redor completamente antes de colocar a nova bolsa; -A colostomia deve ser observada diariamente quanto a sinais de infecção, como vermelhidão, inchaço, secreção purulenta ou sangramentos excessivos; -A paciente e familiares devem ser treinados quanto ao manuseio da bolsa e reconhecimento de sinais de alerta.
Ferida operatória	Integridade da pele prejudicada relacionada a procedimento anestésico-cirúrgico de laparotomia exploratória e hemicolectomia evidenciado por ferida operatória na região mesogástrica.	O	-Realizar a troca do curativo conforme orientação médica. Manter a incisão limpa e seca; -Ficar atenta a sinais como dor intensa, calor, vermelhidão, inchaço ou secreção no local da incisão; -Manter a higienização das mãos antes e após o cuidado com a incisão.
Uso de medicações	Conhecimento deficiente relacionado à	O	-Seguir rigorosamente a prescrição médica,

	falta de familiaridade com medicações prescritas evidenciado por não conhecimento.		respeitando os horários e dosagens; -Caso sinta dor, tomar o analgésico conforme prescrito, observando intervalos entre as doses; -Mesmo que tenha melhoras dos sintomas, não interromper o tratamento com antibióticos, caso estejam prescritos.
Mobilização e atividade física	Risco de Lesão relacionada a diminuição da mobilidade corporal no pós operatório.	O	-Inicialmente, manter repouso relativo com pequenas caminhadas para evitar complicações de imobilidade, como trombose; -Evitar esforços físicos que possam comprometer a incisão, como carregar pesos ou realizar atividades domésticas pesadas.
Dieta	Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionadas à mudança de hábitos de vida no pós-operatório evidenciado por não conhecimento.	O	-Orientar a fazer uma alimentação com legumes, vegetais, frutas, grãos, proteínas e evitar comidas rica em gordura; -Manter-se bem hidratada com ingestão de líquidos claros, conforme permitido, para evitar desidratação e facilitar o funcionamento intestinal.
Ansiedade	Ansiedade relacionado a hospitalização evidenciado por inquietação.	OE	-Recomenda-se suporte emocional contínuo, participação ativa dos familiares e acompanhamento psicológico.

Medo à adaptação com a bolsa de ostomia	Medo relacionado a ostomia evidenciado e condição clínica por preocupação sobre sua adaptação com uso da bolsa de colostomia.	OE	-Esclarecer todas as dúvidas da paciente em relação ao seu quadro clínico; -Orientar sobre o processo de adaptação do uso da bolsa de colostomia; -Encaminhar para o Cepred.
--	---	----	--

DISCUSSÃO

A neoplasia maligna do cólon, ou câncer colorretal, pode acometer a região do cólon e/ou reto e também é responsável pela obstrução intestinal aguda. Ao analisar a paciente em questão, é possível identificar uma similaridade entre a sintomatologia apresentada pela mesma e a literatura. Diversos sintomas ocorrem devido à localização e estágio do câncer, como diarreia, constipação intestinal, fadiga, perda de apetite, dores abdominais são bastante comuns e impactam significativamente na qualidade de vida de pacientes com CCR. (MELLO, 2020). A partir dessas informações, é possível identificar os sintomas do CCR que há muito tempo a paciente vinha sentindo (constipação intestinal e dores abdominais), como fora relatado na história clínica.

Tendo em vista o quadro clínico e a história da paciente, observamos o cuidado que estava sendo prestado pela equipe de enfermagem na SRPA e em qual nível estava a aceitação da paciente para com as condutas realizadas e sua situação atual de saúde. A paciente levantou não só questões que eram compatíveis com o pós-operatório imediato, mas abordou suas preocupações e elucidou suas necessidades psicossociais, o que nos levou a utilizarmos o referencial da Teoria de Wanda Horta neste estudo. Dentre os problemas levantados, a lesão por incisão cirúrgica merece destaque por ser decorrente de um procedimento complexo e de grande extensão que é a laparotomia exploratória. A troca da cobertura oclusiva a cada 24h previne a entrada de bactérias, além de dar sustentação física à ferida e absorver o exsudato. Cabe a equipe de enfermagem avaliar, documentar adequadamente o processo de cicatrização do sítio cirúrgico. Utilizar estratégias para otimizar a cicatrização do sítio cirúrgico, seja pela detecção precoce das anormalidades, seja pelos cuidados após sua instalação. Assim, as intervenções do enfermeiro devem basear-se nas fases da cicatrização atentando-se para os possíveis eventos adversos que delas podem decorrer (FERREIRA, 2006).

Outro problema identificado foi o risco de desnutrição relacionado à dieta zero. Primeiramente, é importante destacar que pacientes com câncer do trato gastrointestinal, aqui inclui-se o câncer

colorretal, já possuem um risco maior de desnutrição desde o pré-operatório devido aos sintomas como náuseas, vômitos, dores abdominais, sensação de plenitude gástrica, perda de apetite e perda de peso (INCA, 2022). Com isso em vista, o risco nutricional no pós-operatório se associa a desfechos clínicos desfavoráveis, como: redução na qualidade de vida, aumento do risco de toxicidade induzida por quimioterápicos, diminuição no consumo alimentar, aumento do tempo de internação e redução da sobrevida (POLTRONIERI; TUSSET, 2016). Com relação à sonda nasogástrica, é papel da equipe de enfermagem verificar diariamente se está fixada corretamente e se não está irritando o paciente a fim de evitar lesões por pressão causada pelo dispositivo.

A restrição ao leito nesta fase pós-operatória é muito crucial para a recuperação do paciente, mas traz alguns riscos, como o risco de Lesões por Pressão (LPP). A lesão por pressão se define por uma lesão localizada na pele ou tecido geralmente sobre uma proeminência óssea, de etiologia isquêmica causada por pressão, cisalhamento ou fricção que pode resultar em necrose tecidual decorrente de períodos prolongados de repouso no leito, no qual interfere no suprimento sanguíneo (ALVES et al., 2008). A equipe de enfermagem deve fazer a avaliação de risco periodicamente, utilizando-se de instrumentos, como a Escala de Braden, para identificar pacientes mais vulneráveis à LPP como é o caso da paciente deste estudo, que possui baixa locomoção no leito devido à incisão cirúrgica extensa. Nesta situação, é importante a inspeção diária da pele, utilizar colchões de espuma, pressão ou “caixa de ovo”, encorajando o movimento dos membros periféricos (NETTINA, 2015).

Os pacientes que sofrem agravo à saúde, no qual necessitam submeter-se a um procedimento cirúrgico para eliminar urina e/ou conteúdo fecal através da parede abdominal, rompendo com seu padrão habitual de eliminação, geralmente enfrentam dificuldades psicológicas e experimentam um sentimento repugnante em relação a si mesmo. (NASCIMENTO, 2011). Pacientes submetidos a estomas (neste caso, a colostomia), possuem sua perspectiva de vida alterada, principalmente pela imagem corporal negativa devido a presença do estoma e da bolsa coletora. Autoestima diminuída, sexualidade comprometida e isolamento social decorrente de constrangimentos que podem levar a medo da exposição em público também são mudanças comuns que podem ocorrer na vida dos pacientes ostomizados. Segundo Nascimento (2011), o enfermeiro é essencial no processo de adaptação e consequentemente, aceitação e convivência do indivíduo com a estomia. O cuidado de enfermagem se inicia no diagnóstico e indicação da cirurgia, visando minimizar o sofrimento do paciente. Posteriormente, orientar sobre os hábitos alimentares, higiene, possíveis complicações, e principalmente, o autocuidado. As consultas de enfermagem posteriores, aliada a equipe

multiprofissional, é essencial para oferecer suporte, promover ações, promover grupos de apoio entre os ostomizados para que eles compartilhem o autocuidado e as experiências com o outro tendo como objetivo final a adaptação do paciente ostomizado a seu novo estilo de vida.

Na visão psicossocial, destacamos os problemas de medo e ansiedade durante nosso convívio com a paciente. Ansiedade e medo são Diagnósticos de Enfermagem presentes nas primeiras propostas de taxonomia (GOMES, et al. 2013), mas é importante salientar que são condições frequentes a indivíduos submetidos a cuidados de saúde e muitas vezes são respostas fisiológicas. O enfermeiro deve ter a capacitação para perceber quando esses sentimentos deixam o campo fisiológico e passam a ser problemas de enfermagem de fato. Em alguns pacientes a ansiedade pode permanecer no período pós-operatório em virtude da expectativa das mudanças advindas com a intervenção em sua rotina (GOMES, et al. 2013), exatamente o mesmo sentimento que a paciente deste estudo expressou. Para intervir nessa situação, o enfermeiro pode utilizar do diálogo e da escuta ativa para tranquilizar e orientar o paciente, mantendo-o informado durante todo o processo. Destaca-se também a importância do papel do enfermeiro atuando junto ao paciente antes dos procedimentos que precipitam a ansiedade e o medo, desenvolvendo ações educativas e intervenções que visem o relaxamento e a diminuição dos níveis de ansiedade (GOMES, et al. 2013).

CONCLUSÃO

Neste trabalho foi apresentado um estudo de caso de um paciente adulto com Câncer de Cólon, submetido a laparotomia exploratória e admitido na SRPA. Este estudo nos permitiu, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, identificar as necessidades, estabelecer um plano de cuidados e um prognóstico para uma pessoa em Pós-Operatório Mediato de Câncer do Cólon que agora, para além do diagnóstico de neoplasia, conviverá com uma ostomia. Desta forma, o presente estudo de caso buscou promover a adaptação do paciente com essa nova condição e fase da vida.

Com este estudo sobre a implementação da SAEP espera-se que os profissionais de saúde reflitam sobre os cuidados aplicados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica com a finalidade de identificar tanto necessidades biológicas como psicológicas, sociais e espirituais que encontramos à luz da teoria de Wanda Horta, direcionando o cuidado para a solução de problemas de enfermagem e proporcionando uma melhor evolução no quadro clínico da pessoa a qual for implementado.

Dentre os fatores limitantes do Estudo de Caso, apesar de identificarmos uma grande quantidade de conteúdos a respeito da temática e consideráveis coincidências com os achados clínicos do caso, houve uma escassez de literatura científica relacionando a temática com a SAEP. Outro fator limitante foi o tempo de convívio que tivemos com a paciente, já que estivemos envolvidos em seu cuidado por apenas em 01 dia no qual a paciente ainda se encontrava em Pós-Operatório Imediato (POI), não sendo possível a implementação do plano de alta e a observação do prognóstico na prática.

Por fim, por meio desse estudo foi possível agregar mais conhecimento sobre a temática, nos tornando mais preparados para prestar uma melhor assistência aos pacientes acometidos por essa patologia e que necessitam de cuidados mais específicos, orientação e adaptação para o resto da vida.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, A. R. et al. A importância da Assistência de Enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no paciente hospitalizados. *Revista Inst. Cienc. Saúde*, v. 26, n. 4, p. 397-402, 2008.
2. ALVES DE BRITO, C. et al. Abdômen agudo obstrutivo: aspectos clínicos e cirúrgicos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 6, p. 331–340, 2024.
3. ATALAY, M. et al. Magnitude, pattern and management outcome of intestinal obstruction among non-traumatic acute abdomen surgical admissions in Arba Minch General Hospital, Southern Ethiopia. *BMC Surgery*, v. 21, n. 1, 15 jun. 2021.
4. Bowel obstruction and cancer treatment. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/bowel-obstruction?cid=eb_govdel_cancerinfo>. Acesso em: 14 out. 2024.
5. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>>. Acesso em: 14 out. 2024.
6. FERREIRA, AM; DE ANDRADE, D. Sítio cirúrgico: avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. 2006.
7. GOMES, ET. et al. Ansiedade e medo em enfermagem médico-cirúrgica. *Rev. Enfermagem Brasil*, 2013.
8. INCA, Instituto Nacional do Câncer. Tipos de câncer. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer>>. Acesso em: 15/10/2024.
9. MAN, S.; ZOU, J.; WANG, M. et al. A meta-analysis of contrast-enhanced computer tomography in the diagnosis of colorectal cancer. *J Cancer Res Ther*, n.12(Supplement), p.79-81, 2016.
10. MARLEY, A. R.; NAN, H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet.*, n.7, v.3, p.105-114, 2016.
11. MELLO, M. R. S. P.; et al. Clinical evaluation and pattern of symptoms in colorectal cancer patients. *Arq. Gastroenterol*, v.57, nº2, p. 131-136, 2020.
12. NASCIMENTO, CMS; et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 20, p. 557-564, 2011.
13. NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. Editora Guanabara, n.1, ed. 11. 2021.
14. PITCHUMONI, C. S.; BRODER, Arkady. Epidemiologia do câncer colorretal. In: FLOCH, Martin H. (Ed.) *Neoplasia Colorretal e o Microbioma Colorretal: Displasia, probióticos e fusobactérias*. 1. ed. Academic Press, 2020. p. 5-33.

15. POLTRONIERI, T. S.; TUSSET, C. Impacto do tratamento do câncer sobre o estado nutricional de pacientes oncológicos: atualização da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 20, n. 4, p. 327–332, 2016.
16. SILVA, Daiane de Matos. Sistematização da assistência de enfermagem no centro cirúrgico: vantagens e desafios. *Journal of Medical and Biosciences Research*, v. 1, n. 2, p. 45-58, 2024. Disponível em: <<https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/14>>. Acesso em: 14 out. 2024.
17. SILVA, Márcio da; ERRANTE, Paolo Ruggero. Câncer colorretal: fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 13, n. 33, p. 133-145, 2016. Disponível em: <<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/765>>. Acesso em: 14 out. 2024.
18. SILVEIRA, Renata Cristina da Penha; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz. Avaliação de enfermagem ao adulto e idoso e teoria das necessidades humanas básicas: uma reflexão. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 8, n. 10, p. 3525-3532, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10085>>. Acesso em: 14 out. 2024.
19. VITAL, M. A. N. Obstrução Intestinal: Causas e Condutas. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 2005; 25(4): 332-3381. Disponível em: <https://sbcp.org.br/pdfs/25_4/03.pdf>. Acesso em: 14 out. 2024.

Capítulo 12

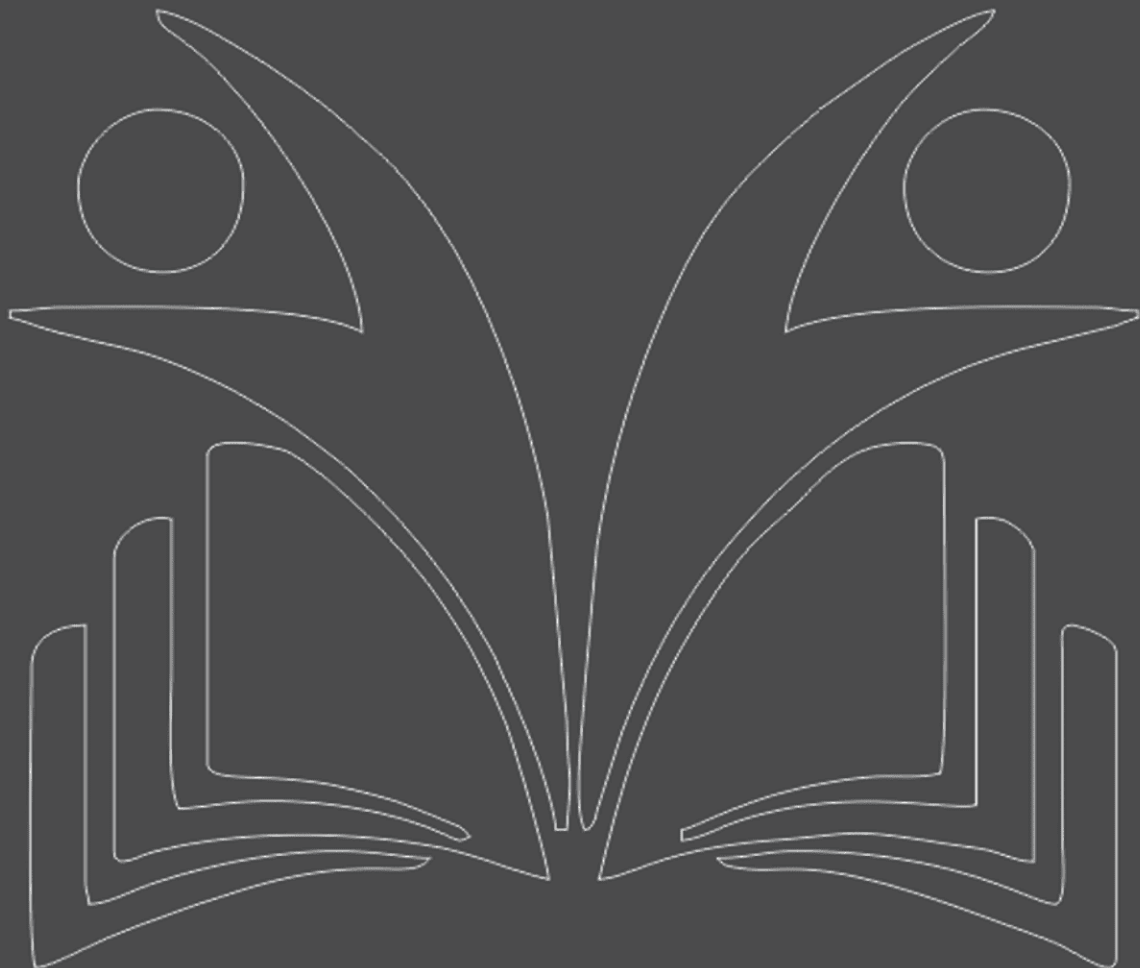


10.37423/250209663

RASTROS DA FORMAÇÃO DE PRÁTICAS DE SAÚDE HÍBRIDAS NO BRASIL

ITAMAR DA SILVA LIMA

SEDUC-CE



Resumo: Este estudo apresenta reflexões acerca do processo de formação de práticas de saúde híbridas no Brasil, para compreender a influência do universo místico e religioso nos espaços e no acervo de terapêuticas da chamada medicina oficial, entendendo ainda um pouco da dinâmica da relação de trocas de saberes envolvendo o sistema de saúde biomédico e o do universo de terapêuticas populares. Objetiva-se, analisar as relações da medicina no Brasil com o universo místico e religioso que caracterizam as práticas de cura dos povos tradicionais, como os índios e os africanos. Para tanto, realizou-se uma análise na historiografia que aborda as temáticas da saúde, da ciência e da religião no país. Pesquisas como a de Ribeiro (1997), Machado (1978), Lima (2020) e Quintana (1999) deram suporte para a discussão.

Palavras-chave: Ciência. Saber popular. Saúde.

INTRODUÇÃO

As práticas de saúde desenvolvidas no Brasil, desde o Período Colonial, podem ser caracterizadas como híbridas¹ devido à especificidade histórica da formação do povo brasileiro. Pode-se destacar a contribuição de saberes curativos dos povos indígenas, africanos e portugueses.

A formação e legitimação da ciência médica no Brasil é fruto de um processo lento e gradual, que vai se dando ao longo dos séculos, principalmente a partir de meados do século de XIX. Porém, desde os primórdios da organização da sociedade brasileira, religião, ciência médica, experiências populares de saúde, ao menos na prática, sempre andaram lado a lado, numa relação de complementariedade e de trocas simbólicas e de saberes terapêuticos.

Objetiva-se, neste artigo, compreender um pouco dos processos históricos e culturais de formação das práticas medicinais no Brasil, percebendo o perfil das relações entre ciência médica, religião e o universo de saberes práticos de cura populares no Brasil. Para alcançarmos as metas que se impõe nesse estudo, utilizou-se de procedimentos da pesquisa bibliográfica sobre a temática dos saberes e das práticas de saúde no país.

Afinal de contas, quais relações podem ser percebidas entre o sistema biomédico de saúde e o das terapêuticas populares, como o das benzedeiras, no Brasil? Qual o perfil da relação entre ciência, religião e saúde?

RASTROS DA FORMAÇÃO DE PRÁTICAS HÍBRIDAS DE SAÚDE NO BRASIL

De acordo com Lima (2020), se analisarmos os embates e perseguições sofridas pelos sujeitos praticantes de uma terapêutica mágica de cura nos últimos dois séculos, podemos ser levados a pensar que existe um distanciamento radical entre o sistema de cura biomédico e o popular. Sendo que o primeiro é pautado no saber erudito, adquirido no âmbito dos cursos de medicina; já o segundo, se baseia num saber tradicional de cunho mágico religioso, que é resultante da experiência adquirida pelos múltiplos sujeitos de um grupo social ao longo do tempo. Tais conhecimentos são repassados através da oralidade de uma geração para outra.

Percebendo as diferenças conceituais e metodológicas das duas artes de cura em análise – a científica e a popular (de cunho mágico ou místico), pode-se imaginar de forma errônea que a prática médica acadêmica afasta-se completamente do acervo popular de cura, praticado no Brasil desde os tempos mais remotos. No entanto, voltando um pouco na história do Brasil, pode-se verificar que ciência médica, religião e sabedoria popular têm mais aproximações do que divergências, os quais sempre se

deram mais ao nível dos discursos médicos oficiais, numa tentativa de legitimação dos seus espaços de poder.

O estudo das experiências colonialistas vivenciada nestas terras da América sugere que as práticas médicas oficiais e as práticas terapêuticas mágico-religiosas se imbricaram, se relacionaram intensamente no seio das comunidades de povos do Brasil, formando “uma arte médica complexa e singular”, como sugere a historiadora Márcia Moisés Ribeiro em seu estudo intitulado: “A ciência dos Trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII”.

Seguindo essa trilha de raciocínio, a estudiosa sugere que no Brasil colonial e imperial:

O intercâmbio das culturas era intenso. Do centro do império irradiavam-se ideias que circulavam, sofrendo modificações. A exemplo de tantas outras, as obras do médico familiar do Santo Ofício, Curvo Semedo, foram amplamente receptivas aos ensinamentos adquiridos em terras distantes da Metrópole. (RIBEIRO, 1997, p. 58)

Conclui-se que:

Simultaneamente ao processo de absorção das culturas alienígenas, as teorias médicas mais tradicionais da arte hipocrática estenderam-se às diversas localidades conquistadas. Trata-se, portanto, de um movimento de duplo sentido, de influências recíprocas entre o centro e a periferia. (RIBEIRO, 1997, p. 58)

Portanto, como supõe a argumentação de Ribeiro (1997), tanto as teorias médicas irradiadas pela Metrópole Portuguesa em solo brasileiro, sejam através dos livros de medicina ou dos tratados médicos, como o acervo das terapêuticas indígenas, foram influenciadas, transformadas, a partir do contato entre os dois povos: os ameríndios e os portugueses. Desse “contato de culturas diferentes”, unidas por concepções em comum no que tange ao universo do imaginário da doença, formaram-se duas formas medicinais complexas, metamorfoseadas pelo acréscimo de elementos socioculturais dos diversos povos alojados no território brasileiro colonial.

Esse processo de “metamorfose por contato” foi possível, pois, como sugere (RIBEIRO, 1997, p.59), “universos tão distante geograficamente, Brasil, Portugal e Goa apresentavam grande proximidade no que diz respeito aos hábitos e ideias.” Para essa autora,

Muitos ingredientes que já desfrutavam de prestígio entre os indígenas foram amplamente divulgados pelos europeus, justamente por apresentar certa familiaridade com elementos que lhe eram conhecidos. Traços de culturas teriam, portanto, facilitado amplamente a apropriação de crenças e hábitos do gentio pelos adventícios. (RIBEIRO, 1997, p.59)

Contudo, “o exotismo da natureza, bem como os usos e costumes de africanos e indígenas, em alguns casos estranhos aos portugueses, nutriram com novos elementos o imaginário europeu relativo à arte médica. Houve, portanto, um amoldamento de velhas crenças ao contexto colonial.” (RIBEIRO, 1997, p. 55). Isto porque, “não encontrando no Brasil muitos fármacos famosos pelas virtudes miríficas, procurou-se substituí-los por outros que tivessem analogia com aqueles conhecidos.” (Idem).

Assim, é provável que grande parte dos produtos aos quais eram atribuídas virtudes curativas tivesse mesmo eficácia comprovada, mas, o sucesso de outros tantos explica-se através da associação de elementos desconhecidos. (Idem). De fato, a diversidade do mundo natural que se apresentara aos olhos do colonizador influenciou o emprego de muitas substâncias medicinais, desconhecidas ou mesmo exóticas, na sua terapêutica médica. (RIBEIRO, 1997).

Por outro lado, às terapêuticas de cura populares praticadas pelos indígenas e africanos, também receberam contribuições dos conhecimentos medicinais do branco colonizador, pois, como assinala a estudiosa citada acima, houve um acentuado processo de difusão dos livros médicos portugueses por toda a colônia. De acordo com essa autora, esses tratados médicos tinha um conteúdo bastante acessível ao público, caracterizando por seu caráter prático.

Vale ressaltar, que na maioria desses tratados médicos vindos de Portugal, podia se encontrar uma vastidão de elementos da medicina popular, apreendidos em terras brasileiras. Para a pesquisa Márcia Moisés Ribeiro (1997), a maioria desses tratados médicos do século XVIII bebem na obra do doutor português Curvo Semedo, o qual, através dos seus escritos, encontrara tantos admiradores e leitores em toda colônia. Isto porque, seus livros eram aqueles que continham explicações de acontecimentos relativos à natureza, como à própria concepção de doença, mais distanciadas dos critérios racionais e mais próximas dos conceitos da medicina popular, como a das benzeduras.

Nesse sentido, “enquanto divulgava ao mundo os segredos que aprendia com índios e negros, o colonizador lançava sobre o nosso solo as sementes de seu acervo de crenças que, sob o signo do sincretismo, germinou, e floresceu, dando origem a um universo específico.” (RIBEIRO, 1997, p.65). Já que, apesar das repressões sofridas pelos agentes práticos de uma medicina popular ao longo do século XIX, as raízes de muitas crenças já estavam bem profundas no imaginário brasileiro.

A própria organização da medicina curativa no Brasil sugere um vínculo muito forte com religião - nesse caso singular aparece em destaque a religião Católica, pois, a partir do empreendimento colonial lusitano desse lado da América deu-se a necessidade de empreendimentos que pudessem cuidar da

saúde dos habitantes da colônia. Para tanto, vários grupos religiosos de Portugal se instalaram em várias capitanias do nosso país.

Como salienta Machado (1978), diversos líderes de capitanias do Brasil requisitaram junto à realza a vinda de missionários ou jesuítas – possuidores de habilidades curativas – para nessas terras desenvolverem práticas de assistência à saúde. Para tanto, foram construídos alguns hospitais na colônia sob a direção de ordens missionárias de Portugal.

Machado destaca a importância desses grupos religiosos nessas repartições de saúde, as quais receberam a denominação de Hospitais da Misericórdia ou ainda Santas Casas da Misericórdia. Dessa forma, “a assistência material e espiritual à doença é, ao menos no que se refere à hospitalização, uma recomendação religiosa.” (MACHADO, 1978, p. 66).

Portanto, os encargos de saúde dos hospitais coloniais ficaram, em sua maioria, nas mãos dos religiosos portugueses que vieram em missão para o Brasil. Nessas terras os jesuítas não foram somente os práticos em saúde dentro das Casas de Misericórdia, eles também desenvolveram atividades ligadas à manipulação de remédios naturais e, em alguns casos, recorreram aos poderes sobrenaturais das orações e rezas para curar os doentes.

Percebe-se que a medicina do período colonial e Imperial era assentada sobre valores de uma religiosidade cristã como a caridade, a solidariedade. Sendo assim, podemos supor com certa margem de segurança que muitos valores religiosos ou místicos continuam presentes nas práticas médicas brasileiras até os dias atuais.

Como bem mostrou Machado (1978) em seus estudos sobre a institucionalização da medicina no Brasil, a própria organização dos hospitais brasileiros mantinham muitas semelhanças com os templos religiosos cristãos. Até porque, como apontou esse pesquisador, muitos dos ritos da religião católica eram praticados com assiduidade dentro dessas casas de recuperação. Além, disso muitos símbolos católicos, como imagens de santos e crucifixos, sempre eram mantidos por perto dos enfermos. O que, mesmo em menor proporção, se mantém até os dias atuais.

A pesquisadora Eliane Cristina Deckmann Fleck no seu texto “*As curas de Deus e da Natureza*” publicado na *Revista de História da Biblioteca Nacional*, em 2010, destaca que:

Apesar de a Igreja não considerar o alívio aos doentes como uma atividade de religiosos, os jesuítas tinham desde 1776 uma autorização do papa Gregório XIII para praticar a medicina em regiões onde faltassem médicos. Os noviços, por exemplo, eram obrigados a fazer estágios em hospitais durante um mês. (FLECK, 2010, p. 59).

Nas regiões de influência da Igreja Católica Apostólica de Roma, onde faltavam médicos, como era o caso do Brasil colonial, “ao assumirem o papel dos médicos nos povoados que fundaram, esses religiosos tentaram tratar as doenças com métodos e remédios da metrópole, mas, aos poucos, perceberam que a farmacopeia indígena seria mais útil do que imaginavam.” (FLECK, 2010).

Ocupando o lugar do médico nas povoações que fundaram, os missionários adicionaram aos seus conhecimentos e práticas medicinais o acervo de receitas de ervas e rituais mágicos curativos dos xamãs indígenas, num processo contínuo de hibridismo cultural. Mas, não só isso, eles relegaram as sociedades contemporâneas conhecimentos medicinais e formas de organização no trato dos doentes, que podem ser percebidas nos procedimentos médicos modernos, como por exemplo: “o isolamento dos doentes, o enterro adequado aos mortos e a limpeza das enfermarias nos hospitais.”. (FLECK, 2010, p.59).

Nesse sentido, imagina-se que muitas das ações da medicina social moderna estão “contaminadas” de valores, de saberes e crenças místicas, o que torna o universo terapêutico biomédico atual em mais um “produto social híbrido”. Seguindo essa interpretação, pode-se constatar a presença do sagrado em quase todos os espaços biomédicos do país.

Não é raro encontrar no Brasil, inclusive no Piauí, hospitais que têm nomes de santos. Além disso, a própria organização interna desses espaços de saúde revela a proximidade, não declarada, do universo sobrenatural e místico ao científico da biomedicina. Assim:

As capelas no interior dos hospitais, a existência de crucifixos e imagens de Jesus Cristo nos quartos, as Bíblias nas saídas das Unidades de Terapia Intensiva e, sobretudo, o nome de santos dados a muitos destes sanatórios delatam a presença, não explícita, do religioso dentro do espaço da medicina oficial (NEVES, 1984 *apud* QUINTANA, 1999, p. 24).

Sendo assim, entende-se que no Brasil “não existem, na verdade, práticas puramente científicas ou puramente mágico-religiosas”. (LAPLANTINE, 1991, *apud* QUINTANA, 1999, p.24). Pode-se afirmar, portanto, que tanto as terapêuticas biomédicas, bem como também as populares, são sistemas de cura híbridos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões levantadas nesse artigo permitem, então, dizer que ciência, religião e sabedoria popular sempre caminharam lado a lado, mesmo que isso não assumido pelas instituições médicas do país. Mostrou ainda que os saberes e práticas de saúde dos mais variados povos contribuíram de forma substancial para formar em todo território brasileiro práticas de saúde híbridas.

Ao longo dessa pesquisa buscou-se demonstrar haver entre os dois sistemas de cura: o científico e o popular - uma interação muito intensa marcada pela confluência de diversos saberes de cura (acumulados ao longo do tempo), que mesmo tendo fundamentos e procedimentos diferentes, tem o mesmo o objetivo: A CURA DAS DOENÇAS.

Este estudo, por fim, possibilitou aumentar de sobremaneira a nossa visão em torno dos processos históricos e culturais de formação das práticas medicinais no Brasil. Além disso, mostrou relações existentes entre o universo biomédico e a esfera das práticas de cura populares, como a das benzedeiras.

REFERÊNCIAS

FLECK, Eliane Cristina Deckmann. As curas de Deus e da natureza. In: Atentados o lado sombrio da nossa política. História da Biblioteca Nacional. Ag. 2010.

LIMA, Itamar da Silva. Benzedeiras – Fé e Cura No Sertão: relações entre ciência, espiritualidade e saúde. 1ª ed. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

MACHADO, Roberto. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1978.

QUINTANA, Alberto M. A Ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pintada de Psicanálise. São Paulo: EDUSC, 1999.

RIBEIRO, Márcia Moisés. A Ciência dos trópicos: A arte médica no Brasil do século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997.

Capítulo 13



10.37423/250209668

"FORMIGAS COMO VETORES DE RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM AMBIENTES HOSPITALARES: EVIDÊNCIAS MOLECULARES."

Wanda Ramos dos Santos Lima

*Hospital Universitário da Universidade
Federal do Maranhão (HUUFMA)*

Patrícia Ribeiro Azevedo

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Emygdia Rosa do Rego Barros Pires Leal

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Bruna de Oliveira de Melo

Universidade CEUMA

Adriana Leandro Camara

Universidade Federal do Maranhão

José Manuel Macário Rebêlo

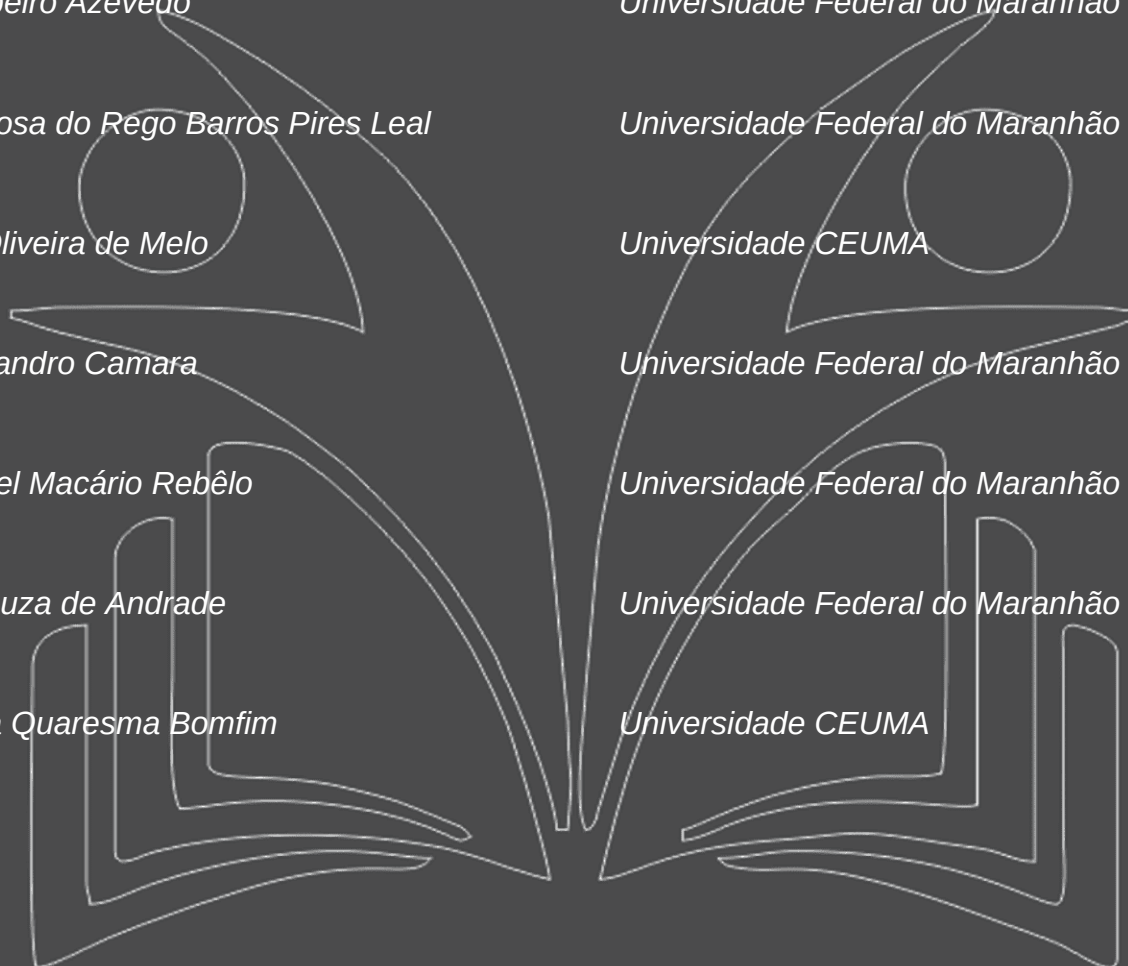
Universidade Federal do Maranhão

Marcelo Souza de Andrade

Universidade Federal do Maranhão

Maria Rosa Quaresma Bomfim

Universidade CEUMA



Resumo: A resistência a carbapenêmicos em *Acinetobacter* spp., é geralmente conferida pela produção de enzimas carbapenemases e metallo- β -lactamases (MBL). O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil molecular de resistência a antimicrobianos em 94 isolados de *Acinetobacter* spp obtidos a partir de 35 formigas capturadas e 59 amostras clínicas de pacientes do ambiente hospitalar. A presença de genes que codificam para as enzimas Oxa-carbapenemases: *bla*_{OXA-23}, *bla*_{OXA-24}, *bla*_{OXA-51} e *bla*_{OXA-58}, as β -lactamases: KPC, SHV, CTXm, TEM e as Metallo β -lactamases: *bla*_{SIM-1}*bla*_{GIM-1}, *bla*_{IMP-1}, *bla*_{VIM-1}, *bla*_{SPM-1}, foram investigadas pela Reação em Cadeia da Polimerase em multiplex (mPCR) com DNA total dos isolados bacterianos. Os ensaios de mPCR detectaram a presença dos genes *bla*_{OXA-23}, em (44: 75%); *bla*_{OXA-51} (54: 92%); e *bla*_{OXA-58} (6: 8,4%) dos isolados obtidos de amostras clínicas. Em isolados das formigas os genes detectados foram *bla*_{OXA-23} (8: 22,8%) e *bla*_{OXA-51} (22: 63%). O mPCR detectou a presença do gene *bla*_{SPM-1}, que confere resistência a metalo β -lactase em (3: 5.0%) das amostras clínicas e (3: 8,5%) dos isolados de formigas. As análises comparativas entre os perfis fenótipos de resistência com os perfis de amplificação pela mPCR em amostras recuperadas de formigas demonstraram que os dois isolados resistentes à quinolona, ciprofloxacina e aos carbapenêmicos: imipenem e meropenem foram positivos para o gene *bla*_{OXA-23} (p=0.047). Estudos demonstram que as formigas são disseminadoras de bactérias multirresistentes e podem acometer riscos à saúde dos pacientes vulneráveis e hospitalizados. É necessário medidas de saneamento, monitoramento e manutenção do controle contínuo de formiga no ambiente hospitalar.

Keywords: Formigas, Infecção Hospitalar, *Acinetobacter* spp., identificação molecular, Multiplex-PCR, ARDRA-PCR.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares estão relacionadas a vários fatores, entre as quais as condições imunológicas do paciente, uso exagerado de antimicrobianos na rotina clínica, más condições de higiene no ambiente hospitalar, presença de microrganismos resistentes ou multirresistentes, presença de insetos que podem atuar como vetores mecânicos de microrganismos patogênicos PEREIRA –UENO, 2013; TACCONELLI et al., 2014; SARWAR, 2015; OLIVEIRA et al., 2017, SILVEIRA et al., 2021).

Estudo de Cintra-Socoloski et al. (2015) mostrou que as formigas ocupam o segundo lugar entre os insetos encontrados no ambiente hospitalar. Essa presença tem sido comprovada em inúmeras pesquisas, onde diferentes espécies de formigas já foram detectadas carreando microrganismos potencialmente patogênicos (MOREIRA et al., 2005; COSTA et al., 2006; LISE et al., 2006; BRAGANÇA; LIMA, 2010; FONTANA et al., 2010, GONÇALVES et al., 2011; GARCIA et al., 2011; SILVA et al., 2016). Este é um problema potencialmente sério, especialmente considerando-se que têm sido encontradas bactérias multirresistentes carregadas por formigas nos hospitais brasileiros (MOREIRA, et al, 2005; FONTANA et al., 2010; VIEIRA et al., 2013; GARCIA et al., 2014).

Pesquisas mostraram que as bactérias isoladas de formigas têm sido diversificadas compreendendo cocos Gram-positivos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* spp. Coagulase Negativa; *Streptococcus agalactiae*, *Enterococcus faecalis*, *Micrococcus* sp. As bactérias Gram-negativas fermentadoras de glicose mais frequentes têm sido em sua maioria membros da família *Enterobacteriaceae*: *Serratia marcescens*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *S. liquefaciens* *Salmonella* sp. Entre as bactérias Gram-negativas não fermentadoras de glicose as mais encontradas têm sido *Acinetobacter* spp., *A. baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* (LIMA et al., 2013; MÁXIMO et al., 2014; MENEZES et al., 2015; SILVA et al., 2016; NUNES; SOARES; REIS, 2018; STUCKI et al., 2019) .

Algumas espécies de *Acinetobacter* spp. são clinicamente mais importantes do que outras, pela presença de determinados genes presentes em espécies patogênicas e ausentes nas demais (PELEG et al., 2012). Entretanto, *A. baumannii* é considerado clinicamente a mais importante e com o maior número de surtos e relatos de multirresistência aos antimicrobianos. Esta espécie é o segundo bacilo Gram-negativo não fermentador mais prevalente em infecções hospitalares (PELEG; SEIFERT; PATERSON, 2008; PELEG et al., 2012; MOHAJERI et al., 2016, KHAZAAL, et al., 2020). O *A. baumannii* tem sido considerado um patógeno oportunista capaz de causar sérias infecções em pacientes vulneráveis e hospitalizados, principalmente aqueles submetidos a procedimentos invasivos, em uso de cateteres, em longo período de internação, os que tiveram administração prévia de antibióticos,

em pacientes de unidade de terapia intensiva (UTI) que se encontram em quadros sépticos (BATIREL et al 2014; KALIL et al., 2016; LEE et al., 2017; BERIGO et al., 2021).

Os membros deste gênero *Acinetobacter* apresentam intrinsecamente uma notável tendência para adquirir resistência aos antimicrobianos. Nesse aspecto, o uso indiscriminado de diferentes fármacos durante muitos anos favoreceu a espécie *A. baumannii* a desenvolver mecanismos de resistência aos diferentes grupos de antimicrobianos frequentemente utilizados nos hospitais e pela comunidade (KEMPF et al., 2012, ZHENG al., 2021).

A resistência aos antibióticos β -lactâmicos resulta principalmente da produção de β -lactamases, enzimas pertencentes a todas as classes moleculares da classificação de Ambler. Em *A. baumannii*: têm sido descritas todas as β -lactamases, classe A, ESBL, Classe B, Metallo- β -lactamases; Classe C, cefalosporinas cromossomal do tipo $AmpC$ derivadas de *Acinetobacter* spp. e principalmente *A. baumannii* que conferem resistência às penicilinas, cefalosporinas e monobactâmico aztreonam e β -lactamases da classe D, que hidrolisam os carbapenêmicos (HAMMOUDI et al., 2015, WHO, 2017, KARAKONSTANTIS, et al., 2020).

A resistência aos carbapenêmicos nas espécies de *Acinetobacter*spp. pode ocorrer pela combinação de diferentes mecanismos, entre os quais: a diminuição da permeabilidade da membrana externa, alteração na afinidade das proteínas ligadoras de penicilina (PBPs), produção da enzima carbapenemases do tipo Oxa; *bla*_{OXA-23}; *bla*_{OXA-24}; *bla*_{OXA-51}, intrínseco *ebla*_{OXA-58}; metallo- β -lactamases (*bla*_{SIM-1}*bla*_{GIM-1}, *bla*_{IMP-1}, *bla*_{VIM-1}, *bla*_{SPM-1}, e *bla*_{NDM-1}), e raramente pela hiper-expressão de bombas de efluxo. Assim, o controle das infecções causadas por *Acinetobacter* spp., principalmente por *A. baumannii* tornou-se um problema de saúde pública mundial (AMUDHAN et al., 2012; CICEK et al., 2014; PICOLI, 2015; HAMMOUDI et al., 2015; CIELLO; ARAUJO, 2016; VIEIRA; CLARK et al., 2016, LEVY-BLITCHTEIN et al., 2018).

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo determinar o perfil molecular de resistência a diferentes classes de antimicrobianos, entre os quais carbapenêmicos, β -lactâmicos, aminoglicosídeos, cefalosporinas de terceira e quartas gerações e quinolonas, em isolados de *Acinetobacter* spp. capturadas de formigas e recuperados de amostras clínicas de pacientes no mesmo ambiente hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Local do Estudo

O estudo foi realizado em um Hospital da Rede Pública na cidade de São Luís, Estado do Maranhão, Brasil, no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2018.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Ceuma e liberado sob o parecer consubstanciado nº 332.941/2013

A coleta das formigas e identificação das espécies

As formigas foram capturadas em condições assépticas com uso de iscas- armadilhas (Lima et al., 2013) em seguida foram cultivadas em meios específicos. As formigas provenientes do cultivo foram transferidas para tubos de vidro contendo álcool à 70% e identificadas no laboratório de Entomologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Identificação fenotípica bacteriana dos isolados de formigas e das amostras clínicas dos pacientes.

Um total de 94 isolados bacterianos obtidos a partir de 59 amostras clínicas de pacientes e 35 recuperados de formigas de diferentes áreas de um hospital da rede pública, em São Luís – MA foram avaliadas no presente estudo.

Os isolados foram identificados por meio dos cartões Gram-negativos (GN) e seus perfis de susceptibilidade aos antimicrobianos (AST) cartão 239 pelo método automatizado Vitek-2 Compact bio Mérieux® Marcy l'Etoile, France, segundo recomendações do fabricante. Alíquotas de cada isolado bacteriano identificado pelo Vitek como sendo *Acinetobacter* spp., foram armazenadas em caldo Broth Heart Infusion (BHI- DIFCO®) acrescido de 15% de glicerol conservado no freezer a – 80°C, para ensaios posteriores.

Para confirmar o padrão de suscetibilidade obtido no método automatizado dos isolados de *Acinetobacter* spp., foram feitos os testes de susceptibilidades manual pelo método de disco difusão (Kirby-Bauer, 1966) com os seguintes antimicrobianos: AMI, amikacina (30 µg); GEN, gentamicina (10 µg); CAZ, ceftazidima (30 µg); CEF, cefepime (30 µg); CIP, ciprofloxacina (5 µg); LEV, levofloxacina (5 µg); IMP, imipenem (10 µg); MER, meropenem (10 µg); ASB, ampicilina/sulbactam (10/10 µg); PTZ, piperacilina/tazobactam (100/10 µg); TIC, ticarcilina/ácido clavulanico (75 µg); SXT, trimethoprim-sulfamethoxazol (1.25/23.75 µg), e POLB, polimixina B (300 U). A interpretação dos resultados foi de acordo com os critérios do *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI, 2017).

Ensaio molecular para a identificação e diferenciação dos isolados bacterianos: ARDRA-PCR e ERIC- PCR

Para a obtenção do DNA genômico para os testes moleculares utilizou-se 10 µl do caldo BHI do crescimento bacteriano, previamente preparado e armazenado em freezer a -80°C, estriou-se sobre a superfície do meio Ágar Mueller-Hinton e incubou-se por 24 horas a 35.5°C. Após o crescimento bacteriano utilizou-se o raspado das colônias para a extração do DNA total bacteriano pelo método da fervura, conforme descrito Vaneechoutte et al. (1995). O sobrenadante contendo o DNA total foi transferido para tubos estéreis e armazenados a -20°C para os ensaios moleculares.

Para identificar e ou diferenciar entre si os isolados de *Acinetobacter* spp., foi utilizada a Reação em Cadeia da Polimerase seguida da análise de restrição do DNA ribossomal amplificado por PCR (ARDRA-PCR) com um par de iniciadores específicos desenhados a partir da região 16 S do DNA ribossomal bacteriano.

As amplificações por PCR específica foram feitas em termociclador Mycycler Biorad modelo 580BR3578, num volume final de 25 µl contendo, 10 picomoles de cada iniciador: FW 08: 5'-AGTTTGATCCTGGCTCAG-3' e 1492RV: antisseno: 5'-ACCTTGTTACGACTT-3' (EDEN et al., 1991), acrescidos de 12,5 µL de PCR Master Mix - Promega® [*Taq* DNA polimerase (dNTPs, MgCl₂, tampão de PCR [pH 8,5]), 1,5 µL de água livre de nuclease e 3 µL do lisado bacteriano contendo o DNA molde. A reação de amplificação ocorreu nas seguintes condições: 94°C por 5 minutos (desnaturação inicial) seguidos de 30 ciclos de 94°C por 1 minuto, 62°C por 1 minuto e 72°C por 1 minuto e um passo de extensão final a 72°C por 7 minutos.

Objetivando-se diferenciar entre si as espécies de *Acinetobacter* spp., que foram isoladas a partir dos espécimes clínicos e das formigas capturadas no ambiente foram feitas digestões enzimáticas do fragmento específico de aproximadamente 1.532 pares de base (pb) amplificados por PCR para cada um dos isolados. A enzima de restrição *Bfal* (INVITROGEN-BRL), foi previamente selecionada *in silico* através do programa NebCutter software e usada em todas as digestões enzimáticas. Em cada tubo de reação de digestão, contendo 25 µl do produto amplificado (com aproximadamente 1µg de DNA) foi adicionado 1 Unidade da enzima *Bfal*, 5 µl do NEBuffer 10X, mais 1x de soro albumina bovina acetilada (INVITROGEN-BRL). Foi acrescentada água Mili-Q estéril até completar o volume final de 50 µl. O tubo de reação foi colocado em banho Maria a 37°C por 1 hora e 20 minutos. Em seguida, foi colocado a 80°C por 20 minutos e armazenado a -20°C até a verificação em gel.

A fim de verificar a eficiência do ARDRA-PCR em determinar o tamanho dos fragmentos gerados na digestão foram feitos géis de agarose 2%. Utilizou-se 8uL do produto digerido acrescido 2 uL de tampão de amostra (Blue/Orange 6X Loading Dye, Promega, EUA). O gel foi submetido à eletroforese em tampão TBE 0,5X (Tris-borato-EDTA) [100 mM Tris-base; 2,0 mM de solução 0,5 EDTA (pH 8,0) e 50 mM ácido bórico] a 100 V durante 1 hora (MANIATIS; FRITCH; SAMBROOK, 1989). Após a eletroforese, foi feita a coloração do gel com brometo de etídio durante 20 minutos e em seguida foi observado em transiluminador de luz ultravioleta.

Análise por *enterobacterial repetitive intergenic consensus* (ERIC)-PCR para a diferenciação do perfil clonal dos isolados de *Acinetobacter* spp

A fim de se verificar o perfil clonal dos isolados de *Acinetobacter*spp., oriundos dos pacientes e das formigas recuperadas do ambiente hospitalar as amplificações por ERIC-PCR foram feitas com os iniciadores previamente descritos por Versalovic et al. (1991); ERIC-1R (5'-ATGTAAGCTCCTGGGGATTAC-3') e ERIC-2 (5'-AAGTAAGTGACTGGGGTGAGCG-3'). As reações com volume final de 25 uL, continham 1 µL de cada iniciador específico (10 pmol/L), acrescidos de 12,5 µL de PCR Master Mix - Promega® [*Taq* DNA polimerase (dNTPs, MgCl₂, tampão de PCR [pH 8,5]), 1,5 uL de água livre de nuclease e 3 uL do lisado bacteriano contendo o DNA molde. As amplificações ocorreram sob as seguintes condições: 94°C por 5 minutos (desnaturação inicial) seguidos de 33 ciclos de 94°C por 1 minuto, anelamento a 52°C por 1 minuto e 72°C por 1 minuto (dependendo do grupo de iniciadores utilizados, e extensão final a 72°C por 7 minutos. Os produtos amplificados foram submetidos a eletroforese em gel de agarose 2%, conforme já descrito acima.

Análise dos perfis de ERIC-PCR para a confecção do dendrograma

O tamanho molecular dos fragmentos gerados pelo ERIC-PCR foi aferido pelo programa LabImage-1D gel analysis software, Version 3.2 (1D: V6.2. Disponível em: <http://www.kapelan-bioimaging.com/software/platform/download-software.html>). A matrix foi feita utilizando-se o score: 0 (ausência) e 1 (presença) e o dendrograma para verificar a similaridade genética entre os isolados foi gerado pelo programa NTSYS-pc version 2.1, Exeter Software (New York, NY, USA). Utilizou-se o coeficiente de similaridade Sorensen-Dice e a média aritmética ponderada pelo algoritmo *Unweighted Pair Group Method with Arithmetic Mean* (UPGMA) para mostrar a relação genética entre os isolados.

Deteção pela multiplex PCR dos genes de resistência aos antimicrobianos nos isolados estudados

Ensaio de mPCR foram feitos a fim de verificar a presença dos seguintes genes: *bla_{OXA-23, 24, 51, 58}*, que conferem resistência as oxacilinas; genes para *ESBL bla_{CTXM-1}, bla_{SHV}, bla_{TEM}*; genes para as MβLs; *bla_{SIM-1}bla_{GIM-1}, bla_{IMP-1}, bla_{VIM-1}, bla_{SPM-1}, e bla_{NDM-1}*; e para a carbapenemase *bla_{KPC}*. Os iniciadores utilizados nos ensaios de amplificação por mPCR foram mostrados na Tabela 1.

Tabela 1. Iniciadores utilizados nas reações de amplificação pela Reação em Cadeia da Polimerase

Genes	Iniciadores 5' – 3'	Produto (pb)	Referencia
<i>bla_{SPM-1}</i>	AAAATCTGGGTACGCAAACG ACATTATCCGCTGGAACAGG	271 pb	Yan et al. (2001)
<i>bla_{IMP-1}</i>	GAATAGAGTGGCTTAACCTC AGATAACCTAGTGGTTTG	189 pb	Yan et al. (2001)
<i>bla_{VIM-1}</i>	CGAATGCGCAGCACCAG CTGGTGCTGCGCATTCG	390 pb	Yan et al. (2001)
<i>bla_{GIM-1}</i>	TCGACACACCTTGGTCTGAA AACTTCCAACCTTGCCATGC	477 pb	Yan et al. (2001)
<i>bla_{SIM-1}</i>	TACAAGGGATTTCGGCATCG TAATGGCCTGTTCCCATGTG	571 pb	Lee et al. (2005)
<i>bla_{AmpC}</i>	CGGCTCGGTGAGCAAGACCTC AGTCGCGGATCTGTGCCTGGTC	218 pb	Dumas et al. (2006)
<i>bla_{Oxa23}</i>	GATCGGATTGGAGAACCAGA ATTTCTGACCGCATTTCAT	501 pb	Woodford et al., 2006
<i>bla_{Oxa24}</i>	GGTTAGTTGGCCCCCTTAAA AGTTGAGCGAAAAGGGGATT	246pb	Woodford et al. (2006)
<i>bla_{Oxa51}</i>	TAATGCTTTGATCGGCCTTG - 3' ATTTCTGACCGCATTTCAT - 3'	353 pb	Woodford et al. (2006)
<i>bla_{Oxa58}</i>	AAGTATTGGGGCTTGTGCTG - 3' CCCCTCTGCGCTCTACATAC - 3'	599 pb	Woodford et al. (2006)
<i>bla_{KPC}</i>	ATGTCACTGTATCGCCGTCT TACTGCCCGTTGACGCC	882 pb	Yigit et al. (2001)
<i>bla_{NDM-1}</i>	CAGCACACTTCCTATCTC CCGCAACCATCCCCTCTT	984 pb	Liu et al. (2012)

A reação de amplificação foi feita em termociclador Mycycler BioRad modelo 580BR3578. Cada tubo de reação teve um volume final de 25 µL, contendo 1 µL de cada iniciador específico (10 pmol/L), acrescidos de 12,5 µL de PCR Master Mix - Promega® [*Taq* DNA polimerase (dNTPs, MgCl₂, tampão de PCR [pH 8,5]), 1,5 µL de água livre de nuclease e 3 µL do lisado bacteriano contendo o DNA molde. A reação de amplificação foi feita as seguintes condições: 94°C por 5 minutos (desnaturação inicial) seguidos de 30 ciclos de 94°C por 1 minuto, e as temperaturas de anelamento variaram de 52°C -54°C por 1 minuto e 72°C por 1 minuto (dependendo do grupo de iniciadores utilizados, e uma extensão

final a 72°C por 7 minutos. Os produtos amplificados foram submetidos a eletroforese em gel de agarose 2%, conforme Maniatis; Fritch; Sambrook (1989).

Para todos os ensaios de multiplex PCR (mPCR) utilizou-se como controles positivos os DNA extraídos de linhagens de *A. baumannii* produtoras das enzimas SPM-1, VIM-1, GIM-1, IMP-1, SIM-1, OXA23, OXA24, OXA51, OXA58, gentilmente cedidas pela Dra. Simone Gonçalves dos Santos (Universidade Federal de Minas Gerais). Como controle negativo o DNA da linhagem de *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853.

Análises Estatísticas

Foi utilizando o programa Bio- estata versão 2014 com a aplicação do teste exato de Fisher para analisar a associação entre os perfis fenotípicos de susceptibilidade e os genes identificados nas amostras de *Acinetobacter* spp isolados de formigas e recuperados de amostras clínicas. E verificar a associação entre os genes pesquisados nos isolados de formiga e de amostras clínicas de pacientes do mesmo ambiente hospitalar. Os dados foram considerados estatisticamente significantes com o valor de ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Análises microbiológicas dos isolados das formigas e das amostras clínicas

No total foram isoladas 41 espécies de bactérias das quais foram selecionadas as 13 mais frequentes presentes concomitantemente nos isolados das formigas e amostras clínicas dos pacientes, de importância no ambiente hospitalar, como segue:

Cocos Gram positivos: *S. aureus*, *Staphylococcus* spp. (coagulase negativa), *E. faecalis*; Enterobactérias; *Proteus mirabilis*, *Enterobacter aerogenes*, *Enterobacter cloacae*, *E. coli* e *K. pneumoniae* e Bacilos Gram negativos não fermentadores de glicose: *Acinetobacter* spp., *Acinetobacter lwoffii*, *P.aeruginosa*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Burkholderia cepacia*.

Perfis fenotípicos de resistência aos antimicrobianos

De modo geral observa-se que os perfis fenotípicos de resistência das bactérias carregadas pelas formigas e as isoladas das amostras clínicas apresenta-se diversificados. Analisando-se as tabelas 2 - 4 verifica-se que do total de isolados bacterianos de formigas e amostras clínicas (156; 62: 39, 7%) e (379, 81: 21,4%) bactérias, respectivamente, compartilharam o mesmo perfil de resistência nos dois grupos (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil de Resistência dos cocos Gram-positivos carregados pelas formigas e das amostras clínicas de pacientes em um hospital da rede pública São Luís - MA, no período de janeiro a dezembro de 2008.

Bactérias	Perfil de Resistência	Formigas		Pacientes	
		Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)	Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)
<i>S. aureus</i>		24		39	
	AMP, PEN		4 (16,7%)		2 (5,1%)
	AMP, PEN, TET		1 (4,1%)		3 (7,7%)
<i>E. faecalis</i>		2		3	
	TET		1 (50%)		1 (33,3%)
		49		84	
<i>Staphylococcus</i> spp. Coagulase negativa	TET		2 (4,0%)		1 (1,2%)
	ERI		3 (6,1%)		1 (1,2%)
	AMP, PEN		16 (32,6%)		8 (9,5%) *
	CLI, ERI		2 (4,0%)		2 (2,4%)
	AMP, PEN, ERI, CLI		2 (4,0%)		2 (2,4%)
	AMP, PEN, TET		2 (4,0%)		9 (10,7%)
	AMP, PEN, ERI		2 (4,0%)		3 (3,6%)

*p<0,05 TET=Tetraciclina, AMP=Ampicilina, PEN= Penicilina, ERI= Eritromicina, CLI=Clindamicina

Os perfis de resistência dos bacilos Gram-negativos não fermentadores de glicose podem ser vistos na tabela 3. *Acinetobacter* spp, *A. lwoffii* e *P. aeruginosa* evidenciaram oito perfis de resistência em comum nos dois grupos, dos quais seis foram detectados em amostras de *Acinetobacter* spp, incluindo-se 14 (22,6%) isolados de formigas e 29 (35,8%) de pacientes. Os perfis apresentados por esta bactéria variaram com uma resistência de 2 a 12 antibióticos, apresentando maior prevalência de perfil de resistência em amostras clínicas (35,8%) e menor no isolado de formiga (2,3%), esta diferença é estatisticamente significativa p-valor = 0,0029 (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil de resistência dos bacilos Gram-negativos não fermentadores de glicose isolados das formigas e das amostras clínicas em um hospital da rede pública de São Luís -MA, no período de janeiro a dezembro de 2008.

Bactérias	Perfil de Resistência	Formigas		Pacientes	
		Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)	Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)
<i>A. baumannii</i>		35		59	
	CTX, CRO		3 (6,8%)		1 (1,5%)
	CTX, CAZ, SUT		1 (2,3%)		2 (3,0%)
	CTX, CAZ, CRO		6 (13,6%)		3 (4,5%)
	CTX, CAZ, CRO, CPM		2 (4,5%)		3 (4,5%)
	AMI, GEN, CTX, CAZ, CPM, TIC, CIP, LVX, IPM, MER, PPT		1 (2,3%)		5 (7,6%)
	AMI, GEN, CTX, CAZ, CPM, TIC, CIP, LVX, IPM, MER, ASB, SUT		1 (2,3%)		15 (22,7%)*
<i>A. lwoffii</i>		5		7	
	SUT		3 (10,3%)		1 (50%)
<i>P. aeruginosa</i>		5		73	
	CTX		2 (40%)		11 (15%)

*p<0,05 AMI=Amicacina, GEN=Gentamicina, CTX=Cefotaxima, CAZ=Ceftazidime, CRO=Ceftiaxona, CPM= Cefepime, CIP=Ciprofloxacina, LVX=Levofloxacina, IPM=Imipenem, MER= Meropenem, ASB=Ampicilina/ Subactam, PTZ= Piperacilina/ Tazobactam, TIC= Ticarcilina/Clavulânico, SUT= Sulfametoxazol/ Trimetoprim.

Dos 94 isolados bacterianos avaliados, 35 foram recuperados à partir das formigas capturadas no ambiente hospitalar e 59 isolados de espécimes clínicos dos pacientes. Do total de isolados clínicos, 21 foram obtidos de amostras de secreção traqueal; 13 da ponta de cateter, 11 de amostras de sangue, 7 de urina, 5 de biópsia de tecidos e 2 de líquido céfalo raquidiano (LCR).

O método fenotípico automatizado Vitek2CompactbioMérieux® Marcy l'Etoile, France, identificou os 94 (100%) isolados como pertencentes ao complexo *A. calcoaceticus*-*A. baumannii*.

Tabela 4. Perfil de resistência das Enterobactérias isolados das formigas e das amostras clínicas em um hospital da rede pública de São Luís- MA, no período de janeiro a dezembro de 2008.

Bactérias	Perfil de Resistência	Formigas		Pacientes	
		Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)	Nº de isolados bacterianos	Resistentes n (%)
<i>K. pneumoniae</i>	CFL, CFO	11	2 (18,2)	53	2 (3,8%)
<i>E. coli</i>	AMP, SUT	3	1 (33,3%)	19	1 (5,3%)
<i>E. aerogenes</i>	ASB	5	5 (100%)	19	6 (31,6%) *
<i>E. cloacae</i>	CTX, CAZ, TIC	16	1 (6,3%)	8	1 (12,5%)
<i>P. mirabilis</i>	SUT	1	1 (100%)	15	1 (6,7%)

CFL=Cefalotina, CFO=Cefoxitina, AMP=Ampicilina, SUT=Sulfametoxazol/Trimetoprim, ASB=Ampicilina/Subactam, CTX=Cefotaxima, CAZ=Ceftazidime, TIC=Ticarclina/Ácido Clavulânico, AMI=Amicacina, GEN=Gentamicina, CRO=Ceftiaxona, CPM= Cefepime, CIP=Ciprofloxacina, LVX=Levofloxacina, IPM=Imipenem, MER= Meropenem, PTZ= Piperacilina/ Tazobactam.

Identificação dos isolados pelo método ARDRA-PCR

Após a identificação dos 94 isolados de *Acinetobacter* spp., obtida pelo método automatizado Vitek2, o material genético de todos os isolados foram reavaliados pelo método molecular ARDRA-PCR e mostrou que 76 (81%) dos isolados foram identificados genotipicamente como sendo *A. baumannii* com perfis de fragmentos obtidos na digestão de tamanhos 39-86-95-98-149-173-175-182-222-30 pb e 18 (19%), isolados mostraram fragmentos ARDRA de 76-149-151-175-404-518 pb, compatíveis com o perfis de *Acinetobacter* sp.

Os perfis comparativos foram obtidos através da digestão *in silico* de sequências completas da região 16 S DNA ribossomal existentes no Genbank, como por exemplo as de número: LN868200.1:18231-19755 e CP001172.1:18347-19871; de *A. baumannii* e as sequencias JF710649.1 e JQ039977.1 de *Acinetobacter* sp. Os perfis ARDRA mantiveram-se constantes quando mais de cinquenta diferentes sequencias de *A. baumannii* e de *Acinetobacter* spp., que foram submetidas a digestão *in silico*, demonstrando assim que este método é fidedigno para diferenciar os isolados de *Acinetobacter* spp., entre si. (Figura 1).

Figura 1. Perfil ARDRA-PCR em gel de poliacrilamida 6% corado pela prata do produto da digestão enzimática do amplificado pela PCR e digerido com a enzima *Bfa*1 para 18 isolados de *Acinetobacter* spp. recuperados de amostras clínicas e de formigas no ambiente hospitalar.

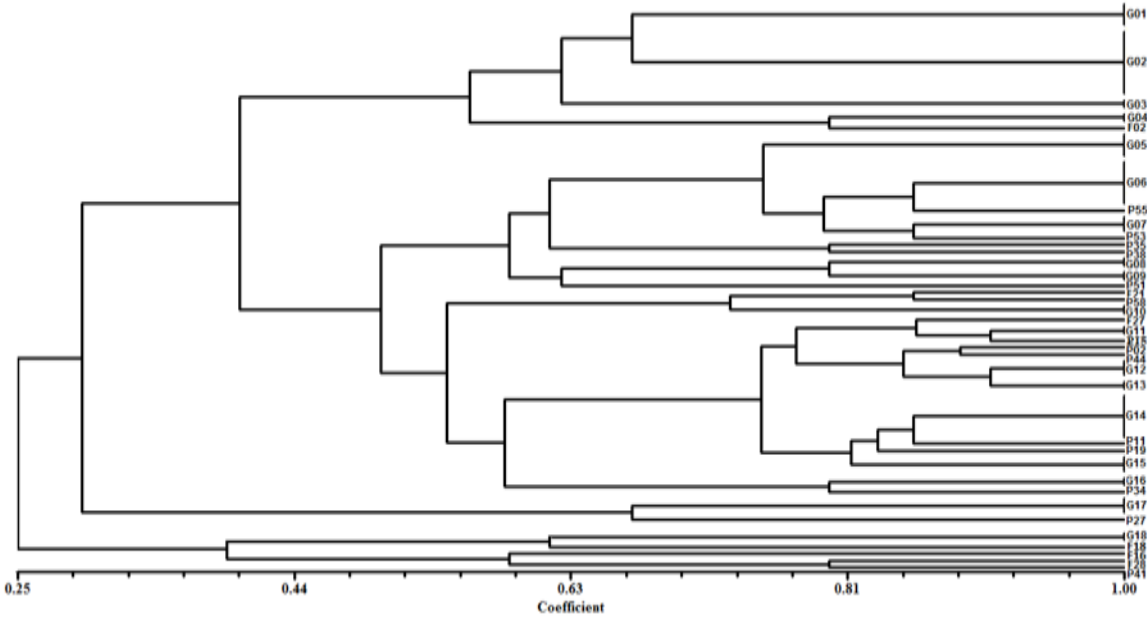


Perfil clonal dos isolados de *A. baumannii* pelo *enterobacterial repetitive intergenic consensus* (ERIC)-PCR.

A análise eletroforética do tamanho molecular dos fragmentos gerados pelo ERIC-PCR possibilitou a construção de uma matrix fenotípica que gerou um dendrograma mostrando os resultados do agrupamento dos perfis dos 94 isolados (**Figura 2**).

Figura 2. Dendrograma de similaridade genética derivado do coeficiente de similaridade DICE implementado pelo programa NTSYS mostrando as relações filogenéticas entre os 94 isolados de

Acinetobacter spp., analisados pelo ERIC-PCR



O grau de similaridade genotípica estabelecido pelo programa NTSYS com a média aritmética ponderada ordenou os isolados em 18 grupos (G01 a G18) (**Tabela 5**).

O grau de similaridade genotípica estabelecido pelo programa NTSYS com a média aritmética ponderada ordenou os isolados em 18 grupos (G01 a G18) (**Tabela 5**).

Grupos	Tamanho dos fragmentos (pb)	Amostras
G01	450 e 800	F01, F03, F04, F07, F11, F12, F15
G02	800	F05, F06, F08, F09, F10, F13, F14, F30, P08, P28, P29, P31
G03	800 e 1350	F31, F32, F33
G04	350, 750 e 800	F17, F24
G05	350 e 800	F19, F20, P 03, P04, P18, P20
G06	70, 350 e 800	F25, F26, P21, P47, P56
G07	70, 350, 450 e 800	P36, P37, P40
G08	70, 350, 600 e 1.350	F22, F23
G09	350, 600, 800 e 1.350	F34, F35
G10	280 e 800	F29, P09
G11	70, 280, 450, 600 e 800	P01, P05, P12
G12	70, 280, 450, 600 e 800	P32, P33, P39, P42, P43, P45, P46
G13	70, 280, 450 e 800	P48, P49, P50
G14	70, 280, 450, 800	P10, P16, P17, P22, P23, P24, P26, P59
G15	450 e 800	P25, P30
G16	70 e 450	P06, P07, P52
G17	70, 450 e 800	P54, P57
G18	70 e 280	P13, P14

Tabela 5. Grupos formados com seus respectivos tamanhos de fragmentos de isolados de amostras clínicas e veiculados por formigas em ambiente hospitalar.

E perfis heterogêneos foram observados entre a maioria dos isolados, significando que diferentes clones de *Acinetobacter* spp., estão circulando entre os pacientes do hospital estudado (**Quadro 1**).

Quadro 1. Perfis heterogêneos isoladas de amostras clínicas de pacientes e de formigas no ambiente hospitalar.

Amostras Pacientes	Tamanho dos Fragmentos (pb) nas amostras de pacientes	Amostras Formigas	Tamanho dos Fragmentos (pb) nas amostras das formigas
	n	n	
P02	70, 280, 350	F02	750, 800
P11	70, 280, 800	F16	450, 600
P15	70, 280, 450, 600, 750, 800	F18	280, 600

P19	70, 280, 450	F21	280, 350, 750, 800,
P27	450	F27	280, 450, 600, 800
P34	70, 280, 600	F28	280, 350, 450, 600 800, 1350
P35	70, 350, 600		
P38	70, 350		
P41	280, 350, 450, 600, 800		
P44	70, 280, 350, 600, 800		
P51	70, 600, 800		
P53	350, 450, 800		
P55	70, 350, 800, 1350		
P58	280, 350, 800		

No dendrograma é possível observar que 14 isolados recuperados de amostras clínicas dos pacientes mostraram perfis ERIC-PCR de fragmentos heterogêneos, são eles: P02 (70, 280, 350 pb); P11 (70, 280, 800pb); P15 (70, 280, 450, 600, 750, 800 pb); P19 (70, 280, 450 pb); P27 (450 pb); P34 (70, 280, 600 pb); P35 (70, 350, 600); P38 (70, 350 pb); P41 (280, 350, 450, 600, 800 pb); P44 (70, 280, 350, 600, 800 pb); P51 (70, 600, 800 pb); P53 (350, 450, 800 pb); P55 (70, 350, 800, 1350 pb) e P58 (280, 350, 800 pb). Resultado semelhante foi observado em seis isolados recuperados à partir de formigas capturadas no ambiente hospitalar, são eles: F02, com fragmentos de 750 e 800 pb; F16 (450, 600 pb); F18 (280, 600 pb); F21 (280, 350, 750, 800 pb); F27 (280, 450, 600, 800 pb) e F28, (280, 350, 450, 600, 800, 1350 pb). (Quadro 1). Apesar do perfil ser heterogêneo, nenhum desses isolados ficou filogeneticamente isolado, mostrando que estes 20 isolados apresentam semelhanças entre si e os demais 74 isolados agrupados nos 18 grupos, conforme mostrado na Tabela 6 que contém o tamanho dos fragmentos amplificados pelo ERIC-PCR.

A somatória dos resultados mostrados no dendrograma é importante pois sugere que os isolados bacterianos obtidos das formigas são de origem hospitalar. Esse fato pode ser verificado, como por exemplo, ao se comparar a presença de genes de resistência aos antimicrobianos detectados pelo mPCR com os perfis obtidos no ERIC-PCR. Verificou-se que o isolados F02, recuperado da espécie de formiga *T. melanocephalum* capturada na UTI e F29 (cluster G02) isolado da espécie *Pheidole* sp. capturada na área externa (jardim) portavam os genes *bla-OXA23*, *blaOXA-51* e *blaSPM-1*. Estes genes também foram detectados em isolados obtidos de amostras de secreção traqueal dos pacientes: P14 (cluster G18) e P21 (cluster G06) que se encontravam internados na UTI. Além disso, no isolado F23, recuperado da espécie *Pheidole* sp., capturada da área externa próxima (jardim) o mPCR detectou os genes *bla-OXA23*, *blaOXA-51*, *blaOXA-58*. Estes genes foram também detectados nos isolados P07 e P08 obtidos de amostras de sangue dos pacientes internados na UTI.

As espécies de formigas *Paratrechina fulva* (isolado F01), capturada no ARS, e a *Atta* sp. capturada na área externa (jardim), carregaram os genes: *bla*-OXA23 e *bla*OXA-51, estes genes foram identificados em amostras de pacientes que estavam internados na UTI: as amostras (P16, P18, P22, P23, P24, P25, P28 e P49) foram provenientes de secreção traquel, (P36, P37, P42 e P45) isolados de ponta de cateter, (P29 e P31), presente em amostras de urina, P01 identificada em sangue, P48, detectada em lavado brônquico- alveolar e P54 isolada de amostra de LCR.

Os perfis fenotípicos de resistência aos antimicrobianos obtidos pelos métodos Vitek2 e Kirby-Bauer mostraram multirresistência envolvendo as seguintes classes de fármacos: aminoglicosídeos; quinolonas, e β -lactâmicos, incluindo os carbapenêmicos: meropenem e imipenem. Entre os antimicrobianos testados com 59 isolados clínicos verificou-se resistência >80% para as seguintes classes: aminoglicosídeos (amicacina e gentamicina); quinolona (ciprofloxacina); cefalosporinas (ceftazidime e cefepime) e carbapenêmicos (imipenem e meropenem) (Tabela 6). Além disso, em 15 (25,4%) desses isolados recuperados a partir de amostras de urina (n=4); secreção traqueal (n= 5); ponta de cateter (n= 4); fragmento de tecido (n=1) e sangue (n= 1), detectou-se um perfil de multidrogarresistente (MDR).

Deteção de genes de resistência pelos ensaios de multiplex-PCR

Os ensaios de mPCR detectaram a presença dos genes de resistência as oxacilinas: *bla*OXA-23 44 (75,0%) e *bla*OXA-51 54 (92,0%), como os mais frequentes em isolados de amostras clínica. Enquanto no material genético dos isolados obtidos à partir das formigas coletadas do ambiente hospitalar destacou-se o gene *bla*OXA-51, em 22 (63,0%) (Tabela 7).

Com relação a detecção por mPCR dos genes que conferem resistência aos β -lactâmicos de amplo espectro verificou-se a presença do gene *bla*TEM em 22 (37,2%) isolados clínicos e em 2 (5,7%) isolados de formigas. Para os genes que conferem resistência as metallo β -lactamases a mPCR detectou o *bla*SPM-1 em 3 (5,0%) isolados clínicos em 3 (8,5%) isolados de formigas. O teste exato de Fisher, demonstrou que há associação entre os genes detectados nas amostras clínicas e as veiculadas por formigas. Este resultado é estatisticamente significativo, p-valor= 0,006 (Tabela 8).

Tabela 6. Análise comparativa entre perfil fenotípico de susceptibilidade aos antimicrobianos e presença de genes de resistência desenvolvidos por *A. baumannii* em 59 amostras clínicas de pacientes em um hospital público de São Luís - MA.

AGENTE ANTIMICROBIANOS	PERFIL FENOTÍPICO						PRESENÇA DE GENES																	
							OXA-23			OXA-51			OXA-58			TEM			AMP-C			SPM		
	S		I		R		S	I	R	S	I	R	S	I	R	S	I	R	SPM	I	R			
	F	%	F	%	F	%																		
Amicacina	9	15.3	1	1.7	49	83.0	2	0	41	7	1	46	0	0	5	1	0	15	3	0	11	0	0	3
Gentamicina	8	13.6	2	3.4	49	83	2	0	41	7	0	46	0	0	5	1	0	15	3	0	11	0	0	3
Ampicilina/subactam	39	66.1	0	0	20	33.9	24	0	19	34	0	20	3	0	2	10	0	6	9	0	5	1	0	3
Ceftazidime	6	10.2	0	0	53	89.8	1	0	42	3	0	51	0	0	5	0	0	16	1	0	12	0	0	3
Cefotaxima	4	6.8	0	0	55	93.2	0	0	42	3	0	51	0	0	5	0	0	16	1	0	12	0	0	3
Cefepime	10	16.9	1	1.7	48	81.4	1	0	42	5	1	48	0	0	5	1	0	15	3	0	11	0	0	3
Ciprofloxacina	10	16.9	0	0	49	83.1	1	0	42	7	0	47	0	0	5	1	0	15	3	0	11	0	0	3
Imipinem	10	16.9	1	1.7	44	81.4	2	1	40	9	1	42	0	1	4	0	0	16	2	0	12	1	0	2
Meropenem	9	15.2	2	3.4	44	81.4	3	0	40	10	0	42	1	0	4	0	0	16	2	0	12	1	0	2
Piperacilina/Tazobactan	13	22	0	0	46	78	2	0	41	10	0	44	0	0	5	1	0	15	3	0	11	1	0	2
Sulfametoxazol + Trimetoprim	16	27.1	2	3.4	41	69.5	9	1	33	12	2	39	2	0	3	1	0	15	3	0	11	2	0	1
Ticarciclina + Ácido Clavulânico	13	22	0	0	46	78	2	0	41	10	0	44	0	0	5	1	0	15	3	0	11	1	0	2

F: frequência absoluta, %: frequência relativa, S: sensível, I: intermediário, R: resistente, *: diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) através do Teste Exato de Fisher.

Tabela 7. Genes de resistência as oxacilinas, analisados pela reação em cadeia de polimerase (mPCR) das amostras de *A. baumannii* isoladas de amostras clínicas de pacientes e veiculadas por formigas em ambiente hospitalar.

Genes de resistência: Oxacilinas	Amostra de <i>A. baumannii</i>			
	Pacientes		Formigas	
	n	%	n	%
<i>bla</i> _{OXA23}	44	75,0	8	22,8
<i>bla</i> _{OXA51}	54	92,0	22	63,0
<i>bla</i> _{OXA58}	6	10,2	2	5,7

Fisher' exact= 0.179

Tabela 8. Genes de resistência às enzimas: β -lactâmases, metalo β -lactâmases e as cefalosporinas, analisados pela reação em cadeia de polimerase (mPCR) das amostras de *A. baumannii* isoladas de amostras clínicas de pacientes e veiculadas por formigas em ambiente hospitalar.

Genes de resistência	Amostra de <i>A. baumannii</i>			
	Pacientes		Formigas	
	n	%	n	%
<i>bla</i> _{TEM}	22	37,2	2	5,7
<i>bla</i> _{AmpC}	38	64,4	1	2,8
<i>Bla</i> _{SPM-1}	3	5,0	3	8,5

Fisher' exact= 0,006

É importante ressaltar que em um isolado de *Acinetobacter* spp., recuperado a partir de formigas coletadas no abrigo de resíduos sólidos do hospital pesquisado foram detectados os genes *bla_{TEM}*, *bla_{OXA-23}* e *bla_{OXA-51}* significativo isolado tinha mostrado resistência fenotípica a todos antimicrobianos testados.

Resistência fenotípica às cefalosporinas de terceira geração (cefotaxima e cefotazidime) e quarta geração (cefepime) foi verificada nos seguintes isolados de formigas: F15 recuperado de formiga do gênero *Camponotus* sp e F16 obtido de *T. melanocephalum* que foram capturadas no Abrigo de Resíduo Sólido (ARS). Os isolados F20 e F21 recuperados de formigas *Crematogaster* sp capturadas na área externa (jardim) também apresentaram perfis de resistência a todas essas classes de antimicrobianos.

Ao analisar a associação entre a detecção de genes que codificam para oxacilinases, β -lactamases, cefalosporinase e metallo- β -lactamases e o padrão de resistência aos antibióticos testados verificou-se que dos 59 isolados clínicos, 48 (81.4%) foram resistentes para o cefepime, sendo que, 42 (87.5%), destes foram positivos para o gene *bla_{OXA-23}* ($p=0.000$). Dos 44 isolados resistentes ao imipenem e meropenem, 40 (90.9%) apresentaram o gene *bla_{OXA-23}* ($p=0.000$). Em relação à ampicilina/subactam todos os 20 isolados resistentes a este fármaco exibiram o gene *bla_{OXA-51}* ($p=0.156$) e 19 (95%) foram positivos para gene *bla_{OXA-23}*. Estes resultados apresentam $p<0,01$ e são estatisticamente significantes. (Tabela 6).

Em relação aos 35 isolados recuperados das formigas observou-se um perfil fenotípico de resistência aos antimicrobianos avaliados que variou entre 2.9 a 37.1%, quando comparados com o perfil das amostras clínicas, conforme verificado para cefotaxima, ceftazidima, sulfamethoxazol- trimethoprim. As análises comparativas entre os perfis fenótipos de resistência com os perfis de amplificação pela mPCR demonstraram que os dois isolados resistentes à quinolona, ciprofloxacina e aos carbapenêmicos: imipenem e meropenem foram positivos para o gene *bla_{OXA-23}* ($p=0.047$) (Tabela 9).

Tabela 9. Análise comparativa entre perfil fenotípico de suscetibilidade aos antimicrobianos e presença de genes de resistência em amostras de *Acinetobacter* spp. isoladas de formigas em um hospital público de São Luís - Ma.

AGENTE ANTIMICROBIANOS	PERFIL FENOTÍPICO						PRESENÇA DE GENES																	
							OXA-23			OXA-51			OXA-58			TEM			AMP-C			SPM		
	S		I		R		S	I	R	S	I	R	S	I	R	S	I	R	SPM	I	R			
	F	%	F	%	F	%																		
Amicacina	32	91.4	1	2.9	2	5.7	6	0	2	18	1	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Gentamicina	31	88.6	2	5.7	2	5.7	6	0	2	16	2	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Ampicilina/subactam	34	97.1	0	0	1	2.9	7	0	1	19	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Ceftazidime	25	71.4	0	0	10	28.6	5	0	3	13	0	9	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	0	1
Cefotaxima	22	62.9	0	0	13	37.1	5	0	3	11	0	11	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	0	1
Cefepime	30	85.7	1	2.9	4	11.4	6	0	2	17	1	4	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1
Ciprofloxacina	33	94.3	0	0	2	5.7	6	0	2	19	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Imipinem	33	94.3	0	0	2	5.7	6	0	2	19	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Meropenem	33	94.3	0	0	2	5.7	6	0	2	19	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0
Piperacilina/Tazobactan	31	88.6	1	2.9	3	8.5	6	0	2	17	1	3	2	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1
Sulfametoxazol + Trimetoprim	27	77.1	0	0	8	22.9	6	0	2	17	0	5	2	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0
Ticarciclina + Ácido Clavulânico	30	85.7	0	0	5	14.3	6	0	2	18	0	4	2	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1

F: frequência absoluta, %: frequência relativa, S: sensível, I: intermediário, R: resistente, *: diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) através do Teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Algumas espécies do gênero *Acinetobacter* são uma importante causa de infecção no ambiente hospitalar e têm sido associadas a uma variedade de enfermidades em pacientes internados, principalmente naqueles em Unidades de Terapia Intensiva (NOWAK; PALUCHOWSKA; BUDAK, 2012; KARA et al., 2015; KALIL et al., 2016, PARTE et al., 2020). A espécie *A. baumannii* é considerada clinicamente a mais importante e com o maior número de surtos e relatos de multirresistência aos antimicrobianos (VILLALON et al., 2013; HOJABRI et al., 2014, MORRIS et al., 2019).

No presente estudo o método ARDRA PCR foi utilizado *in vitro* com o material genético de todos os isolados e os produtos gerados foram comparados com perfis obtidos por digestão *in silico* de mais de 50 diferentes sequências de *A. baumannii* e de *Acinetobacter* spp., e os perfis mantiveram-se similares em todos os resultados. Este resultado é importante uma vez que os membros do gênero *Acinetobacter* spp., são difíceis de serem diferenciados entre si, dada a semelhança genética entre eles (HIGGINS et al., 2007).

Neste sentido, quanto a identificação dos isolados de *Acinetobacter* spp., é interessante notar que os sistemas automatizados têm sido os mais utilizados para a identificação e determinação do perfil de susceptibilidade de bactérias, uma vez que estes sistemas diminuem o trabalho e o tempo de realização dos testes tradicionais, comumente utilizados nos laboratórios de microbiologia, além de possibilitar a liberação de resultados com mais rapidez. No entanto, erros são comuns nos sistemas automatizados e podem implicar em sérios problemas na evolução clínica dos pacientes (KULAH et al., 2009; GUO et al., 2014).

Neste estudo verificou-se que a presença da espécie, recuperados tanto de formigas quanto de pacientes do ambiente hospitalar, exibiram perfis de multirresistência envolvendo as seguintes classes de fármacos: aminoglicosídeos; cefalosporinas de terceira e quarta geração, quinolonas, e β -lactâmicos, incluindo os carbapenêmicos, meropenem e iminepem. De acordo com VILLALON et al. 2013, NORDMANN- POIREL, 2019), essa espécie tem se tornado cada vez mais resistente aos antibióticos, particularmente aos carbapenêmicos que são considerados os fármacos de escolha para o tratamento de infecções graves, restando como opção o uso da polimixina, droga potencialmente tóxica (PIPERAKI et al. 2019, GARNACHO-MONTEIRO, 2019).

O episódio da resistência simultânea a várias classes de fármacos é considerado uma das consequências do uso indiscriminado de antimicrobianos, proporcionando aos microrganismos o

desenvolvimento de diversos mecanismos de resistência, desencadeando assim um grave problema de saúde pública (NICOLINI et al., 2013, CHEN et al., 2021). Este fato pode ser verificado nos perfis obtidos no mPCR, onde a presença de genes que conferem resistência aos antibióticos β -lactâmicos, como o gene *bla*_{TEM} foram detectados em 22 amostras (37,2%) de isolados de pacientes e em 2 (5,7%) das amostras de formigas. Os genes que conferem resistência as β -lactamases (TEM, SHV, CTX-M, KPC e GES), identificados com mais frequência em espécies da família *Enterobacteriaceae*, têm sido detectados também em isolados de *A. baumannii*, em hospitais do Brasil e em diversos países (ZHAO; HU, 2010; BUSH; JACOBY, 2010; CICEK et al. 2014, SMILINE et al. 2018).

Os perfis de resistência dos bacilos Gram-negativos não fermentadores de glicose podem ser vistos na tabela 3. *Acinetobacter* spp, *A. lwoffii* e *P. aeruginosa* evidenciaram oito perfis de resistência em comum nos dois grupos, dos quais seis foram detectados em amostras de *Acinetobacter* spp, incluindo-se 14 (22,6%) isolados de formigas e 29 (35,8%) de pacientes. Os perfis apresentados por esta bactéria variaram com uma resistência de 2 a 12 antibióticos, apresentando maior prevalência de perfil de resistência em amostras clínicas (35,8%) e menor no isolado de formiga (2,3%), esta diferença é estatisticamente significativa p-valor = 0,0029 (Tabela 3).

Os perfis de resistência dos bacilos Gram-negativos não fermentadores de glicose podem ser vistos na tabela 3. *Acinetobacter* spp, *A. lwoffii* e *P. aeruginosa* evidenciaram oito perfis de resistência em comum nos dois grupos, dos quais seis foram detectados em amostras de *Acinetobacter* spp, incluindo-se 14 (22,6%) isolados de formigas e 29 (35,8%) de pacientes. Os perfis apresentados por esta bactéria variaram com uma resistência de 2 a 12 antibióticos, apresentando maior prevalência de perfil de resistência em amostras clínicas (35,8%) e menor no isolado de formiga (2,3%), esta diferença é estatisticamente significativa p-valor = 0,0029 (Tabela 3).

As β -lactamases do tipo C são cefalosporinases cromossômicas (AmpC), têm expressão cromossômico-induzível, sendo encontradas constitutivamente em *P. aeruginosa*, *Acinetobacter* spp. e em algumas espécies da família *Enterobacteriaceae* (BUSH; JACOBY, 2010). A presença do gene AmpC, que confere resistência às cefalosporinas, foi observada em 38 (64,4%) dos isolados de *A. baumannii* provenientes de amostras clínicas e 1 (2,8%) obtido de amostra de formigas.

A resistência aos antimicrobianos carbapenêmicos desenvolvida em *Acinetobacter* spp., é geralmente causada pela produção das enzimas carbapenemases do tipo OXA e metallo- β -lactases. Esta resistência desencadeada pelas enzimas oxacilinases é mais frequentemente mediada pela presença do gene intrínseco (*bla*_{OXA-51}) ou pelos genes adquiridos, (*bla*_{OXA-23} e *bla*_{OXA-58}) (POIREL, NASS,

NORDMANN 2010; AMUDHAN et al., 2012). Na presente pesquisa foram observadas amostras positivas para os referidos genes: *bla*_{OXA-23} (44: 75%); *bla*_{OXA-51} (54: 92%); e *bla*_{OXA-58} (6: 8,4%) em amostras clínicas dos pacientes. Enquanto no material genético das formigas coletadas do ambiente hospitalar apresentaram os genes *bla*_{OXA-23} (8: 22,8%); *bla*_{OXA-51} (22: 63%) e *bla*_{OXA-58} (2: 5,7%).

Estes achados concordam com os resultados de CHERKAoui et al. (2015) que ao investigar o perfil molecular de isolados clínicos de pacientes hospitalares encontraram 14 cepas (51, 8%) carreando o gene *bla*_{OXA-23}, quatro (14, 8%) o gene *bla*_{OXA-58} e duas (7, 4%) carreando o gene *bla*_{OXA-24}. Todos os seus isolados apresentaram o gene *bla*_{OXA-51}. É importante notar que, os genes *bla*_{OXA-23} e *bla*_{OXA-51}, são responsáveis pela resistência aos carbapenêmicos, estas carbapenemases são muito comuns em isolados clínicos de *A. baumannii* no Brasil (ZOWAWI et al, 2015).

As enzimas MβL apresentam um largo espectro de atividade de hidrólise de antibióticos β-lactâmicos, como penicilinas, cefalosporinas. Entretanto, possuem maior eficiência em hidrolisar os antimicrobianos carbapenêmicos (BUSH, 2010, KYRIAKIDIS et al., 2021). Com relação a detecção dos genes que conferem resistência aos metallo-β-lactases os resultados da mPCR mostraram os seguintes genes: *bla*_{SPM-1} em 3 (5,0%) em isolados clínicos e 3 (8,5%), em amostras de formigas. O gene *bla*_{NDM-1} não foi detectado em nenhum dos isolados avaliados no presente estudo. O gene *bla*_{NDM-1} não foi detectado em nenhum dos isolados avaliados no presente. Este resultado é semelhante ao de SAVARI et al. (2017). Por outro, BHARADWAJ et al. (2012); ZANG et al. (2014) e UWINGABIYE et al. (2017) detectaram a presença desse gene em isolados clínicos de origem humana.

Ressalta-se que, na literatura atual não foram encontrados relatos da presença de genes de resistência em isolados bacterianos oriundos de formigas capturadas no ambiente hospitalar. Tanaka et al. (2007) sugeriram a utilização da genotipagem bacteriana em isolados de amostras clínicas de pacientes e aquelas carregadas por formigas, para verificar se existiria a possibilidade de associação e contaminação no ambiente hospitalar. O estudo presente demonstrou que a presença dos mesmos genes de resistência detectados nas amostras clínicas e as veiculadas por formigas com maiores achados nas amostras clínicas, esta presença é estatisticamente significativa, p-valor < 0. 001.

CONCLUSÃO

Neste estudo foram identificados diferentes genes de resistência aos antimicrobianos carregados por isolados de *A. baumannii* recuperados de amostras clínicas e veiculados por formigas em ambiente hospitalar. Este fato é extremamente relevante, uma vez que este patógeno tem uma notável

capacidade para desenvolver resistência ou de multirresistência aos antimicrobianos via diversos mecanismos.

Os métodos moleculares utilizados para analisar as 94 amostras isoladas mostraram o seguinte: o mPCR foi capaz de detectar os diferentes genes de resistência a antimicrobianos. Enquanto que o ARDRA-PCR mostrou-se efetivo em diferenciar os isolados de *Acinetobacter* spp, identificando-os como pertencentes a duas espécies diferentes, *A. baumannii* e *Acinetobacter* sp. Por outro lado, o ERIC-PCR demonstrou os diferentes cluters de clones de *A. baumannii* e de *Acinetobacter* sp, que estão circulando no hospital pesquisado. Através do dendrograma foi possível fazer uma correlação epidemiológica molecular entre os clones que estavam sendo carregados pelas formigas e espécimes clínicos dos pacientes hospitalizados.

A somatória dos resultados mostraram que são necessárias implementações de programas de vigilância para monitorar a resistência a antibióticos e adequação dos protocolos terapêuticos para o tratamento das infecções microbianas. Além disso, devem ser tomadas medidas de saneamento, monitoramento e manutenção do controle contínuo de insetos no ambiente hospitalar, especialmente das formigas por serem insetos pequenos, fáceis de serem carregados pelas pessoas ou em alimentos, pela sua grande mobilidade e por serem disseminadoras de microrganismos patogênicos no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- Amudhan MS, Sekar U, Kamalanathan A *et al.*: *bla*_{IMP} and *bla*_{VIM} mediated carbapenem resistance in *Pseudomonas* and *Acinetobacter* species in India. *The J. of Infec.in Develop.Count.* 6(11), 757-762 (2012).
- Batirel A, Balkan II, Karabay O, et al. Comparison of colistin-carbapenem, colistin-sulbactam, and colistin plus other antibacterial agents for the treatment of extremely drug-resistant *Acinetobacter baumannii* bloodstream infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 33(8), 1311-1322 (2014).
- Berigo CT, Toyofuku IB, Almeida MFR et al.; Infecções por *Acinetobacter baumannii* em um contexto hospitalar: revisão literária. *Medicina e saúde*, Rio Claro, v.4, n. 1, p. 9-25 (2021).
- Bragança MAL, Lima J D: Composição, abundância e índice de infestação de espécies de formigas em um hospital materno-infantil de Palmas, TO. *Neotrop.Entomol.* 39, 124-130 (2010).
- Bush K, Jacoby GA: Updated Functional Classification of β -Lactamases. *Antimicrob.Ag. Chemother.* 54, 969–976 (2010).
- Chen, L.; Tan, P.; Zeng, J.; Yu, X.; Cai, Y.; Liao, K.; Guo, P.; Chen, Y.; Wu, Z.; Qu, P.; et al. Impact of an Intervention to Control Imipenem-Resistant *Acinetobacter baumannii* and Its Resistance Mechanisms: An 8-Year Survey. *Front. Microbiol.* 2021, 11, 610109
- Cherkaoui A, Emonet S, Renzi G et al.: Characteristics of multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* strains isolated in Geneva during colonization or infection. *Ann. Clin. Microbiol Antimicrob.* 14, 42-47(2015).
- Cicek AC, Saral A, Iraz M G et al.: OXA and GES-type beta-lactamases predominate in extensively drug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates from a Turkish University Hospital. *Clin. Microbiol. Infect.* 20(5), 410–5 (2014).
- Ciello G, Araujo M C. Epidemiological profile of carbapenem resistant *Acinetobacter baumannii* in a hospital in the countryside of Minas Gerais. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, [S.l.], 4 (3), 177-260 (2016).
- Cintra-Socoloski P, Malaspina O, Cavalcante RS *et al.*: Integrated pest management programme in hospital environment. *Indoor and Built Envir.* 24, 414–421(2015).
- Clark NM, Zhanel GG, Lynch JP 3rd. Emergence of antimicrobial resistance among *Acinetobacter* species: a global threat. *Curr Opin Crit Care.* 22, 491–9 (2016).
- Clinical and Laboratory Standards Institute Performance standards for antimicrobial susceptibility testing.* 23rd informational supplement document M100-S23. Wayne: CLSI; 2017.
- Costa SBD, Pelli A, Carvalho GP *et al.*: Terra APS. Resende EM. Oliveira CCB. Moraes CA. Formigas como vetores mecânicos de microorganismos no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. *Rev.da Soc. Bras. de Med. Trop.* 39, 527-529 (2006).

Dumas JL, Van Delden C, Perron K *et al.*: Analysis of antibiotic resistance gene expression in *Pseudomonas aeruginosa* by quantitative real-time-PCR. *FEMS Microbiol.Lett.* 254, 217–225 (2006).

Eden, P. A., T. M. Schmidt, R. P. Blakemore, and N. R. Pace. Phylogenetic analysis of *Aquaspirillum magnetotacticum* with polymerase chain reaction-amplified 16S rRNA-specific DNA. *Int. J. Syst. Bacteriol.* 41, 324-325 (1991).

Espinal P, Roca I, Vila J: Clinical impact and molecular basis of antimicrobial resistance in *non-baumannii Acinetobacter*. *Fut. Microb.* 6 (5), 495-511 (2011).

Fontana R, Delabie JH, Brito TA: Infecção hospitalar e formigas no Brasil, com um exemplo de propagação bacteriana por formigas num hospital do Sudeste da Bahia. *Neotrop. Entomol.* 2010, 39 (4), 655-663.

Garcia FRM. Ahlert CC. Freitas BR. Trautmann MM. Tancredo SP. Lutinski J A. Ants (Hymenoptera: Formicidae) in five hospitals of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 33, 203-209 (2011).

Garcia TI, Ramos AC, Sambati N *et al.*: Perfil de resistência medicamentosa de bactérias isoladas de formigas de um hospital de Campo Mourão, Paraná. *Rev Saúde Pesq.* 2, 207-211 (2014).

Garnacho-Montero, J.; Timsit, J.F. Managing *Acinetobacter baumannii* infections. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2019, 32, 69–76.

Gonçalves MG, Loeck AE, Silva EJE *et al.*: Associação entre formigas (Hymenoptera: Formicidae) e bactérias patogênicas em cinco hospitais do município de Pelotas, RS. *Arq. Inst. Biol.* 78, 287-295 (2011).

Guo L, Ye L, Zhao Q, Ma Y, Yang J, Luo Y. Comparative study of MALDI-TOF MS and VITEK 2 in bacteria identification. *Journal of Thoracic Disease.* 6 (5), 534-538 (2014).

Hammoudi D, Moubareck CA, Hakime N *et al.*: Spread of imipenem-resistant *Acinetobacter baumannii*-expressing OXA-23 and GES-11 carbapenemases in Lebanon. *Int. J. Infect. Dis.* 36, 56-61 (2015).

Higgins PGH, Wisplinghoff O, Krut and H Seifert. A PCRbased method to differentiate between *Acinetobacter baumannii* and *Acinetobacter genomic species 13TU*. *Clin. Microbiol. Infect.* 13,1199–1201(2007).

Hojabri Z, Pajand O, Bonura C, Aleo A, Giammanco A, Mammina C.2014. Molecular epidemiology of *Acinetobacter baumannii* in Iran: endemic and epidemic spread of multiresistant isolates. *J Antimicrob Chemother* 69:2383–2387.

Khazaal SS, Al-Kadmy IM, Aziz SN (2020) Mechanism of pathogenesis in multidrug resistant *Acinetobacter baumannii* isolated from intensive care unit. *Gene Rep* 18:100557.

Karakonstantis, S.; Kritsotakis, E.I.; Gikas, A. Treatment options for *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* and *A. baumannii* co-resistant to carbapenems, aminoglycosides, polymyxins and tigecycline: An approach based on the mechanisms of resistance to carbapenems. *Infection* 2020, 48, 835–851.

- Kyriakidis I, Vasileiou E, Pana ZD, Tragiannidis A. *Acinetobacter baumannii* antibiotic resistance mechanisms. *Pathogens*. (2021) 10:373. doi: 10.3390/pathogens10030373
- Kulah C, Aktas E, Comert F, Ozlu N, Akyar I, Ankarali H. Detecting imipenem resistance in *Acinetobacter baumannii* by automated systems (BD Phoenix, Microscan WalkAway, Vitek 2); high error rates with Microscan WalkAway. *BMC Infectious Diseases*. 9 (30), 1-7 (2009).
- Lee K *et al.*: Novel acquired metallo- β -lactamase gene, blaSIM-1, in a class 1 integron from *Acinetobacterbaumanni* clinical isolates from Korea. *Antimicrob Agents Chemother*. 49, 4485-4491 (2005).
- Lee CR., Lee J H P, ARK M *et al.*: Biology of *Acinetobacterbaumannii*: Pathogenesis, Antibiotic Resistance Mechanisms, and Prospective Treatment Options. *Frontiers in Cellular and Infec.Microb*. 7, 55 (2017).
- Levy-Blitchtein S, Roca I, Plasencia-Rebata S, Vicente-Taboada W, Velásquez-Pomar J, Muñoz L, *et al.* Emergence and spread of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* international clones II and III in Lima, Peru article. *Emerg Microbes Infect*. 2018;7(1):119-28.
- Lise F, Garcia FRM, Lutinski JA: Association of ants (Hymenoptera: Formicidae) with bacteria in hospitals in the State of Santa Catarina, Brazil. *Ver. da Soc. Bras. de Med.Trop*. 39, 523-526 (2006).
- Lima WRS, Marques SG, Rodrigues FS *et al.*: Ants in a hospital environment and their potential as mechanical bacterial vectors. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 46, 637-640 (2013).
- Liu W, Zou D, Li Yet *al.*: Sensitive and rapid detection of the new Delhi metallo-beta-lactamase gene by loop-mediated isothermal amplification. *J. of clinic. Microb*.50(5), 1580-1585 (2012).
- Maniatis T, Fritch EEF, Sambrook J: *Molecular Cloning: a Laboratory Manual*. New York. Cold Spring Harbor Lab.Cold Spring Harbor.2nd ed. 3 volumes (1989).
- Máximo HJ, Feliztti HL, Ceccato M *et al.*: Ants as vectors of pathogenic microorganisms in a hospital in São Paulo county, Brazil. *BMC Res. Notes*.7, 554 -559 (2014).
- Menezes JS,Lima LS, Moreira BS *et al.*: Análise microbiológica de formigas capturadas em ambiente hospitalar da cidade de Alfenas-MG. *Ver. da Univ. Vale do Rio Verde. Três Cor*. 13, 589-598 (2015).
- Mohajeri P, Sharbati S, Farahani A *et al.*: Evaluate the frequency distribution of non adhesive virulence factors in carbapenemase producing *Acinetobacterbaumannii* isolated from clinical samples in Kermanshah. *J Nat SciBiol Med*. 7(1), 58-61 (2016).
- Moreira DDO, Morais V, Vieira-da-Motta O *et al.*: Urban ants and transportation of Nosocomial Bacteria. *Neotrop. Entomol*.34, 999-1006 (2005).
- Morris, F.C., Dexter, C., Kostoulas, X., Uddin, M.I., Peleg, A.Y., 2019. The mechanisms of disease caused by *Acinetobacter baumannii*. *Front Microbiol*. 10, 1601.
- Nordmann, P.; Poirel, L. Epidemiology and Diagnostics of Carbapenem Resistance in Gram-negative Bacteria. *Clin. Infect. Dis* 2019, 69, S521–S528

Nowak P, Paluchowska P, Budak A: Distribution of *bla*_{OXA} genes among carbapenem-resistant *Acinetobacterbaumannii* nosocomial strains in Poland. *New Microb.* 35, 317-325 (2012).

NUNES, S. S.; SOARES, F. M. P.; REIS, J. S. Formigas como vetores de *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* em um hospital público do interior do Amazonas. *SaBios: Rev. Saúde e Biol.*, v. 13, n. 2, p. 26-29, 2018.

Oliveira BRM, Sousa LF, Soares RC *et al.*: Ants as Vectors of Bacteria in Hospital Environments. *J. of Microb. Research.* 7, 1-7 (2017).

Parte, A.C., Sard`a Carbasse, J., Meier-Kolthoff, J.P., Reimer, L.C., Goker, " M., 2020. List of Prokaryotic names with Standing in Nomenclature (LPSN) moves to the DSMZ. *Int. J. Syst. Evol. Microbiol.* 70, 5607–5612

Peleg AY, Seifert H, Paterson DL: *Acinetobacterbaumannii*: emergence of a successful pathogen. *Clin Microb. Rev.* 21, 538–582 (2008).

Peleg AY, Breij A, Adams MD *et al.*: The Success of *Acinetobacter* Species Genetic, Metabolic and Virulence Attributes. *PLOS One.* 7(10), 46984 (2012).

Pfaller, Michael A, John S: "Overview of the epidemiological profile and laboratory detection of extended-spectrum β -Lactamases." *Clin. Infect. Diseases* 42. Supplement. 4, 153-163 (2006).

Piperaki, E.T.; Tzouveleakis, L.S.; Miriagou, V.; Daikos, G.L. Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*: In pursuit of an effective treatment. *Clin. Microbiol. Infect.* 2019, 25, 951–957

Poirel L, Naas T, Nordmann P: Diversity, epidemiology, and genetics of class D β -lactamases. *Antimicrob Agents Chemother.* 54, 24-38 (2010).

Smiline, A.; Vijayashree, J.; Paramasivam, A. Molecular characterization of plasmid-encoded *bla*_{TEM}, *bla*_{SHV} and *bla*_{CTX-M} among extended spectrum β -lactamases [ESBLs] producing *Acinetobacter baumannii*. *Br. J. Biomed. Sci.* 2018, 75, 200–202

Sarwar M. Insect vectors involving in mechanical transmission of human pathogens for serious diseases. *Int J Bioinform Biomed Eng.* 2015;1:300–6

Savari M, Ekrami A, Shoja S *et al.*: Plasmid borne Carbapenem-Hydrolyzing Class D β -Lactamases (CHDLs) and AdeABC efflux pump conferring carbapenem-tigecycline resistance among *Acinetobacterbaumannii* isolates harboring TnAbaRs. *Microb. Pathogenesis.* 104, 310-317 (2017).

Siegel JD, Rhienhart E, Jackson M *et al.*: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Management of multidrug resistant organisms in healthcare settings* 2006. http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDRO_Guideline2006.pdf. Acessado July 2, 2017.

Silva DA, Pereira FT, Araujo M *et al.*: Formigas urbanas como veiculadoras de microrganismos em postos de saúde ESF em Ipameri, Goiás. *Revista Biociências.* 22, 78-83 (2016).

Sandra da Silva Silveira, Elivelton Melo Almeida, Daiane Frelik Theodoro, Cibelle Schuindt dos Santos, João Luciano Andrioli, Rodovia Jorge Amado, **Guilherme** Rosenberg Guimarães Queiroz Deletar

Silveira, SS, Almeida EM, Theodoro, DF et al., Formigas como vetores de bactérias e fungos no interior de um hospital do Sul da Bahia. *Brazilian Journal of Health*.4, 2485-2497 (2021).

Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, et al. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. *ClinMicrobiol Infect* 2014;20:1e55.

Stucki D, Freitak D, Bos N, Sundström L. 2019. Stress responses upon starvation and exposure to bacteria in the ant Formica exsecta. *PeerJ* 7: e6428 DOI 10.7717/peerj.6428.

Uwingabiye J, Lemnouer A, Roca I , et al. Clonal diversity and detection of carbapenem resistance encoding genes among multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates recovered from patients and environment in two intensive care units in a Moroccan hospital. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 6:99 ((2017).

Vaneechoutte M, de-Baere, T: Taxonomy of the genus *Acinetobacter*, based on 16S ribosomal RNA gene sequences. In *Acinetobacter Molecular Biology*. Edited by U. Gerischer. Wymondham, UK: *Horizon Scientific Press/Caister Academic Pres*. 35–60 (2007).

Versalovic J, Thearith KR, Lupski: Distribution of repetitive DNA sequences in eubacteria and application to fingerprinting of bacterial genomes. *Nucleic Acids Res*.19 (24), 6823-6831 (1991).

Vieira GD, Alves TC, Silva OB et al.: Bactérias Gram positivas veiculadas por formigas em ambiente hospitalar de Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. *Rev. Pan-Amaz. Saude*.4, 33-36 (2013).

Vieira PB, Picoli S U. Multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*: Clinical and Epidemiological Aspects. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. [S.l.], 19 (2), 151-156 (2015).

Villalon P, Valdezate S, Medina-Pascual MJ et al.: Epidemiology of the *Acinetobacter*-derived cephalosporinase, carbapenem-hydrolyzing oxacillinase and metallo-beta-lactamase genes, and of common insertion sequences, in epidemic clones of *Acinetobacter baumannii* from Spain. *J Antimicrob Chemother*. 68(3), 550–553 (2013).

WHO. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report: Early Implementation 2016–2017. Geneva: World Health Organization (2017).

Yan JJ, Hsueh PR, Ko WC et al.: Metallo- beta lactamases in clinical *Pseudomonas* isolates in Taiwan and identification of VIM-3, a novel variant of the VIM.2 enzyme. *Antimicrob Agents Chemother*.45, 224 – 2228 (2001).

Yigit H, Queenan AM, Anderson GJ: Domenech-Sanchez, A.; Biddle, J. W.; Steward, C. D.; Alberti, S.; Bush, K.; Tenover, F. C. Novel carbapenem-hydrolyzing - lactamase, KPC-1, from a carbapenem-resistant strain of *Klebsiella pneumoniae*. *Antimicrob Agents Chemother*. 45, 1151-1161 (2001).

Zavascki A, Carvalhaes RC, Gales AC et al.: Multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii*: resistance mechanisms and implications for therapy. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 8(1), 71-93 (2010).

Zhang C, Qiu S, Wang Y, Qi L, Hao R, Liu X et al. Higher isolation of NDM-1 producing *Acinetobacter baumannii* from the sewage of the hospitals in Beijing. *PLoS One* 8(6), 648-57 (2014).

Zhao WH, HU ZQ: Acinetobacter: A potential reservoir and dispenser for β -lactamases. *Critical Review sinin Microbiology*. Feb. 38(1), 30-51 (2012).

Zheng, S., Bawazir, M., Dhall, A., Kim, H.E., He, L., Heo, J., Hwang, G., 2021. Implication of surface properties, bacterial motility, and hydrodynamic conditions on bacterial surface sensing and their initial adhesion. *Front. Bioeng. Biotechnol* 9, 82. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2021.643722>.

Zowawi HM, Sartor AL, Sidjabat HE *et al.*: Molecular epidemiology of carbapenem-resistant *Acinetobacterbaumanni*isolates in the Gulf Cooperation Council States: dominance of OXA-23-type producers. *J Clin Microbiol*. 53, 896-903 (2015).

Sandra da Silva Silveira, Elivelton Melo Almeida, Daiane Frelik Theodoro, Cibelle Schuindt dos Santos, João Luciano Andrioli, Rodovia Jorge Amado, Guilherme Rosemberg

Capítulo 14



10.37423/250209672

ACIDENTES MOTOCICLÍSTICO: CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS SOCORRIDAS PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)

Aline Lima Queiroz

*Unitpac- Centro Universitário Presidente
Antonio Carlos*

Laryssa Saraiva Vinhal

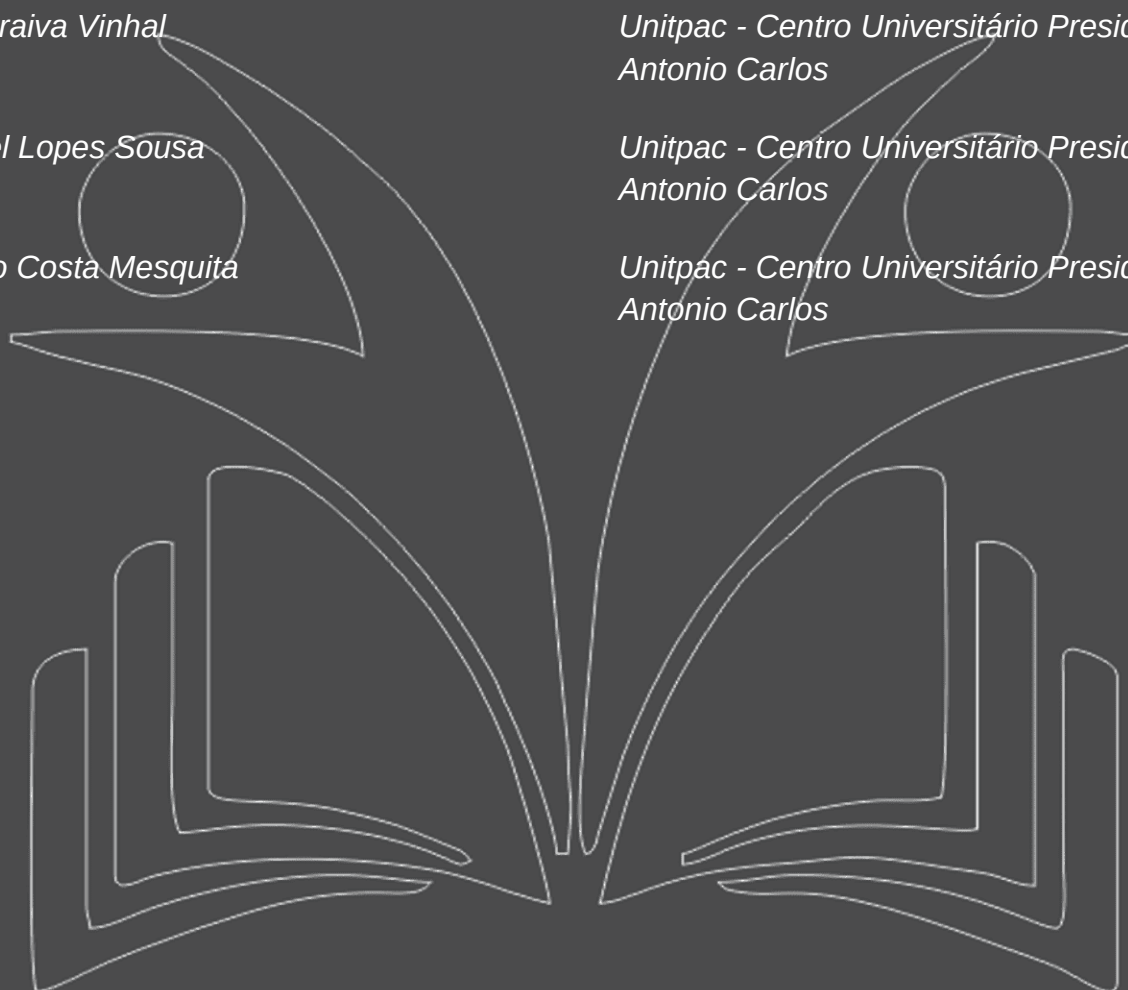
*Unitpac - Centro Universitário Presidente
Antonio Carlos*

Isac Gabriel Lopes Sousa

*Unitpac - Centro Universitário Presidente
Antonio Carlos*

Félix Otávio Costa Mesquita

*Unitpac - Centro Universitário Presidente
Antonio Carlos*



Resumo:

Introdução Definidos como grave questão de saúde pública, os acidentes de trânsito despontam como o principal fator a provocar a morte da população jovem mundial, em especial, ganham expressividade os acidentes motociclísticos. Os traumatismos oriundos de tais eventos configuram-se como um dos principais fatores de morbimortalidade externa no mundo, ratificados nos dados que legitimam com a dimensão desta problemática. Em decorrência dos acidentes com motocicletas, existem altos índices de óbitos. Além dos óbitos, as lesões temporárias e permanentes contribuem de forma negativa para os indicadores nacionais, com elevado custo social, redução da expectativa de vida, sobrecarregando economicamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) bem como o fator previdenciário. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática de literatura abordando o perfil das vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. **Metodologia (Materiais e Métodos):** Trata-se de estudo bibliográfico, descritivo, tipo revisão sistemática de literatura, em que se buscaram artigos, sem delimitação do tempo, na BVS, LILACS, SciELO, BDENF, MEDLINE. **Resultados e Discussão:** Há um índice intenso de acidentes motociclísticos atendidos pelo SAMU, sendo evidenciado uma maior proporção nos indivíduos do sexo masculino, faixa etária de 19 a 39 anos e nos finais de semana. A explicação para esse padrão de vítimas, leva em consideração variáveis de cunho social, pois o sexo masculino tende a assumir comportamentos de risco como: alta velocidade, uso de substâncias que alteram a capacidade de decisão, principalmente em períodos que estão fora do trabalho, ou seja, nos finais de semana e no período noturno. **Considerações Finais:** Os acidentes motociclísticos são um problema antigo de saúde pública, contribuindo para a grande parte dos óbitos nos acidentes automobilísticos. O presente estudo permitiu identificar o perfil das vítimas de acidente motociclísticos atendidos pelo SAMU e auxiliou na caracterização do público-alvo em futuras campanhas educativas sobre a temática.

Palavras-chave: Motociclistas; Trauma; Acidentes;

1. INTRODUÇÃO

Definidos como grave questão de saúde pública, os acidentes de trânsito despontam como o principal fator a provocar a morte da população jovem mundial, em especial, ganham expressividade os acidentes motociclísticos. Os traumatismos oriundos de tais eventos configuram-se como um dos principais fatores de morbimortalidade externa no mundo, ratificados nos dados que legitimam com a dimensão desta problemática (DAMASCENO, 2018).

Segundo Santos e Leal (2019) no que tange ao quantitativo de motocicletas em atividade no Brasil, houve um aumento expressivo de 3,5 milhões no ano de 2000 para mais de 22 milhões em 2019, o que corresponde a 22,15% do total de veículos circulantes no país. Essa elevação expressiva de motocicletas deve-se às significativas vantagens destas correlacionadas a outros meios de condução, como agilidade de locomoção e menor valor para manutenção, sendo mais acessíveis à população.

Com relação aos fatores causais, os agravos envolvendo motocicletas geralmente se dão em função de diversos determinantes que, em sua maior parte, relacionam-se mutuamente. Assim, os fatores humanos incluem direção sob efeito de drogas lícitas e ilícitas que produzem falsa sensação de poder, imprudência, além de alterações na saúde física e mental dos condutores; fatores inerentes ao sistema viário como sinalização precária, falhas na iluminação e acostamentos, deformidades nas vias e obras realizadas de forma inadequada; salientando-se a falta de manutenção mecânica como fator relacionado ao veículo, afirmam os autores supramencionados (SANTOS e LEAL, 2019).

Em decorrência dos acidentes com motocicletas, existem altos índices de óbitos, sendo este desfecho indesejável concentrado basicamente na população jovem de 15 a 29 anos e, com impactos fortes produzido também na faixa de 30 a 49 anos. Além dos óbitos, as lesões temporárias e permanentes contribuem de forma negativa para os indicadores nacionais, com elevado custo social, redução da expectativa de vida, sobrecarregando economicamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) bem como o fator previdenciário (LIRA, ULLE e MATTOS, 2019).

Considerando tais elucidações, pretende-se realizar uma revisão sistemática de literatura abordando o perfil das vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU nas obras publicadas entre os anos de 2017 e 2021, visando assim delimitar o perfil dos atendimentos realizados.

OBJETIVOS GERAIS

Caracterizar, por meio de uma revisão sistemática de literatura, vítimas de acidentes motociclísticos atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, entre os anos de 2017 e 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Classificar os estudos selecionados quanto a ano de publicação e periódico;
2. Classificar o perfil de vítimas de acidentes motociclísticos atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, quanto à sexo e idade
3. Identificar fatores relacionados às causas do evento estudado e apontar possível correlação entre estes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por meio de busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific electronic library online (SciELO). Os descritores utilizados foram “vítimas do SAMU”, “atendimentos no SAMU”, “Perfil das vítimas atendidas no SAMU”, “ocorrências no SAMU” “acidentes motociclísticos”. Realizamos levantamento dos artigos que tinham associação com a temática abordada. A seleção foi baseada nos seguintes critérios de inclusão: referências na íntegra em português ou inglês, publicações entre 2017 a 2021.

RESULTADOS

Os casos de acidentes com motocicleta representam uma parcela significativa de todos os atendimentos hospitalares de emergência. A maioria das vítimas, muito predominante, era do sexo masculino, quase a totalidade. A faixa etária compreende entre 20 a 29 e 30 a 39 as mais altas. Pernas e pés, braços e mãos foram as partes do corpo mais afetadas. Houve associação significativa entre a ocorrência de acidente motociclístico e lesões na face e traumatismo cranioencefálico, além da ausência do capacete. Ademais, lesões vasculares e fraturas também mostraram maior presença nessas vítimas. O consumo do álcool e drogas se mostrou outro fator associado em estudos analisados. Sobre a carteira de habilitação, os estudos denotam uma proporção maior das vítimas eram habilitadas. Acerca da periodicidade dos acidentes, ocorreram de maneira bem distribuída entre os horários da manhã, tarde e noite e sendo mais comuns nos dias que antecedem o fim de semana. Os dados incluem uma relação de risco de acidente para motoboys, em que excesso de velocidade e uso de celular enquanto dirige foram fatores independentemente associados aos relatos de acidentes; e em acidentes graves, houve associação com alternância de turnos de trabalho e excesso de velocidade. Assim, pontuando como uma das profissões com maior risco para acidentes automobilísticos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A agilidade e custo baixo das motocicletas tornam esse meio de transporte muito comum na nossa sociedade. Em contrapartida, quando comparado com automóveis, há menor nível de segurança, o que permite um elevado número de óbitos e lesões graves (DE SOUSA ABREU, et al., 2019).

Os acidentes motociclísticos são mais frequentes na população jovem e estão relacionados a prática de comportamentos inadequados durante a condução do veículo (SANTOS; LEAL, 2019). Segundo estatísticas do Seguro de Danos Pessoais por veículos Automotores (DPVAT), entre os anos de 2009 a 2019 foram pagos 3,2 milhões de indenizações, incluindo despesas com óbitos e invalidez.

Desse modo, o presente estudo evidenciou predominância no sexo masculino, faixa etária de 18 a 35 anos, finais de semana e feriados, em sua maioria ocasionados por queda de motocicleta (LONGUINIERE, et al., 2021).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que o padrão de acidentes motociclísticos é um problema de saúde pública e destaca as medidas necessárias para buscar a sua redução.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de mapear o perfil das vítimas que são atendidos no Serviço Móvel de Urgência (SAMU) em todo o país. Diante disso, é observado maior impacto na população jovem, economicamente ativa, o que leva a danos econômicos significativos. Por fim, sugere-se maior enfoque em políticas públicas que permitam reduzir os números de acidentes motociclístico e reduzir o número de óbitos, lesões irreversíveis e impacto econômico.

REFERÊNCIAS

1. DAMASCENO, Itala de Sousa et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes vítimas de acidentes motociclísticos. *Enfermagem em Foco*, v. 9, n. 2, 2018. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1131>. Acesso em 27 Set 2022.
2. DE LA LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes et al. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 4, 2021.
3. DE LIMA, Nilton Fernando; ROTTAVA, Ingrid Alves; GUERREIRO, Victor Jorge. Caracterização dos acidentes de trânsito atendidos pelo SAMU no município de Dourados, Estado de Mato Grosso do Sul (MS), Brasil. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, v. 10, n. 13, pág. e317101321308-e317101321308, 2021.
4. DE SOUSA ABREU, Maria do Socorro et al. Perfil das vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 37, p. e1560-e1560, 2019.
5. Ganem G, Fernandes RCP. Motorcycle accidents: characteristics of victims admitted to public hospitals and circumstances. *Rev Bras Med Trab*. 2020 Aug 4;18(1):51-58. doi: 10.5327/Z1679443520200447. PMID: 32783004; PMCID: PMC7413689.
6. LEAL, Daniela ZangaroCorradi et al. Análise espacial dos acidentes motociclísticos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. 2019. https://bdm.ufmt.br/bitstream/1/1482/1/2019_TCC_Daiane%20Almeida%20dos%20Santos_e_Daniela%20Zangaro%20Corradi%20Leal.pdf. Acesso em 27 Set 2022.
7. LIRA, Flávio Bispo de; ULLE, Cibele Martins dos Santos; MATTOS, Magda de. Acidentes motociclisticos e ações educativas no trânsito em município do estado de Mato Grosso. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 3, 2019.
8. MONTE VO, Costa MA, Lemos MH, Lemos TA, Moraes CL, Rezende TB, et al. .Caracterização epidemiológica das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas no estado do Piauí. *REAS/EJCH*. 2019; (Supl 25):e738
9. BONFIM CV, Silva AG, Araújo WM, Alencar C, Furtado BM. [Análise da distribuição espacial dos acidentes de trânsito atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) em um município do nordeste brasileiro.]. *Salud Colect*. 2018;14(1):65–75.
10. CARVALHO HB de, Andreuccetti G, Rezende MR, Bernini C, Silva JS, Leyton V, et al. Envolvimento de álcool e drogas em lesões de condutores de motocicletas na cidade de São Paulo, Brasil: análise da culpabilidade do acidente e outros fatores associados. *Dependencia de drogas e álcool*. 2016;162:199–205.

Capítulo 15



10.37423/250209673

EPIDEMIOLOGIA DA NEOPLASIA MALIGNA PROSTÁTICA E PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA: UMA ANÁLISE DE 2018 A 2022.

Tallitha Grawnth Santos Vidal

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Walter Lopes Martins

Universidade Federal de Goiás

Donizete Ferreira de Sousa Junior

Universidade Federal de Sergipe

Bárbara Maria Elias Mendes Silva

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Izabel Rezende Ferreira Jácomo de Oliveira

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Rafaella Santos Guimarães

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Isabela Mendonça Prates

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Leticia Leão Venceslau Nascimento

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Isabela Gobato

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Laura Prado Carneiro

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

1. INTRODUÇÃO

A neoplasia maligna prostática (NMP) é uma das neoplasias mais prevalentes entre homens, representando a segunda principal causa de morte por câncer masculino em todo o mundo. Esse tumor maligno, originado nas células da próstata, é frequentemente assintomático em estágios iniciais, mas pode evoluir com sintomas urinários e metástases ósseas em fases avançadas. O risco de desenvolvimento está associado à idade avançada, histórico familiar e fatores hormonais.

A prostatectomia oncológica é um dos principais tratamentos cirúrgicos para a NMP localizada, envolvendo a remoção completa da próstata e estruturas adjacentes. Essa abordagem é eficaz em casos localizados, mas sua indicação requer uma análise criteriosa do estado clínico do paciente, já que pode gerar complicações como incontinência urinária e disfunção erétil.

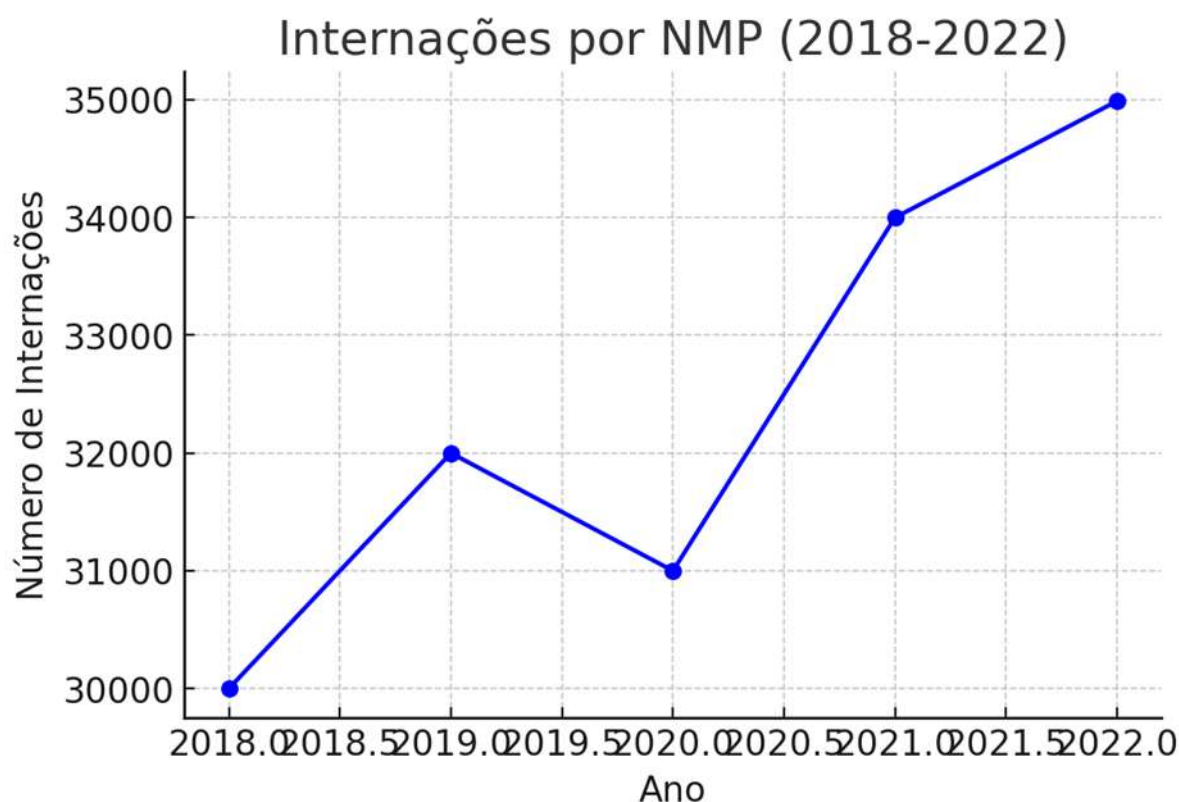
Diante da relevância clínica e epidemiológica, este estudo analisa o perfil epidemiológico de homens com NMP e o número de prostatectomias oncológicas realizadas entre 2018 e 2022, buscando contribuir com dados atualizados para a compreensão do cenário oncológico nacional.

2. MÉTODOS

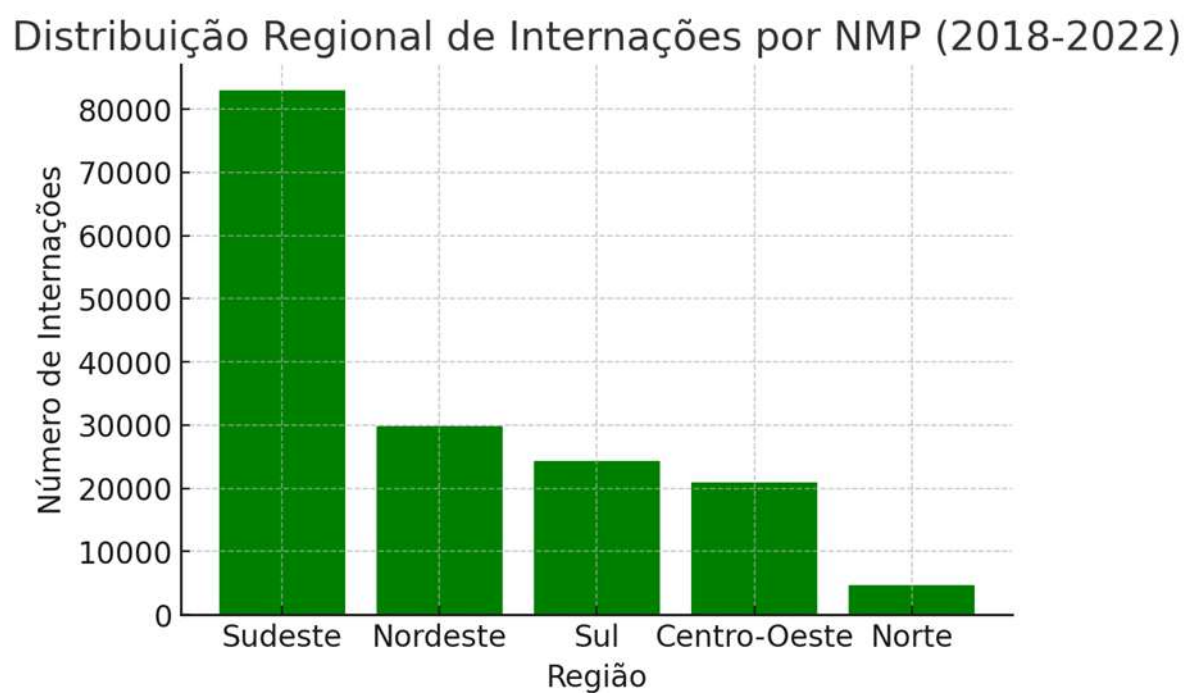
Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, quantitativo e descritivo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) via DATASUS. Foram analisadas internações, faixas etárias, óbitos e prostatectomias oncológicas no período de 2018 a 2022.

3. RESULTADOS

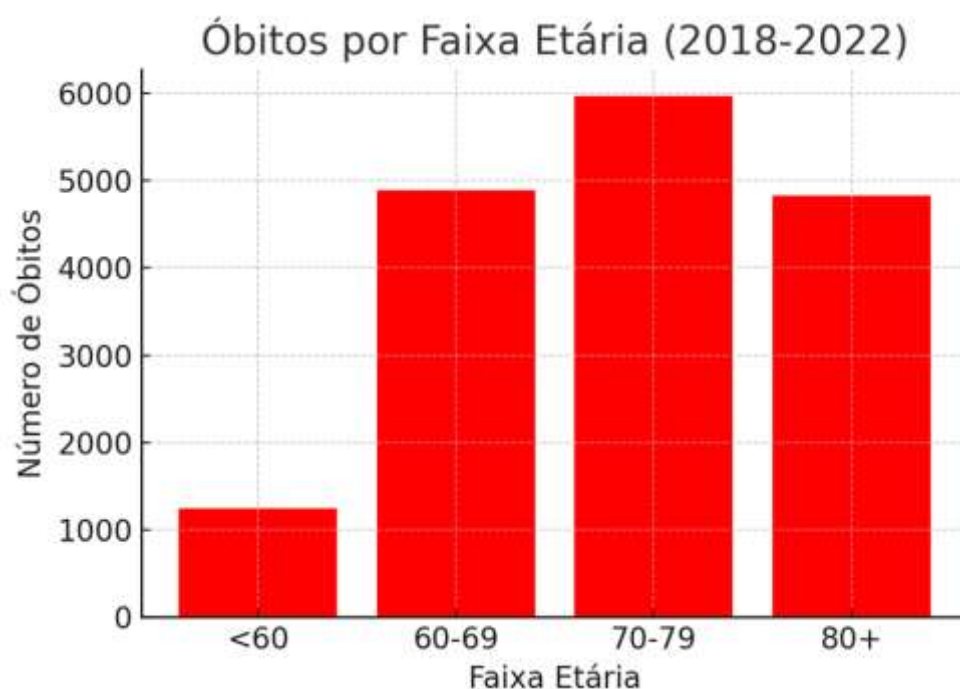
Entre 2018 e 2022, registraram-se 161.984 internações por NMP, com pico em 2022 (34.990 casos).



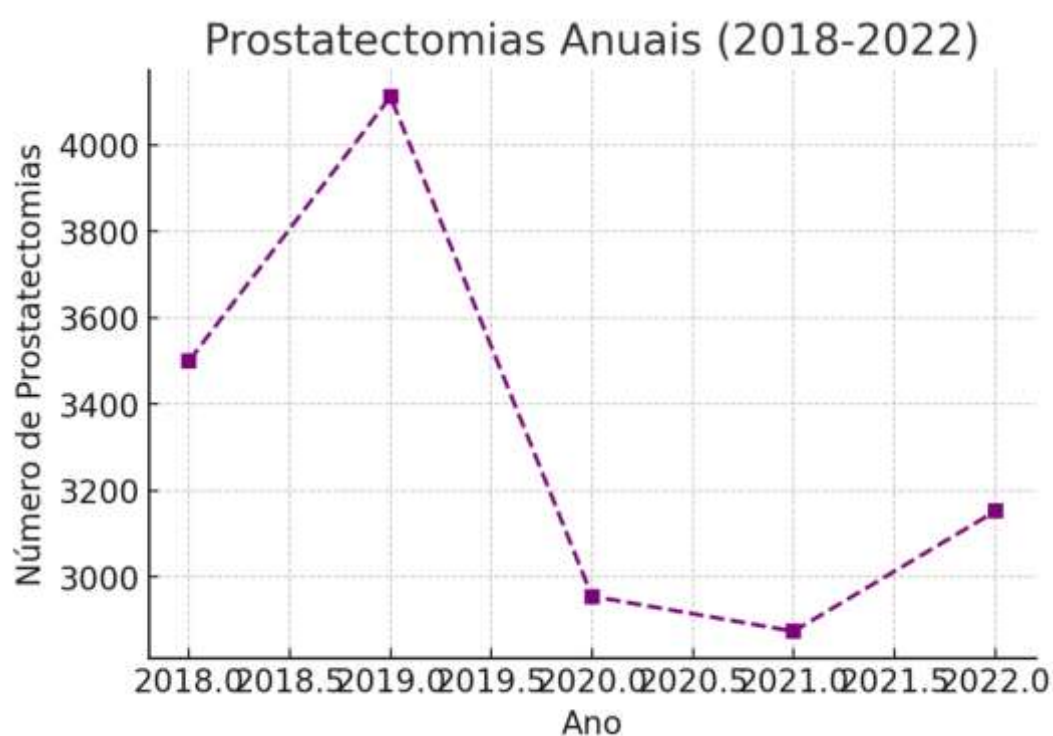
A região Sudeste concentrou 82.938 internações (51,20%), enquanto a Norte teve a menor quantidade (4.657; 2,87%).



A faixa etária mais acometida foi de 60 a 69 anos (38,32%). Houve 15.648 óbitos, com 70 a 79 anos concentrando 38,17% das mortes e 80 anos ou mais, 31%.



Foram realizadas 15.530 prostatectomias, com pico em 2019 (4.112) e redução em 2020 (2.955) e 2021 (2.874) devido à pandemia, com leve recuperação em 2022 (3.152).



4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos reforçam a prevalência da NMP como uma importante causa de morbidade e mortalidade masculina. O predomínio de casos na região Sudeste está alinhado com as observações

de Silva et al. (2022), que atribuem essa concentração ao acesso mais amplo e estruturado aos serviços de saúde e à maior oferta de exames de rastreamento, como PSA e biópsia prostática. Além disso, a elevada densidade populacional dessa região contribui para os números expressivos.

A redução das prostatectomias em 2020 e 2021 está de acordo com Oliveira & Costa (2021), que destacam o impacto da pandemia de COVID-19 na suspensão de cirurgias eletivas, afetando negativamente o tratamento oncológico. Esse fenômeno também é evidenciado por estudos internacionais que apontam atrasos em diagnósticos e piora nos prognósticos devido à menor adesão ao rastreamento durante o período pandêmico.

O aumento significativo de internações e óbitos entre idosos corrobora a relação direta entre a idade e a incidência da NMP, conforme salientado por Gomes et al. (2020), que ressaltam a importância de políticas preventivas e campanhas de conscientização. O INCA (2023) recomenda a realização do rastreamento precoce, especialmente para homens acima de 50 anos ou com histórico familiar, com o intuito de detectar casos em estágios iniciais e ampliar as chances de cura.

Esses achados destacam a necessidade de investimentos contínuos em programas de rastreamento e tratamento, além de políticas públicas que visem reduzir as disparidades regionais no acesso aos serviços oncológicos. O estudo também enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar, com envolvimento de urologistas, oncologistas e profissionais de saúde pública para assegurar o manejo adequado da NMP em todas as fases da doença.

5. CONCLUSÃO

Este estudo evidencia a crescente incidência de neoplasia maligna prostática no Brasil e o impacto da pandemia na redução de procedimentos cirúrgicos essenciais. Observou-se que fatores como acesso à saúde e políticas de rastreamento influenciam diretamente os desfechos clínicos. A maior concentração de casos no Sudeste resalta a desigualdade no acesso aos serviços oncológicos, enquanto a predominância em idosos destaca a importância de estratégias preventivas focadas em grupos de risco.

Recomenda-se o fortalecimento das campanhas de conscientização sobre o rastreamento precoce, alinhado com as diretrizes do INCA, além da ampliação da oferta de tratamentos minimamente invasivos e cirurgias robóticas, que promovem melhor qualidade de vida aos pacientes. É fundamental que as políticas públicas de saúde priorizem a equidade no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oncológico em todas as regiões do país.

Além disso, a pandemia de COVID-19 deixou lições valiosas sobre a importância da resiliência do sistema de saúde. Medidas que garantam a continuidade do cuidado oncológico em situações emergenciais são essenciais para evitar atrasos no diagnóstico e perdas de oportunidade terapêutica.

Conclui-se que o enfrentamento da NMP exige uma abordagem integrada, multidisciplinar e centrada no paciente, abrangendo desde a prevenção até o tratamento e reabilitação, com foco em reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos.

REFERÊNCIAS:

- INCA. *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil*
- Silva, R. et al. *Impacto da pandemia de COVID-19 em cirurgias oncológicas*. Rev. Bras. Oncol., 2022.
- Oliveira, M. & Costa, F. *Impacto do atraso em procedimentos eletivos durante a pandemia*. J. Saúde Pública, 2021.
- Gomes, A. et al. *Epidemiologia do câncer de próstata no Brasil*. Rev. Med. Bras., 2020.
- DATASUS (SIH-SUS) - Avaliando de jan 2018 a dez de 2022, Avaliando total de internações, faixa etária

Capítulo 16



10.37423/250209676

ÍNDICE DE OBESIDADE INFANTIL NO BRASIL DO ANO DE 2018 A 2022 E OS POSSÍVEIS IMPACTOS GERADOS

SARHA REBECA PERES RORIZ

LUANA FERREIRA DIAS DA SILVA

Samara Ferreira Costa

Gabriella Marques Paladim

Hanne Karoline Lopes Oliveira

Isabella Morelli Lopes Gratão

Rayssa Ketly Silva Sousa

Lara Geovana dos Santos Bezera

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

*UNIVERSIDADE TOCANTINENSE
PRESIDENTE ANTONIO CARLOS -
UNITPAC*

INTRODUÇÃO:

Esse tema foi levantado a partir da percepção significativa de obesidade infantil em crianças de 5 a 10 anos no período de 2018 a 2022 no Brasil, durante atendimentos na Unidade Básica de Saúde. Dessa forma este trabalho busca estimular estratégias para solucionar tal problema com análise dos seus fatores causadores.

OBJETIVOS:

O projeto visa quantificar o número de casos de obesidade infantil; realizar uma pesquisa qualitativa que indique a necessidade de uma intervenção para tal entrave; reconhecer os anos com maior número de casos e fatores relacionados; identificar os impactos da obesidade infantil a curto e longo prazo; relacionar a obesidade infantil a fatores biopsicossociais.

METODOLOGIA:

Trata-se de um projeto qualiquantitativo, com crianças de 5 a 10 anos, em áreas abrangentes pelo SISVAN no Brasil. Neste projeto, foram analisados o número de casos e o período em que foram coletados e a partir obteve-se os seguintes dados.

RESULTADO E DISCUSSÃO:

De acordo com os dados colhidos no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2018 cerca de 363.668 crianças de 5 a 10 anos foram diagnosticadas com obesidade. No ano seguinte (2019) houve um aumento, cerca de 369.343. Já em 2020 marcou 223.650 crianças obesas. Contudo em 2021, 356.586 foram diagnosticadas, aumentando significativamente. Já em 2022 o índice ficou mais alarmante onde marcou-se 499.321. Dessa maneira podemos identificar um aumento no número de casos. Se tratando do período abordado podemos relacionar a obesidade nessa faixa etária a fatores, nos quais se destacam a pandemia do COVID-19, onde essas crianças tiveram um menor nível de socialização e atividade físicas, maior acesso a telas que geraram irregularidade no ciclo circadiano, levando a disfunções metabólicas e elevando o índices de psicopatologias. O fast food está cada vez mais acessível para essas crianças por conta da praticidade que dá aos pais, na aceitação e na preparação do alimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Por fim, a obesidade tem gerado grande impacto a essas crianças, na saúde física e psicológica. Limitando atividades diárias e afetando sua autoestima gerando maior número de isolamento e inseguranças com a própria imagem. Com isso tais índices também refletem negativamente no desenvolvimento intelectual, uma vez que as atividades cotidianas somadas as socializações geram um maior estímulo para o desenvolvimento psicossocial infantil. Há uma necessidade de uma intervenção multidisciplinar com a atuação dos profissionais da equipe de saúde em parceria com pais e professores e intervindo na conscientização do público infantil

Palavras-chave: Obesidade. Infantil. Desenvolvimento. Isolamento.

Capítulo 17



10.37423/250209678

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR HÉRNIA INGUINAL NO BRASIL DE 2013 A 2022

Tallitha Grawnth Santos Vidal

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

João Vitor Tavares França

Hospital das Forças Armadas

Igor Gonçalves de Almeida

Hospital Getúlio Vargas - Recife (PE)

Laura Manoela Siqueira Costa

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Boadyr Veloso Neto

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Sarah Diniz Pereira

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Michelle Marques do Vale

*Centro Universitário de Goiatuba -
UniCerrado*

Ademar Pereira do Espírito Santo Neto

*Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos*

Fernando Ribeiro de Aquino Moura

Centro Universitário de Brasília

Jade Torres Goldfeld Neiva Moroni

*Centro Universitário do Planalto Central
Apparecido dos Santos*

1. INTRODUÇÃO

As hérnias inguinais (HI) ocorrem quando há protrusão anormal de conteúdo abdominal através de uma abertura na aponeurose e/ou fáscia em região inguinal. Elas são reconhecidas como uma das principais causas de internação cirúrgica eletiva, especialmente em homens acima de 50 anos, conforme dados do DATASUS. Estudos indicam que sua incidência está associada a fatores como idade avançada, histórico familiar, obesidade e atividades laborais com esforços físicos intensos.

Segundo Fitzgibbons e Forse (2015), as hérnias inguinais são responsáveis por significativa morbidade global, com prevalência maior em homens devido à anatomia do canal inguinal. Além disso, a Sociedade Europeia de Hérnia (Simons et al., 2009) destaca a importância da triagem precoce e da padronização das técnicas cirúrgicas para reduzir complicações e recidivas.

No Brasil, as desigualdades regionais no acesso ao tratamento refletem diferenças socioeconômicas e estruturais entre as regiões. O IBGE (2022) aponta que regiões com menor infraestrutura hospitalar, como Norte e Centro-Oeste, tendem a apresentar maior morbimortalidade por causas evitáveis, incluindo HI.

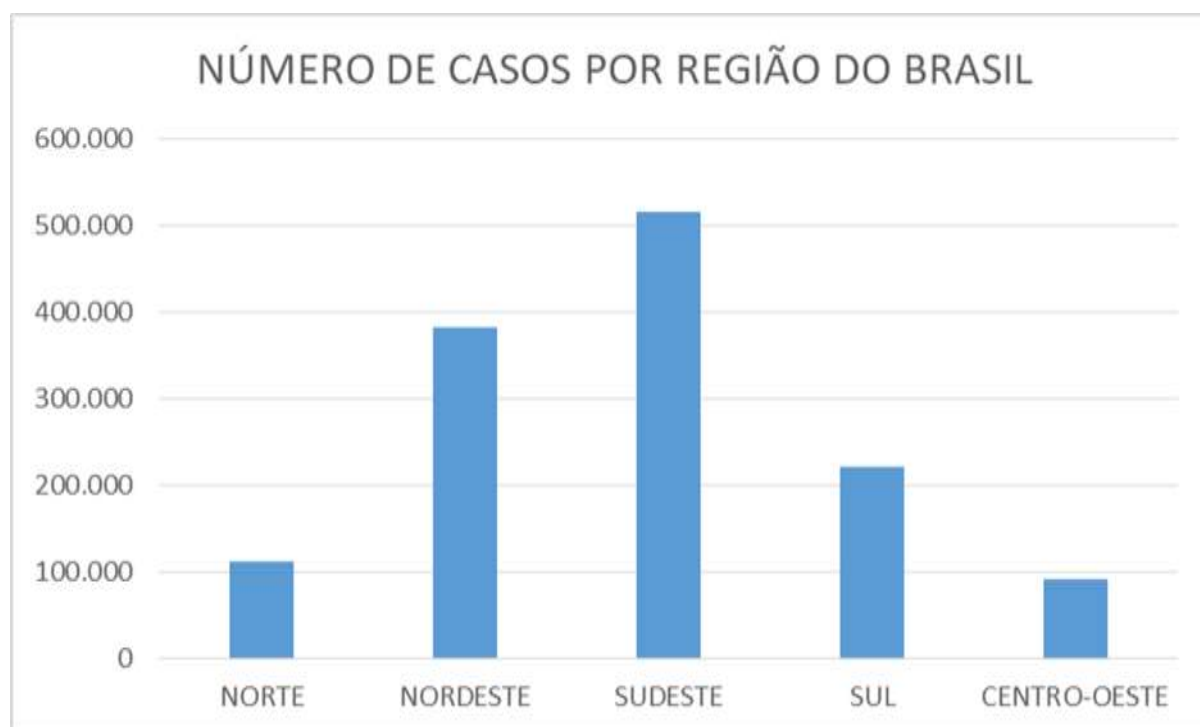
Este estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico das internações por HI no Brasil entre 2013 e 2022, com enfoque nas distribuições regionais, faixas etárias, sexo e cor/raça, contribuindo para a identificação de disparidades e auxiliando no desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes.

2. MÉTODO

Realizado estudo ecológico, sendo esse observacional, descritivo e transversal, através do acesso ao banco de dados de domínio público do Sistema de Informações do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), do Ministério da Saúde, por meio do endereço eletrônico (<http://datasus.gov.br>). Foram analisados os registros de internações por HI entre janeiro de 2011 e setembro de 2020. Foram avaliadas as regiões, faixa etária, sexo e cor/raça, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, referentes ao Brasil. A análise dos dados foi realizada através de números absolutos e percentual.

3. RESULTADOS

Foram registrados 1.322.606 casos de internações no país por HI de 2013 a 2022. Dentre estes casos, o maior registro foi na Região Sudeste, com 515.569 internações, representando 38,98% do total do número de internações, com o Estado de São Paulo sendo o maior, registrando 274.971 internações, valor maior que a Região Centro-Oeste, que foi a menor, apresentando apenas 92.261 internações (6,97% da população total acometida) por HI.



Fonte: SIH/SUS

Em relação à faixa etária, esta condição está presente em todas as idades, porém é mais prevalente entre 55 e 69 anos, apresentando um total de 368.670 internações (27,87% do total). Além disso, há uma proporção significativa de crianças (menores de 1 ano até os 4 anos) acometidas pela doença totalizando 139.883 internações.



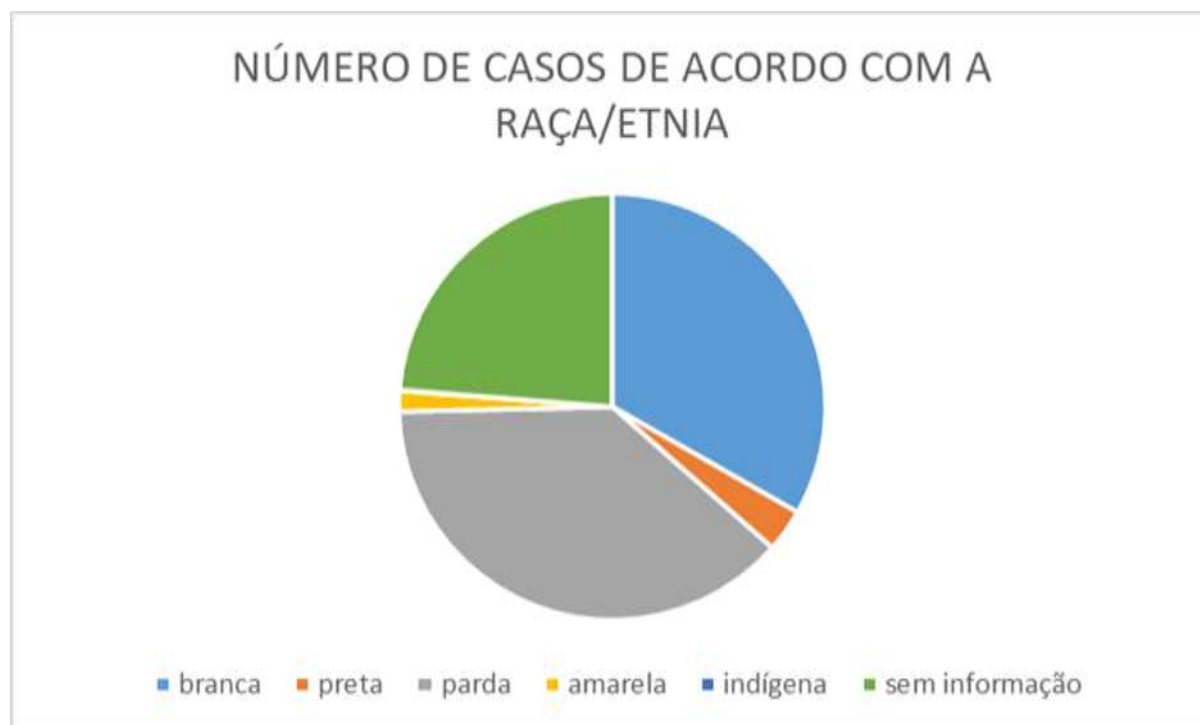
Fonte: SIH/SUS

Observando o número de casos em relação ao sexo, percebemos um número muito maior no sexo masculino, representando aproximadamente 85,15% dos casos totais de internação por HI.



Fonte: SIH/SUS

Por fim, observa-se maior incidência nos indivíduos que se declaram pardos ou brancos, totalizando o número de 943.973 casos, e a menor incidência foi observada nos indivíduos que se declararam indígenas ou amarelos.



Fonte: SIH/SUS

4. DISCUSSÃO

Os resultados reforçam que as hérnias inguinais são uma importante causa de internação, com prevalência significativa em homens. A maior incidência masculina se deve à fragilidade estrutural do canal inguinal. O pico de casos entre 55 e 69 anos associa-se ao enfraquecimento muscular progressivo. Além disso, a alta ocorrência em crianças pequenas é atribuída a falhas no fechamento do processo vaginal.

As desigualdades regionais evidenciadas refletem disparidades no acesso à saúde. O Ministério da Saúde (2022) aponta a menor disponibilidade de leitos especializados nas regiões Norte e Centro-Oeste como fator contribuinte. As maiores taxas de internação em regiões menos desenvolvidas ao menor acesso a cuidados preventivos, especialmente em populações de baixa renda.

A maior prevalência de casos entre indivíduos pardos e brancos, segundo o IBGE (2022), reflete a distribuição demográfica nacional, mas também expõe desigualdades de acesso entre grupos étnicos.

Essas análises destacam a importância de políticas públicas voltadas à prevenção de hérnias inguinais e à ampliação do acesso à cirurgia, especialmente nas regiões mais carentes. Iniciativas como campanhas educativas e aprimoramento da triagem de casos cirúrgicos são essenciais para reduzir internações e complicações associadas à doença.

5. CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que as hérnias inguinais constituem um relevante problema de saúde pública, com maior incidência em homens e idosos, conforme os dados apontaram. A alta prevalência em crianças, destaca a importância do diagnóstico precoce.

As disparidades regionais identificadas refletem desigualdades no acesso ao sistema de saúde, com impacto maior nas regiões Norte e Centro-Oeste, segundo o Ministério da Saúde (2022). Esse cenário sugere a necessidade de investimentos em infraestrutura hospitalar e políticas de equidade na saúde.

Entre as principais limitações deste estudo estão a dependência de dados secundários do DATASUS, que podem conter subnotificações, e a ausência de informações detalhadas sobre comorbidades e complicações pós-operatórias. Estudos futuros com coortes e acompanhamento clínico poderiam aprofundar a compreensão sobre a evolução da doença.

Como sugestões de melhoria, recomenda-se o incentivo à capacitação profissional em cirurgia de hérnia, ampliação do acesso ao tratamento minimamente invasivo e a implementação de campanhas de conscientização para o diagnóstico precoce, especialmente em grupos de risco, visando a redução da morbidade associada às hérnias inguinais.

REFERÊNCIAS:

- . Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 2024
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2022.
- Fitzgibbons, R. J., & Forse, R. A. (2015). "Clinical practice. Groin hernias in adults." *The New England Journal of Medicine*, 372(8), 756-763. DOI: 10.1056/NEJMcp1404068
- Simons, M. P., et al. (2009). "European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients." *Hernia*, 13(4), 343-403. DOI: 10.1007/s10029-009-0529-7

Capítulo 18



10.37423/250209683

INSERÇÃO DO ACOMPANHANTE NA SALA DE PARTO

MARIA LIENE DIAS DE ARAUJO

MARIA LIENE DIAS DE ARAUJO



1 INTRODUÇÃO

O conceito de humanização na assistência ao parto possui diversos aspectos que estão relacionados à mudança na cultura hospitalar, na organização voltada para as necessidades das gestantes e seus familiares. Para isso são necessárias transformações no âmbito físico para uma assistência humanizada, acolhedora (DOMINGUES, 2005). Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, considerando seus aspectos sociais e culturais do parto.

Segundo Brasil (2002), toda parturiente tem direito a um atendimento de qualidade, acesso à saúde no transcorrer de toda gestação, parto e puerpério, conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e que mãe e recém-nascido sejam assistidos com humanidade conforme preconizado.

As vantagens que a presença de um acompanhante oferecem são inúmeras; entre elas destaca-se aceleração do trabalho de parto, diminuição de métodos invasivos e apoio psicoafetivo

Diante da assistência prestada a gestante em processo de trabalho de parto é interessante investigar a despeito da humanização do parto, e, sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto na vivência da Maternidade Carmosina Coutinho, em Caxias-MA.

O interesse pelo tema surgiu por meio da observação do cotidiano realizada na instituição de parto, a qual nos instigou a realizar um trabalho de implantação da participação do acompanhante durante do trabalho de parto. Isso porque o parto é um evento marcante na vida da mulher e de seus familiares, o que antes era realizado no âmbito domiciliar e com a medicalização passa a ser realizados em maternidades, sendo a equipe de saúde a principal responsável, com uso rotineiro de intervenções desnecessárias prejudicando o curso natural do parto.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

A Maternidade Carmosina Coutinho é uma maternidade que atende um contingente de mulheres que abrange a região leste do interior do Estado. São realizados mensalmente, cerca de 300 partos.

Ao realizar uma observação sistemática, verificou-se que é insatisfatório a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, ou seja, não existe na maternidade essa estratégia de humanização da parturiente. Isto deveria ser realizado durante todo o pré-natal, no entanto não se observa isso o que dificulta a presença de um acompanhante na sala de parto.. As mulheres que procuram a unidade

ainda não são preparadas para o parto, quer seja do ponto de vista físico ou emocional, portanto, ao chegar à Unidade as questões inerentes ao trabalho de parto e parto, são muitas difíceis de serem bem elaboradas pelas mulheres. Neste sentido, o acolhimento, a presença de um familiar para proporcionar o conforto e apoio tão necessários é fundamental.

A maternidade viabiliza a presença do acompanhante no trabalho de parto, porém para este acompanhante não é permitido seguir até a sala de parto ou de cirurgia, o leva a muitas frustrações e dificuldades por parte da mulher e seus familiares. Neste sentido, como enfermeira do Centro Obstétrico da Maternidade e percebendo as angústias e sofrimentos de mulheres e seus familiares, entendi a necessidade de uma proposta de intervenção que viabilizasse a presença do acompanhante no parto. O ingresso no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, me permitiu busca e intervir para mudar a realidade na Instituição.

De acordo com a observação sobre as práticas de assistência durante o trabalho de parto na maternidade em avaliação, identificaram-se os seguintes problemas:

- Não há participação do acompanhante no trabalho de parto;
- Desconhecimento da importância do acompanhante durante o trabalho de parto por parte dos profissionais;
- Ausência de um trabalho de conscientização sobre a importância do acompanhante no trabalho de parto para os profissionais e gestantes.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A pesquisa foi realizada, na Maternidade Carmosina Coutinho, do município de Caxias-MA, com área territorial de 5.150,647 km², situado na região leste do estado do Maranhão a 374 quilômetros da capital maranhense, São Luís e 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina, considerado uma macro-região. A estimativa populacional em 2015 é de 161.139 habitantes (IBGE, 2015).

A referida instituição está localizada na Av. Dr. Walter Brito, bairro Campo de Belém. A mesma foi inaugurada em junho de 2008, funciona 24h por dia, como hospital referência a todas as gestantes do município de Caxias e a sete municípios que integram a macro-região.

O mesmo realiza em média de 300 procedimentos obstétricos por mês, possui centro de parto, com 2 salas de cirurgias; 01 salas de recuperação; 01 sala de atendimento ao recém nascido; 01 UTI Neonatal; 02 salas de parto; 72 leitos. Realiza o acompanhamento de pré-natal de alto risco, com consultas

médicas e de enfermagem, no que se refere a exames complementares dentro do hospital existe 01 sala de Ultrassonografia Doppler.

Esta instituição é considerado de alta complexidade por possui serviços de diagnóstico e terapêutica, UTI neonatal, possui também serviços de atendimento ambulatorial, onde são realizadas consultas pré-natais, imunização, teste do pezinho, teste da orelhinha e banco de leite, além de atendimento dos casos de emergência obstétrica e neonatal. Esta instituição dispõem também de um amplo quadro de profissionais de diferentes áreas, que atuam de forma multidisciplinar otimizando o atendimento ao binômio mãe-filho.

A gravidez e o parto, experiências singulares no universo de quem as vivencia, são eventos sociais que integram a vida reprodutiva de homens e mulheres. O ciclo gravídico-puerperal possui forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dele participam.

A gravidez apesar de ser uma ocorrência normal do ciclo reprodutivo humano, é um período especial da vida de todos os casais, pois da primeira gravidez e parto de uma mulher resultam quatro nascimentos: o nascimento de uma família, de uma criança, de uma mulher para o papel de mãe e de um homem para o papel de pai, daí a importância que o nascimento tem para as famílias, que nos faz pensar no processo de gestar e parir como período de transformações e aquisição de novos papéis (CENTA ; MOREIRA, 2002).

O parto e nascimento constituem-se exclusivamente em um evento biológico despido de outros fatores inerentes ao ser humano e o seu contexto de vida, como: o psicoemocional, o cultural, o social e o econômico. A obstetrícia moderna nasceu sob a tutela da cirurgia e transformou o parto e o nascimento em um evento medicalizado, descaracterizando a essência original de fenômeno existencial e psicológico, para mãe e filho, e acontecimento social, para o grupo familiar e sociedade (MARTINS et al., 2005).

De acordo com Brasil (2000, p. 5-6) a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal compreende pelo menos dois aspectos fundamentais:

[...] o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, isso requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização das instituições de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir novas rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhante do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não

beneficiam a mulher nem o recém-nascido, acarretando com frequência maiores riscos para ambos.

Medidas simples como permitir que a mulher em trabalho de parto tenha ao seu lado uma pessoa de sua escolha para lhe dar carinho faz a diferença entre uma lembrança de parto boa ou ruim. A mulher, quando está acompanhada de uma pessoa que ela conhece e na qual confia, sente-se amparada, apoiada, com uma percepção da dor menos intensa, sentindo-se mais segura e normalmente tem uma experiência muito mais positiva.

O direito ao acompanhante da gestante é reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, entretanto não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país. Ao contrário, de maneira geral, apenas as mulheres mais favorecidas economicamente, que têm seus partos através de seguros em hospitais privados, é que se utilizam deste direito, tendo acompanhamento integral durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2001). Além da presença do acompanhante é de grande relevância o apoio emocional à parturiente, pois este colabora para uma melhor evolução do trabalho de parto e parto, e também contribui para que a experiência de parir tenha um significado positivo na vida da mulher. Esse apoio é primordial que seja realizado em conjunto pela equipe de saúde e acompanhante, oferecendo conforto, além das orientações e informações sobre o desenvolvimento do trabalho de parto e parto. A maneira como o trabalho de parto é vivido faz parte da história de vida da parturiente e constitui a representação de seu parto (CARRARO, 2008).

A participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento é respaldada legalmente, porém ainda é um processo em construção, e envolve diversos aspectos, entre eles, as condições físicas ambientais dos hospitais que não possuem estrutura para comportar o acompanhante da parturiente uma vez que este não é educado para o processo de parto, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante e atitudes de submissão das parturientes diante de seus direitos (LANGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010). Para Enkin (2005), a presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só não pode ser considerado como sinônimo de suporte, entretanto, pode ser dado a ele condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto.

Nota-se, portanto, que a presença do companheiro durante o trabalho de parto, auxilia e transmite à parturiente a segurança familiar necessária para tranquilizá-la, proporcionando bem estar físico e psicológico trazendo aspectos emocionais referentes à gestação e favorecendo o vínculo familiar, além de transformar um momento de tanta apreensão e medo em algo carregado de emoção a ser compartilhado.

6 PÚBLICO ALVO

- Gestantes em trabalho de parto;
- Acompanhantes: escolhidos pela gestante, podendo ser: companheiro, pais, parente, amigo, na qual ela sinta confiança em partilhar esse momento.

7 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Implantar a presença do acompanhante durante o trabalho de parto na Maternidade.

3.2 ESPECÍFICOS

- Proporcionar maior interação entre a parturiente, seu acompanhante e a maternidade, reduzindo a ansiedade do pré-parto;
- Realizar um trabalho de sensibilização entre os profissionais e gestores, sobre a importância do acompanhante para parturiente;
- Sensibilizar o acompanhante sobre a importância da sua presença durante o trabalho de parto.

8 METAS

- ✓ Implantar a participação de 100% dos acompanhantes na sala de parto e cirurgia;
- ✓ Articular e sensibilizar 100% dos profissionais de saúde do Centro Obstétrico sobre Humanização do e a presença e importância do acompanhante na sala de parto e cirurgia,
- ✓ Sensibilizar 100% dos acompanhantes sobre a sua importância junto da mulher em processo de parto e nascimento;

9 METODOLOGIA

AGORA É UM PROJETO DE INTERVENÇÃO, VOCÊ TEM QUE COLOCAR OS PASSOS

O projeto será desenvolvido no período de novembro de 2015 à abril 2016 voltado para as gestantes internadas no pré-parto e no acolhimento.

As estratégias e ações que serão realizadas:

Reunião com a direção sobre a inserção do acompanhante e ambiência

Discussão e elaboração de material para os acompanhantes (folder)

Realização de oficinas e rodas de conversar com os profissionais de saúde da instituição sobre a importância da presença do acompanhante no parto;

Para realização do estudo será adotada como pressupostos metodológicos a pesquisa de caráter qualitativo, a respeito da participação do acompanhante durante o trabalho de parto, na maternidade Carmosina Coutinho, no município de Caxias-MA.

Durante a realização da pesquisa será realizado palestras e conversas informais com os acompanhantes no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, descrevendo a importância do acompanhante, procedimentos utilizados e amparo legal para a inserção deste indivíduo durante o trabalho de parto e parto. Durante a realização das palestras e conversas será entregue folders informativo a respeito da importância do acompanhante para a humanização do parto.

A pesquisa será feita com 70% dos acompanhantes os casos ocorridos na maternidade durante a realização da pesquisa.

10 RESULTADOS PRELIMINARES

O QUE JÁ FOI FEITO?

Reunião com a Direção (quantas)?

Sensibilização de quantos % da equipe de enfermagem , quantos % da equipe médica, e de outros profissionais

Confecção de algum material para entrega

Projeto de ambiência para possibilitar a permanência

- Inserção do acompanhante durante o trabalho de parto e no parto na maternidade Carmonisa Coutinho, em Caxias-MA.

- Humanização da assistência a parturiente e seu acompanhante

- Participação efetiva do acompanhante em todo processo de gestação ;
- Diminuição de angústia das gestantes para o momento do trabalho de parto e parto;
- Participação ativa do acompanhante no trabalho de parto e parto;
- Envolvimento da equipe multiprofissional na assistência a parturiente durante do trabalho de parto e parto.

11 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	2015							
	09	10	11	12	01	02	03	04
Elaboração do plano de ação	X	X						
Envio para aprovação na coordenação do curso			X					
Reunião com equipe e parcerias institucionais			X					
Apresentação da proposta para coordenação de enfermagem de			x					
Apresentação proposta aos enfermeiros			X					
Divulgação/mobilização			X	X				
Execução do plano			X	X	X	X	X	X
Avaliação do projeto				X	X	X	X	X
Resultados preliminares				X		X	X	X

12 RECURSOS HUMANOS

ORDEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE
01	Intervencionista	01
02	Professor orientador	01
03	Banca examinadora	02
04	Digitador	01
05	Encadernador	01
06	Enfermeiro para conduzir a pesquisa	01

13 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA/FINACIAMENTO

ORDEM	QUAT.	TIPO	ESPECIFICAÇÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	01	Unidade	Pen drive	R\$ 20,00	R\$ 20,00
02	05	Unidade	Livros	R\$ 80,00	R\$ 400,00
03	05	Unidade	Resma Papel sulfite A4	R\$ 15,00	R\$ 75,00
04	04	Unidade	Cartucho	R\$ 60,00	R\$ 120,00
05	500	Unidade	Cópias	R\$,010	R\$ 50,00
					*R\$ 665,00

*pesquisa financiada pela autora

14 ACOMPANHAMENTO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A avaliação dar-se-á mensalmente, com aplicação de questionário qualitativo às parturientes e seus acompanhantes, sobre a experiência vivenciada durante o trabalho de parto.

Será feito também o registro fotográfico, com consentimento dos sujeitos, dos momentos vivenciados, sempre respeitando os desejos e anseios dos sujeitos da pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF). 2002.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, suppl. 2, p.102-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 set. 2015.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C. Vou ser mãe e agora? Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, n. 2, v. 4, p.134-142, jul./dez. 2002.

DOMINGUES, RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. Disponível em: file:///E:/Cadernos%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20-%20Opinions%20of%20mothers%20whose%20children%20died%20during%20their%20first%20year%20of%20life%20in%20Londrina,%20Paran%C3%A1,%20Brazil.htm>. Acessado em: 12 de novembro de 2015.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população de Caxias-MA em 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=210300&search=maranhao|caxias>>. Acessado em: 15 de outubro de 2015.

martins, Cleusa Alves; ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOUZA, Marcus Antônio, CANDÉ, TCHERNO; SIQUEIRA, Karina Machado, BARBOSA, Maria Alves. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 360 - 365, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/revisao_03.htm>. Acesso em: 05 set. 2015.

4 JUSTIFICATIVA

O parto é um momento único na vida de uma mulher, de um bebê, de uma família e cabe à Sociedade cuidar para que seja respeitado.

Como demonstrado durante este evento a mulher geralmente sente temor e insegurança, esse medo muitas vezes aumenta a dor e, a partir dessa afirmação diz-se que a experiência do parto pode tornar-se traumática, no entanto, a presença do acompanhante, pode contribuir para diminuição de tais obstáculos, pois além do acompanhante oferecer tranquilidade e segurança à mulher.

A percepção de que a participação do acompanhante no trabalho de parto tem sido aceita por diversos profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas como um dos aspectos direcionada para a melhoria da qualidade da atenção do parto e ao nascimento. Fato este identificado com o movimento pela humanização da assistência.

A presença do acompanhante é decisiva para reduzir o estresse hospitalar durante o trabalho de parto e parto, oportunizando, assim, uma experiência de forma positiva tanto para a futura mãe quanto para o acompanhante

Deste modo, a presença do acompanhante durante trabalho de parto é uma prática benéfica na assistência ao parto, trazendo consigo sentimentos positivos para a parturiente e para a equipe têm sido apontadas como uma importante vantagem.

O estudo tem grande relevância, pois é através do mesmo que pretendemos auxiliar na implantação da participação do acompanhante durante o trabalho de parto na instituição, objeto de estudo, com intuito tornar esse período tão importante para parturiente e seus familiares mais humanizado.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a gestação, a mulher passa por momentos de grande instabilidade emocional, as quais são acrescidas pelas alterações fisiológicas previstas, tornando-se inseguras e frágeis. Portanto, faz-se necessária a presença de alguém que lhes proporcione confiança e amenizem suas dúvidas e anseios, típicas desse período.

Para Carvalho et al. (2005, p.80):

Capítulo 19



10.37423/250209685

ESCABIOSE HUMANA: EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO NA ESCOLA UNIÃO E FORÇA DE CÁCERES MT

Amanda de Oliveira

*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*

Aline Dias

*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*

Karol dos Santos

*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*

Maria Paula Catelan

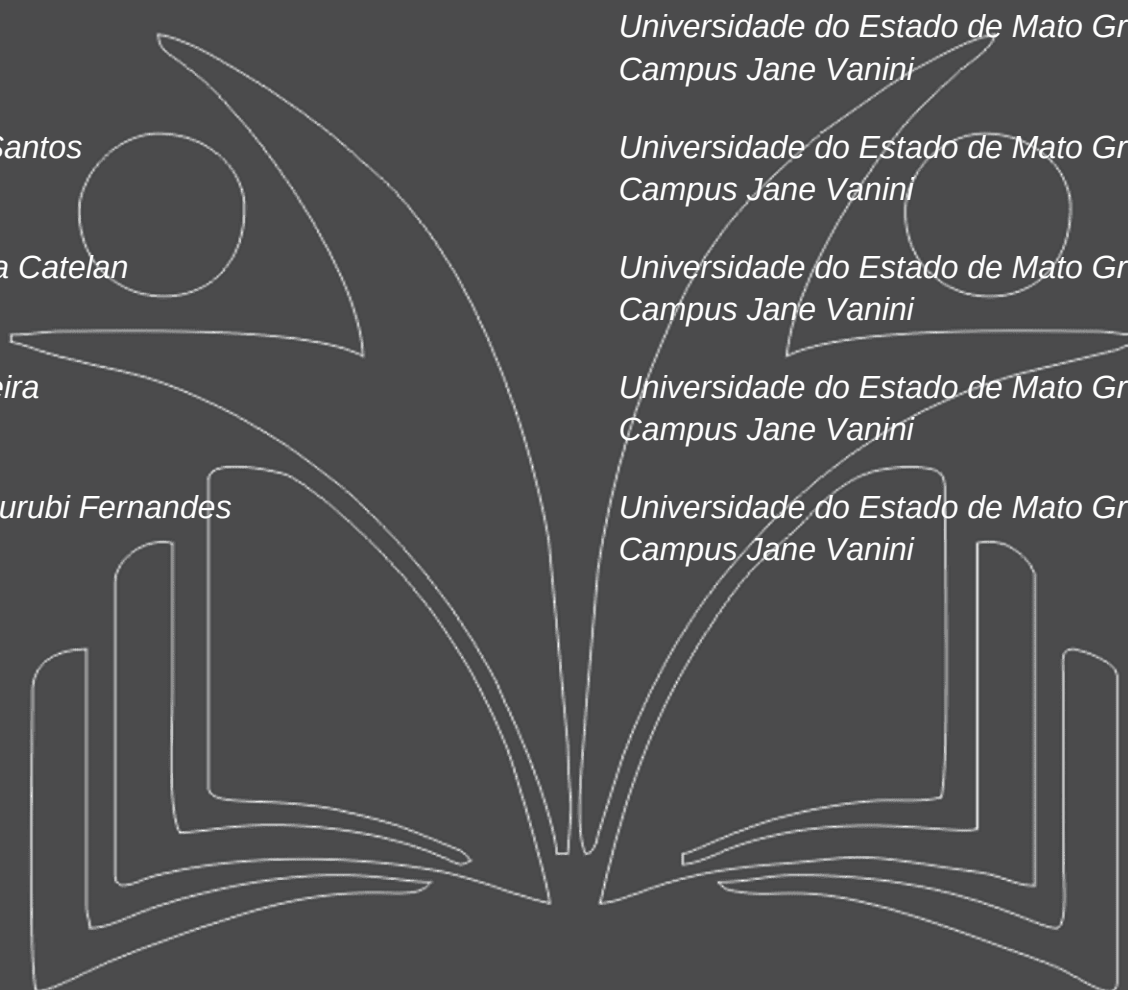
*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*

Rafaela Vieira

*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*

Rosilainy Surubi Fernandes

*Universidade do Estado de Mato Grosso,
Campus Jane Vanini*



Resumo: Introdução: A escabiose ou sarna humana é uma dermatite característica causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, e é considerada uma doença altamente contagiosa e transmitida através do contato prolongado. **Objetivo:** Aumentar a conscientização sobre a escabiose, seus sinais e sintomas, transmissão e como prevenir, além de promover uma compreensão básica sobre cuidados com a pele e higiene pessoal. **Metodologia:** Na Escola Estadual União e Força no município de Cáceres/MT, o público alvo foram alunos do 6º ano. Para esse público, foi utilizada uma sequência didática com as seguintes atividades: apresentação do tema através de projeto e slides; uma dinâmica educativa utilizando o jogo da memória e por fim, a entrega de folders informativos. **Resultado:** Houve grande participação dos alunos da escola nas atividades e interesse no assunto discutido em sala de aula. Foram alcançados os objetivos educacionais previstos, além disso foi realizada uma conscientização significativa sobre a escabiose. **Conclusão:** Portanto, as atividades educativas sobre a escabiose não apenas aumentaram a conscientização, mas também promoveram a importância dos cuidados com a pele e a higiene pessoal, principalmente com o público jovem, promovendo assim as práticas adequadas de cuidados pessoais desde cedo. Estas atividades de extensão são fundamentais para compartilhar conhecimento e informações com todos.

Palavras-chave: Escabiose. Conscientização. Cuidados pessoais.

1 INTRODUÇÃO

A escabiose ou sarna humana é uma doença que acompanha o homem e outros mamíferos, independente de climas ou regiões; trata-se de uma dermatite característica causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* e cuja principal manifestação clínica é o prurido (Degeer, 1778).

Segundo a literatura, a transmissão ocorre por contato direto, inclusive sexual. A transmissão por meio de fômites pode ocorrer, porém em condições normais, o contato físico é a única via de transmissão de importância epidemiológica (Burgess, 1994).

Este trabalho visa apresentar os resultados da atividade de extensão que foram obtidos, sobre a conscientização entre os alunos da Escola União e Força sobre a escabiose humana, abordando seus sinais, sintomas, formas de transmissão e medidas preventivas. Além disso, busca promover uma compreensão fundamental sobre cuidados com a pele e higiene pessoal.

2 METODOLOGIA

Esta atividade de extensão foi conduzida na Escola União e Força de Cáceres MT, com os alunos do 6º Ano A, em 12 de junho de 2024, iniciando às 13:00 horas. Foi utilizado slides como ferramenta de apresentação do tema “Escabiose: Sarna Humana”, como forma de organizar e visualizar o conteúdo de maneira clara e concisa. Para uma melhor fixação de informações, foi realizada uma dinâmica educativa utilizando o jogo da memória, que apresentava diversas imagens relacionadas à Escabiose. Os alunos foram organizados em 5 grupos, distribuindo um jogo para cada. Adicionalmente, houve a distribuição do folder informativo para todos os alunos e o professor da sala de aula, garantindo assim que o conhecimento adquirido pudesse ser revisado e compartilhado de forma abrangente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A estratégia inicial envolveu uma apresentação detalhada da escabiose através de slides ilustrativos com os sinais e sintomas, modos de transmissão e medidas preventivas, que não apenas educaram os alunos, mas também tornaram a atividade mais interessante e envolvente, para atrair a atenção dos alunos. A sessão subsequente de perguntas e respostas ajudou a consolidar o entendimento dos estudantes, mostrando que eles assimilaram muitas informações apresentadas.

A dinâmica do jogo da memória com imagens relacionadas à escabiose proporcionou uma abordagem prática e divertida para reforçar o aprendizado. Organizados em grupos, os alunos foram incentivados a colaborar e trabalhar em equipe, o que resultou em um aprendizado mais eficaz e na premiação dos

vencedores com brindes educativos e informativos. Nogueira et al (2016) alcançaram resultados semelhantes na cidade de Belém/PA ao utilizar um caça palavras de forma didática. Eles identificaram que os alunos compreenderam o tema e surgiram dúvidas, as quais foram esclarecidas.

A distribuição de folders informativos para todos os alunos e professores garantiu que o conhecimento adquirido pudesse ser revisitado e compartilhado. Esses materiais ajudaram a consolidar os conceitos essenciais sobre a escabiose e suas medidas preventivas, assegurando uma continuidade no aprendizado.

Em suma, os resultados mostram que a iniciativa cumpriu seus objetivos principais de aumentar a conscientização, incentivando práticas saudáveis de cuidado com a pele e higiene pessoal, essenciais para prevenir doenças dermatológicas. A conscientização significativa dos alunos indica que a abordagem foi eficaz em promover mudanças comportamentais e atitudes positivas em relação à saúde.

Em termos de impacto educacional e de saúde pública, essa iniciativa ressalta a importância de programas educacionais bem planejados e interativos. O sucesso da atividade na Escola União e Força pode servir como modelo para outras instituições interessadas em implementar programas semelhantes.



Figura 1: Registro da apresentação na Escola União e Força Cáceres-MT, sobre a Escabiose Humana para os alunos do 6º A. Fonte: acervo pessoal.

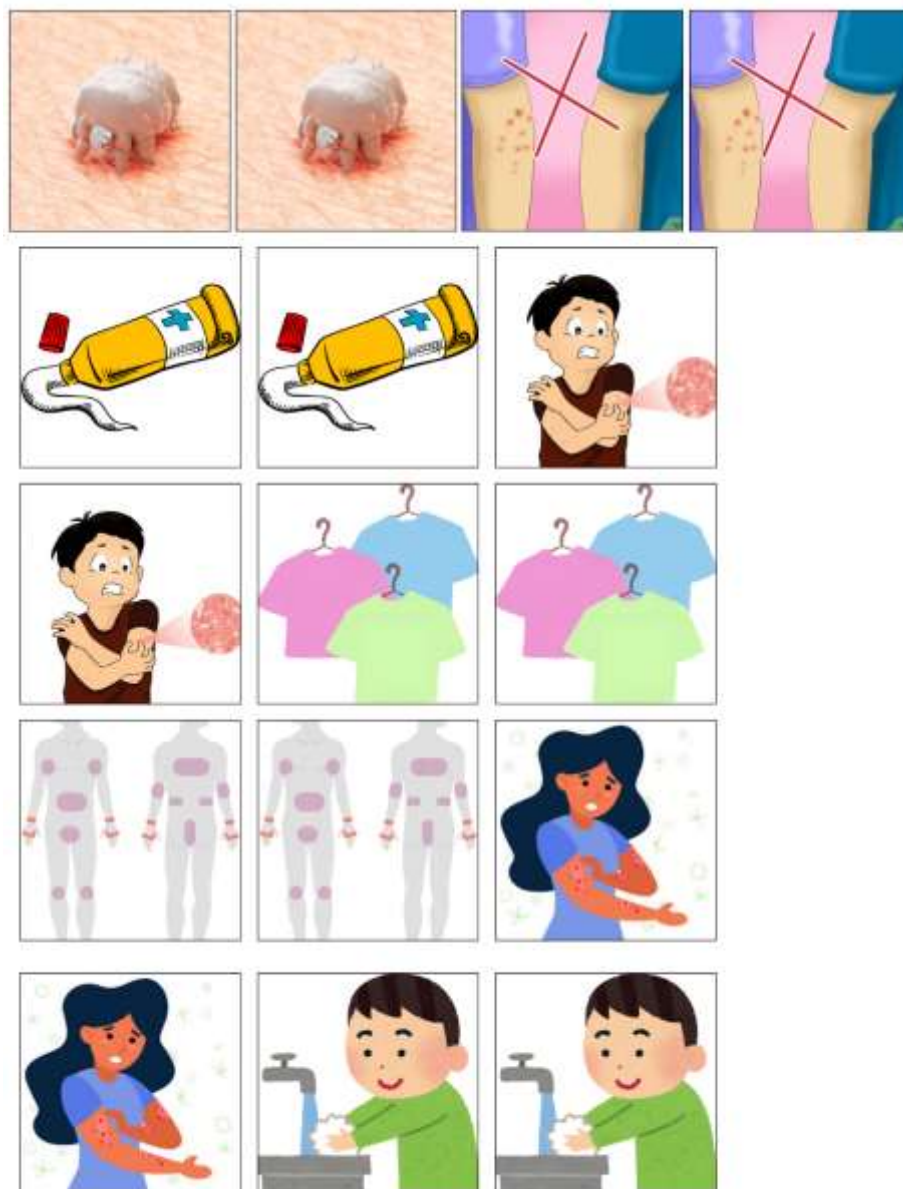


Figura 2: Jogo da memória com figuras ilustrativas relacionadas à escabiose, uma dinâmica envolvente e divertida, ideal para reforçar a fixação das informações. Fonte: acervo pessoal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades conduzidas na Escola União e Força de Cáceres-MT se mostraram eficazes na conscientização sobre a escabiose humana. A participação ativa e o alto nível de envolvimento dos estudantes indicaram o sucesso da iniciativa, que promoveu um ambiente de aprendizado positivo e benéfico. A experiência reforça a importância de métodos pedagógicos diversificados e interativos na

educação em saúde, demonstrando que, quando bem planejadas e executadas, tais iniciativas podem ter um impacto duradouro no bem-estar dos estudantes e da comunidade em geral.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à professora Rosilainy Surubi Fernandes, pela oportunidade e orientação para realização desta atividade e aos alunos da escola pela participação.

REFERÊNCIAS

HEUKELBACH, J.; OLIVEIRA, F. A. S.; FELDMEIER, H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.5, p. 1535-1540, set. 2003.

LARSSON, M. H. M. A. Estudo epidemiológico da escabiose humana causada pelo *Sarcoptes scabiei* (Degeer, 1778) var. *Canis* (Bourguignon, 1853). 1976. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1976.

NOGUEIRA, R. S. et al. Ação educativa em enfermagem sobre ectoparasitoses no âmbito escolar para prevenção e cuidado na infância - Relato de experiência. *In: V CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA*, 5., 2016, Belém. **Anais [...]**. Belém, 2016. Disponível em: https://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expandidos/relato_de_experiencia/educacao_em_saude/REL216.pdf. Acesso em: 24 jun. 2024.

Capítulo 20



10.37423/250209696

EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA: TRANSFORMANDO VIDAS E SUPERANDO DESIGUALDADES

Natalia de Carvalho Aquino

Universidade Federal de Mato Grosso

Carolina Ferreira Luciano

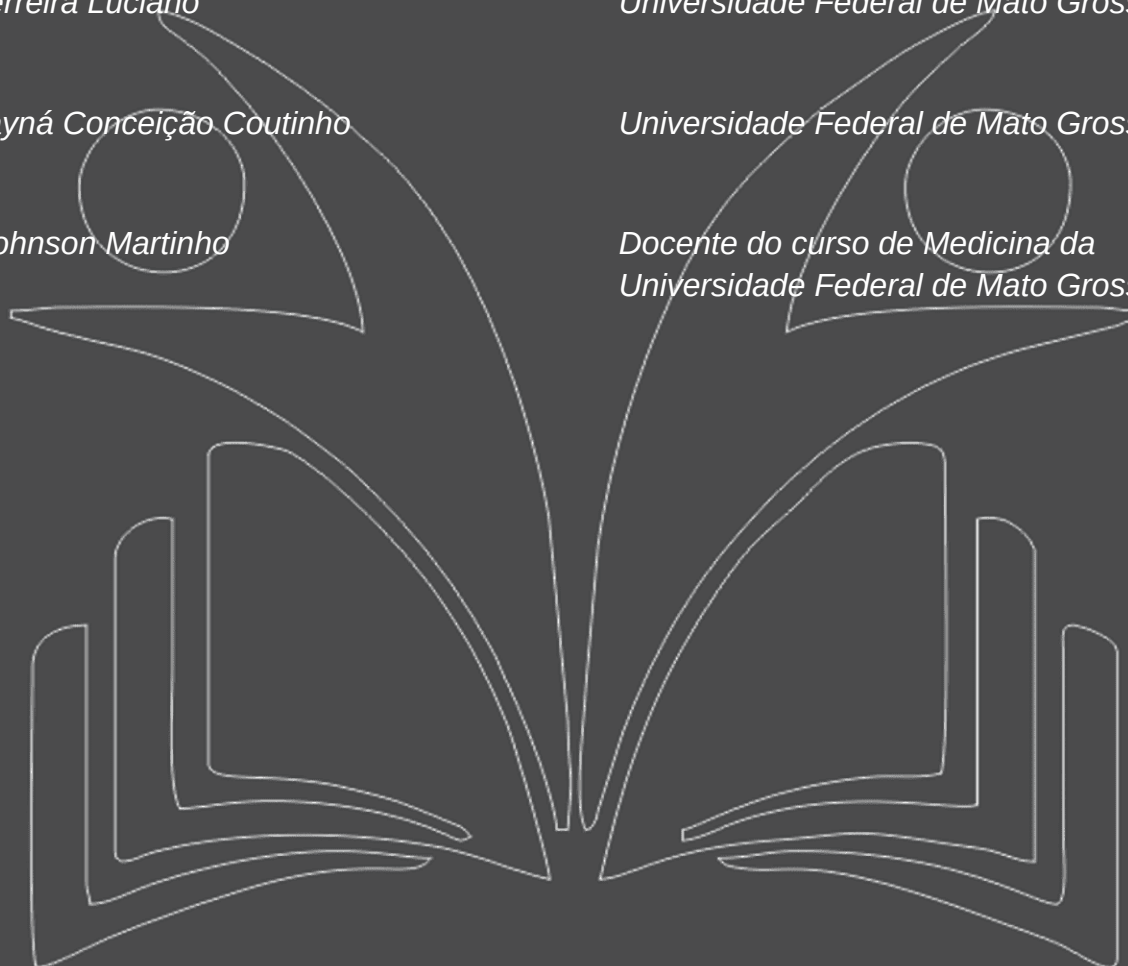
Universidade Federal de Mato Grosso

Daryelle Tayná Conceição Coutinho

Universidade Federal de Mato Grosso

Neudson Johnson Martinho

*Docente do curso de Medicina da
Universidade Federal de Mato Grosso*



Resumo: O presente trabalho apresenta um relato de experiência de um projeto de extensão universitária, o qual é desenvolvido por alunos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). O projeto, que se encontra registrado na Pró-Reitoria de Extensão da UFMT, tem como finalidade assistir meninas e adolescentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, por intermédio de rodas de conversa, as quais são fundamentadas na metodologia de Paulo Freire. As atividades foram realizadas na sede do programa SIMININA, localizada no município de Cuiabá-MT, abordando temáticas essenciais para o desenvolvimento e a autonomia das participantes. Dentre os principais eixos trabalhados, destacam-se a saúde preventiva, a educação em saúde, a prevenção da violência sexual e a emancipação feminina. Os efeitos alcançados demonstraram a relevância de criar um ambiente acolhedor e de confiança, o qual visa promover a conscientização, o autocuidado e a emancipação. Obteve-se como resultado um impacto positivo na vida das participantes, as quais tiveram sua autoestima fortalecida e suas perspectivas de futuro ampliadas, demonstrando a imprescindibilidade das ações de extensão universitária no que tange a promoção da equidade social e a superação de desigualdades existentes.

Palavras-chave: Educação em saúde. Vulnerabilidade social. Emancipação.

INTRODUÇÃO

Em relação à temática dos desafios contemporâneos, é notório que meninas e adolescentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica constantemente enfrentam inúmeras dificuldades, as quais prejudicam seu desenvolvimento pessoal e escolar, visto que o contexto de carência afetiva, emocional e material é um grande contribuinte para a perpetuação de ciclos de pobreza e exclusão (FREIRE, TAVARES, 2011). Tendo em vista o exposto, o projeto, vinculado ao programa SIMININA da Secretaria de Assistência Social de Cuiabá, tem como proposta atuar diretamente para alcançar uma mudança efetiva nesse cenário, oferecendo suporte e promovendo a educação em saúde.

É imprescindível ressaltar que a metodologia freiriana, com seu foco na construção coletiva do conhecimento e na conscientização crítica, é uma ferramenta para fortalecer a promoção da justiça social (FREIRE, 1968). Desse modo, utilizando-se da metodologia de Paulo Freire, a qual valoriza a construção horizontal do conhecimento e a emancipação dos indivíduos através da educação, o projeto usa como ferramenta social a roda de conversa como principal meio de interação, o que contribui para a construção de um ambiente de confiança e fortalecimento emocional (FREIRE, 1996). Nessas rodas, temas relevantes para a saúde e o bem-estar são abordados de maneira acessível e participativa, com a participação ativa das meninas participantes do projeto e de estudantes universitários, que atuam como facilitadores.

Este relato de experiência tem como objetivo descrever as atividades realizadas e os impactos observados, colocando o ponto focal em como a metodologia adotada contribuiu significativamente para a construção de um ambiente de confiança e para o fortalecimento emocional das meninas assistidas. Portanto, o presente projeto apresentado não apenas oferece soluções imediatas para problemas urgentes, mas também traz possibilidades para um futuro mais justo e equitativo, isso pois a educação em saúde fortalece o empoderamento e promove o desenvolvimento integral de meninas em situação de vulnerabilidade, contribuindo para a prevenção de agravos, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (FELICIANO, AFONSO, 2012).

METODOLOGIA

Este projeto apresenta um relato de experiência vivida por alunos dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) durante as atividades desenvolvidas nos meses de maio e junho de 2024 em um projeto extensionista, registrado na Pró-Reitoria de Extensão da UFMT (protocolo SIEX: 220220241653531756), que utilizou de uma abordagem

qualitativa através da roda de conversa com ações fundamentadas na metodologia de Paulo Freire. O público-alvo são meninas e adolescentes com idade entre 6 a 14 anos em situação de vulnerabilidade socioeconômica amparadas pelo programa SIMININA da SAS/Cuiabá. As rodas de conversa foram conduzidas na própria sede do projeto no bairro recanto dos pinheiros, na região sul de Cuiabá, abordando tópicos relevantes para a saúde e bem-estar geral, bem como para a saúde da mulher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as atividades do projeto de extensão são realizadas na forma de rodas de conversa, seguindo os princípios de valorização da fala e das vivências pessoais, onde o saber é construído de maneira horizontal. Inspirado nos ideais de Paulo Freire, o projeto enfatiza o aprendizado compartilhado e a construção de um ambiente acolhedor, baseado na confiança mútua. A roda é considerada um dispositivo democrático, onde todas têm o direito de se expressar, e a construção do conhecimento ocorre a partir da valorização das experiências (FREIRE, 1996). Durante esses encontros, as meninas são encorajadas a compartilhar suas vivências, ideias e pensamentos, promovendo um diálogo aberto e inclusivo. Além disso, as ações são adaptadas às diferentes faixas etárias; em alguns momentos, o grupo é dividido para abordar os assuntos com uma linguagem adequada e acessível.

No primeiro contato, identificamos uma carência afetiva e emocional entre as meninas. Ao longo das ações, por meio de uma troca genuína, foi possível construir uma relação de confiança, que cada vez mais possibilitou discussões abertas e produtivas. Destaca-se, também, o cenário socioeconômico precário em que estão inseridas, que abrange desde a falta de recursos básicos até a ausência de suporte familiar. Nesse sentido, o projeto contribui para transformar a perspectiva dessas jovens, oferecendo um espaço seguro e acolhedor onde elas possam se fortalecer emocionalmente, participar da construção de um saber produzido em comunhão e desenvolver habilidades que as empoderem a enfrentar essas adversidades.

As rodas de conversa têm como alicerce a educação em saúde, que visa capacitar indivíduos e comunidades a melhorarem sua saúde e bem-estar, promovendo a conscientização e o autocuidado, além de contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O projeto se fundamenta nesses princípios, mas, considerando o público-alvo, busca utilizar principalmente ferramentas lúdicas e interativas para fomentar o compartilhamento de ideias.

Outro ponto relevante é a correlação com o contexto socioeconômico, que exige a adaptação da abordagem para refletir a realidade do grupo. Por exemplo, ao reconhecer a dificuldade de acesso a produtos de higiene bucal, fornecemos um kit de higiene para cada criança durante a discussão sobre o tema, permitindo que elas apliquem o que aprenderam e compartilhem com familiares e colegas. O projeto integra saberes importantes para subsidiar essas meninas na tomada de decisões sobre sua saúde e questões pessoais.

Ademais, vale ressaltar que as ações contam com a participação voluntária de estudantes dos cursos de medicina e enfermagem, que compartilham parte de suas experiências acadêmicas para inspirar as meninas assistidas pelo programa a visualizarem a educação como um instrumento emancipatório. Ao apresentar modelos diferentes da realidade de injustiça social que as jovens conhecem, o projeto cultiva a esperança e fortalece a autoconfiança.

À medida que as ações foram sendo realizadas, observou-se um crescente envolvimento das meninas, que passaram a participar cada vez mais ativamente das rodas de conversa. Em uma dessas ocasiões, que abordou temas como higiene íntima e menstruação, foram mencionados tópicos relacionados à importunação e abuso sexual. Durante essa discussão, uma jovem compartilhou seu relato com relação a história de violência que havia vivenciado, reconhecendo a situação a partir do que havia sido discutido. Nesse contexto, o projeto utiliza uma linguagem acessível e objetiva para tratar de temas delicados, assegurando que as meninas não apenas reconheçam quando estão sob um ciclo de opressão, mas também tenham autonomia para buscar ajuda.

Ao promover ações focadas na educação em saúde, o projeto cumpre sua responsabilidade social, contribuindo não apenas com soluções para problemas imediatos, mas também fomentando novas perspectivas de vida permitindo que essas meninas se empoderem. Assim, o projeto oferece um ambiente acolhedor e estimulante para os sonhos, tendo a educação como alicerce para a emancipação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto em epígrafe demonstrou um impacto significativo nas meninas e adolescentes participantes, bem como nas alunas envolvidas. Por meio da troca de saberes e da construção coletiva do conhecimento, promovemos mudanças nas atitudes em relação às realidades vividas, favorecendo o autoconhecimento, o empoderamento e o protagonismo feminino. Essa iniciativa revelou-se transformadora para todos os envolvidos, evidenciando que a extensão universitária vai além da formação técnica, estabelecendo conexões entre a universidade e a comunidade e promovendo um aprendizado mútuo como uma poderosa ferramenta de justiça e transformação social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007.

FELICIANO, I.P., Afonso, R.M. Estudo sobre a autoestima em adolescentes dos 12 aos 17 anos. *Psic., Saúde & Doenças*.2012; 13.

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

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, T., TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Rev. psiquiatria clínica* 2011;38(5):184-188.

Capítulo 21



10.37423/250209703

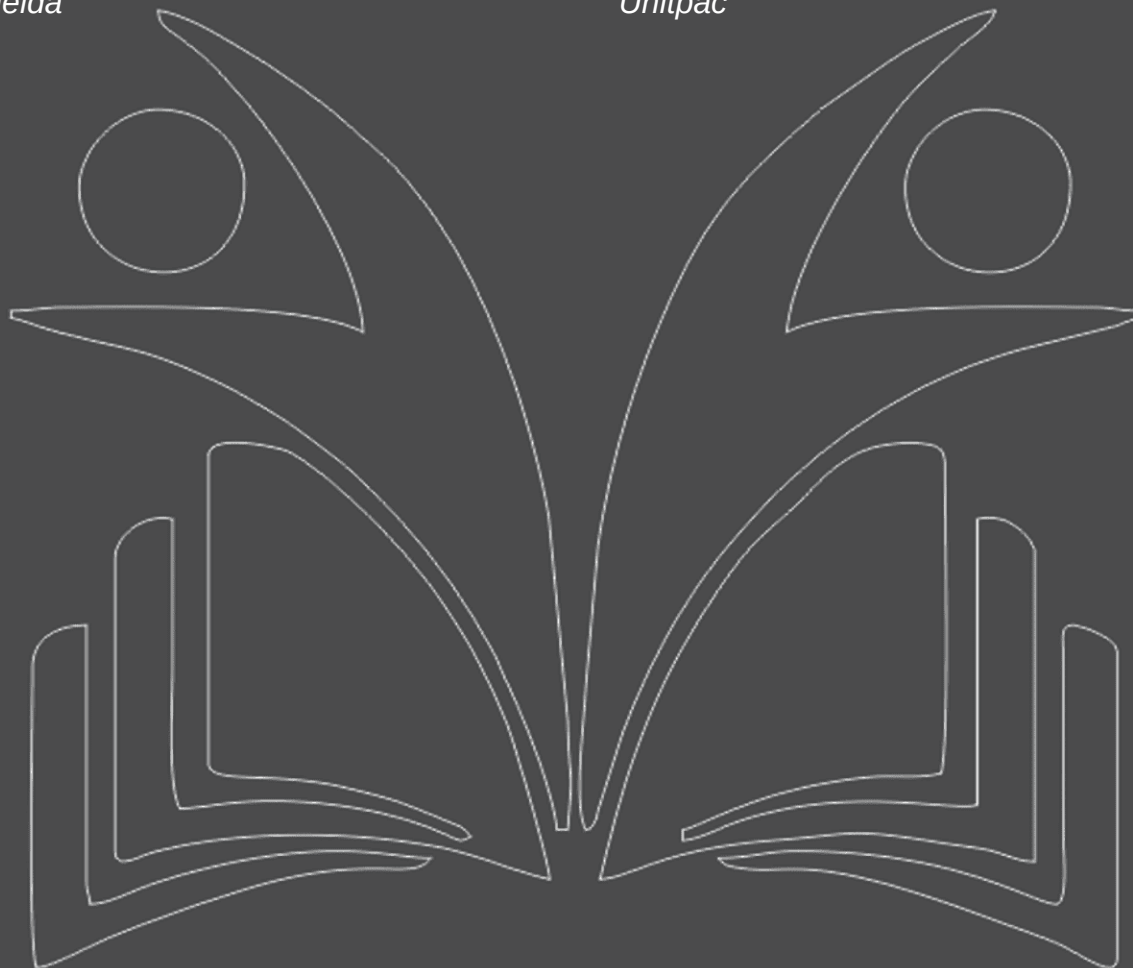
ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO FORENSE NA RECOGNIÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Camila Silva

Unitpac

Beatriz Almeida

Unitpac



1 INTRODUÇÃO

A violência de gênero configura-se um dos maiores símbolos de disparidade e subjugação social da mulher, suas raízes são históricas e ideológicas e mesmo com o avanço feminino após o século XX as ascensões no número de denúncias de violência, retratam a injunção e assimetria do homem sobre a mulher. Sendo assim são necessários mecanismos que além da proteção, possam assegurar uma assistência ética e humanizada àquelas mulheres que enfrentaram essa cruel realidade (USDJ, 2013).

Nesse sentido, a Enfermagem Forense revela-se um instrumento de grande relevância, sendo ela, a acepção das condutas de Enfermagem em questões judiciais. Trata-se da união entre ciência e justiça e engloba aspetos que vão desde o acolhimento das vítimas até a coleta de dados ou vestígios que possam ser usados legalmente como provas. O profissional de Enfermagem habilitado no âmbito possui diversas áreas de atuação tendo como principais núcleos de Urgência e Emergência e Institutos Médicos legais (USDJ, 2013).

O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura que tem como foco principal apresentar a atribuição do Enfermeiro Forense na reconhecimento de casos de violência contra a mulher, discorrendo sobre pontos importantes sobre o advento da especialização, seus contextos, manifestações e as disposições legais a ela atribuídas, embasados em artigos publicados dos anos de 2017 a 2021.

A primazia de políticas públicas operativas configura-se o passo inicial para o enfrentamento da problemática, seguido de uma recetibilidade da vítima violentada por uma equipe multidisciplinar hábil e matraqueada que consiga minimizar o sentimento de debilidade, constrangimento e consumição do padecente.

Temos como objetivo geral apresentar a prática forense de acordo com a Resolução/COFEN nº 556/2017 e sua conduta em contextos de violência sexual contra a mulher. O aprofundamento referente aos protocolos de Assistência de Enfermagem no atendimento à mulher sexualmente violentada, e os fatores desencadeadores desta ação, estão entre os objetivos específicos redigidos no presente trabalho.

A análise do tema denota um objeto de extrema relevância social, visto sua prevalência em dados, pesquisas e análises realizadas regularmente. Salienta-se ainda que além do grande custo desta conduta criminosa aos cofres públicos anualmente, a violação da integridade física e moral é o fator primordial a ser tratado.

1.1 JUSTIFICATIVA

A Enfermagem Forense integra desde o surgimento de sua especialidade um elo, entre ciência e justiça. O pensamento crítico e o domínio técnico científico tornam essa função imprescindível na resolução de crimes de diversas naturezas.

No decorrer desta pesquisa queremos frisar a importância da atuação do enfermeiro forense especificamente nos casos contra violência sexual contra mulher, visto sua extensão nos últimos cinco anos.

A ampla área de atuação do profissional, tendo em vista que o papel do enfermeiro forense se estende desde a admissão ou investigação domiciliar até post-mortem. Além de ressaltar a escassez atual de pessoas habilitadas para lidar com essas situações.

A sapiência da temática por profissionais de Enfermagem especialmente aqueles atuantes nos cuidados pré-hospitalares aumenta a inclusão de evidências em supostos casos de violência, tal análise se faz através do exame físico e na coleta de vestígios forenses, contribuindo assim com as autoridades judiciais e a sociedade civil como um todo. A falta de habilidades transversais na identificação e classificação de lesões físicas de cunho violento diminui a legitimidade das provas restringindo posteriormente a ação da justiça. Nesse cenário, a Enfermagem apresenta mais uma das suas diversas vertentes de atuação, tornando-se cada dia mais justa, humanitária e decisiva.

Queremos, de forma categórica, citar o desenvolvimento dessa profissão destacando seus pontos positivos, suas atribuições e explorar sua diversificação e seus objetivos.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Qual é a importância do Enfermeiro Forense na sociedade, e quais são os requisitos cruciais de sua atuação atribuídos às vítimas de violência sexual?

1.3 HIPÓTESE A SER TESTADA

O enfermeiro forense tem um papel de extrema importância perante casos de violência sexual contra a mulher, uma vez que o ato é conceituado de forma brusca, onde o indivíduo obriga a vítima a se relacionar com o mesmo contra seu querer, e essa violência muita das vezes vem de pessoas próximas e de diversas formas, como também participar da relação com terceiros. É um processo tenebroso até chegar a devidos fins profissionais.

Espera-se que o profissional esteja apto a identificar os primeiros sinais, obviamente, quando a vítima se dispõe a sinalizar. São oportunidades que sabiamente o profissional se atente, levando sempre em consideração a linguagem corporal e expressões, podendo assim aplicar assistência de enfermagem desde cuidados físicos, emocionais até a segurança da vítima.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o exercício da prática forense de forma coerente e dentro das legalidades da conduta do enfermeiro, segundo uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Difundir a atribuição do Enfermeiro Forense e as vertentes basilares de seu campo de atuação.
- Descrever os predominantes agravos decorrentes de violação sexual.
- Analisar a aplicação das ciências forense na coleta de material biológico em investigações de crimes de cunho sexual.
- Apresentar o papel da equipe multidisciplinar de saúde na abordagem inicial à mulher sexualmente violentada.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENFERMAGEM

Conceitua-se Enfermagem como uma sapiência direcionada ao tratamento de enfermidades e circunspeção do indivíduo como um todo. Seguindo esse conceito, a enfermagem enquanto disciplina é jovem quando comparada a outras disciplinas, contudo tem uma longa tradição e experiência, desde o início da história da humanidade. Nas últimas seis décadas a enfermagem tem se devotado em aprimorar o conhecimento através da elaboração de teorias, modelos e quadros conceituais, com a finalidade de oferecer contributos para prática profissional (SOUSA et al., 2018).

A Enfermagem tem como uma de suas principais missões tornar o paciente independente de assistência, instruí-lo quanto ao autocuidado e juntamente com profissionais de outras áreas, recuperar, manter e promover a saúde do indivíduo. Como ciência em construção, a enfermagem tem um corpo de conhecimento que se desenvolve de forma independente, mas ao mesmo tempo complementa às demais áreas da saúde, no sentido de transmutar o cuidado em saúde como um fenômeno complexo e multidimensional (BACKES; ZAMBERLAN et al., 2016).

Contíguo ao cuidado está a assistência ao indivíduo e também a família e comunidade, nesse sentido, a prática da enfermagem tem um papel decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões, visto que é o profissional que acompanha todo processo de cura, mantendo-se um longo período com o tratado (MORORÓ et al., 2017).

Associado a isto dispõe-se do mecanismo denominado SAE que conta com um método organizacional constituído de seis passos, que são eles: A coleta dados de dados de Enfermagem ou Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação, e Avaliação de Enfermagem. É de suma importância ressaltar que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe de Enfermagem, já que técnicos e auxiliares desempenham suas funções a partir da prescrição do Enfermeiro (RAMOS; RODRIGUES; GONZAGA, 2018).

Por conseguinte, o cuidado de enfermagem mantém-se em uma perspectiva sistêmica, e configura-se como um componente objetivo e definitivo, no sistema de saúde. O avanço e qualificação da assistência de Enfermagem como um todo caracteriza-se como um avanço em diferentes níveis de atenção em todas as esferas da sociedade (BACKES; ZAMBERLAN et al., 2016).

2.2 ENFERMAGEM FORENSE

De acordo com a IANF a Enfermagem Forense é definida como a atribuição de técnicas e práticas de enfermagem com amplo embasamento técnico-científico direcionadas a situações de violência (ABEFORENSE, 2015).

Nesse sentido os enfermeiros habilitados na área forense possuem diversas condutas específicas em sua área de atuação entre elas estão: a capacidade de analisar de maneira clara e objetiva a situação da violência como um todo, neste âmbito é importante ressaltar a imparcialidade como fator preponderante na execução de suas tarefas. Habilidades centradas na busca de alterações anatômicas e fisiológicas decorrente do ato violento; a aplicabilidade dos processos de enfermagem e protocolos associados às ciências forense; e a prestação de assistência humanizada pautada nos preceitos éticos descritos na Resolução COFEN nº 564/2017 (ABEFORENSE, 2015).

A junção de todos esses mecanismos torna o Enfermeiro Forense um profissional essencial devido seu amplo conhecimento sobre saúde pública e disposições legais, o aumento no contingente desses

profissionais representa um avanço nos processos de investigação e na resolução de problemas médico-legais (ABEFORENSE, 2015).

2.3 A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM FORENSE

A Enfermagem forense surge em meados do século XX nos Estados Unidos da América designando-se como a junção de práticas de enfermagem aplicadas à investigação de casos de violência. Devido aos escassos meios tecnológicos existentes na época sua atuação era restrita, entretanto, desde os primórdios de seu surgimento mostrou-se um relevante método na resolução de crimes. Somente no ano de 1992 a Enfermagem Forense transfigurou-se em uma especialidade, graças ao trabalho de 72 Enfermeiras dos EUA e do Canadá que fundaram a IANF, que é tida com principal jurisdição hodiernamente, seu material tornou-se o pilar para desenvolvimento de estudos e ações destinadas ao combate da violência (CACHOEIRA; EVANGELISTA; SOUSA, 2020).

Vinculado a isto a Enfermeira estadunidense Virginia Lynch surge como um dos nomes principais na fundação e propagação da especialidade, seu exercício representa um grande salto no desenvolvimento de normas e protocolos da Enfermagem Forense, e suas obras constituem uma base sólida de conhecimento e fonte principal de estudo para os que se identificam com a temática (MAGUIRE; RASO, 2017).

2.4 ENFERMAGEM FORENSE NO BRASIL

A Enfermagem Forense foi reconhecida como especialidade pelo COFEN no ano de 2011 por meio da Resolução nº 389. Entretanto somente no ano de 2017 através da Resolução nº 556/2017 foi concludente as disposições referidas a atribuições do Enfermeiro Forense no Brasil, especificando e ampliando sua área de atuação, que se estendeu para área Psiquiátrica; Sistema Prisional; Coleta, recolha e preservação de vestígios; Perícia, Assistência Técnica e Consultoria; Pós-morte; Maus tratos e diversas formas de violência ao longo ciclo da vida. Integrando o documento há atribuições específicas, direcionada ao procedimento de coleta de informações pertinentes através de fotos, documentação escrita, elaboração de relatórios e pareceres que contribuam para a atuação do Poder Judiciário, tais mecanismos englobam algumas esferas de atuação que o especialista forense pode integrar. De acordo com a Resolução do COFEN, é Enfermeiro forense que possui:

[...] o bacharel em enfermagem, portador do título de especialização lato ou stricto sensu em enfermagem forense emitido por Instituição de Ensino Superior (IES) reconhecida pelo MEC, ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, registrado no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais, de acordo com a Resolução Cofen nº 389/2011 [...]. (COFEN, 2017, art.1).

Para se tornar um Enfermeiro Forense no Brasil é exigido que o profissional se enquadre dentro de todos os parâmetros da Resolução nº 556/2017, tendo sua graduação e especialização forense, para exercer e avaliar os resultados das intervenções, reformulando estratégias, sempre perpetuando uma política de segurança e melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem forense (FURTADO et al.,2021).

2.5 VIOLÊNCIA SEXUAL

De acordo com a OMS define-se violência sexual como toda e qualquer ação que visa insinuar, tentar ou consumir o ato sexual sem o consentimento de outrem, inobstante do meio ou lugar na qual esteja inserida. O apoderamento e violação do corpo de outra pessoa independente de gênero ou idade por meio da força ou coação representa um dos mais cruéis métodos de violação dos direitos humanos (USDJ, 2013).

Segundo a OPAS (2022), existem diversos fatores que colaboram para o acréscimo de casos, entre eles estão: a baixa escolaridade e/ou pouco acesso a oportunidades de emprego, desestruturação familiar e dependência química, desigualdade financeira e de gênero, entre outros.

Um aspecto preponderante nesses casos é a não realização de denúncia do ato criminoso, isso se dá em grande parte dos casos devido a proximidade do sujeito ativo podendo ser ele conhecido ou até mesmo integrante da família da vítima. Conforme dados estatísticos da organização, uma a cada três mulheres em todo mundo já sofreram algum tipo de violência sexual por parte de pessoas conhecidas e/ou parceiros no decorrer da vida, esses elementos denotam a extensão e o alto grau de vulnerabilidade que as vítimas estão expostas (OPAS, 2022).

As consequências da violência sexual atingem todos os âmbitos da vida do sujeito passivo da agressão, os danos que surgem logo após a violência podem perdurar por anos, deixando marcas dolorosas que podem revelar-se durante a vida inteira. Algumas das principais sequelas que podem surgir são as alterações psicológicas e comportamentais, que podem manifestar-se por meio de crises de ansiedade, síndrome do pânico, depressão e mudanças negativas no padrão e qualidade do sono (DELZIOVO et al.,2016).

Entre as complicações físicas estão as lacerações ginecológicas, gravidez não planejada, disfunção sexual e infecção por doenças sexualmente transmissíveis. Em síntese cada dano independentemente de seu nível deve ser tratado de forma abrangedora, privativa e humanizada, garantindo dessa forma uma assistência eficaz, tendo como objetivo principal a reestruturação da saúde física e mental da vítima (DELZIOVO et al.,2016).

São os profissionais de saúde que executam a notificação da violência, para que ocorra uma assistência decretória e uma intercessão interdisciplinar torna-se crucial. Esses servidores atuam na linha de frente, na profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, na prevenção de gravidez indesejada e mormente no acolhimento e atendimento inicial da vítima e são os responsáveis também pelos encaminhamentos a unidades especializadas de acordo com a necessidade do caso (GASPAR et al., 2017).

Observa-se ao aprofundamento da temática determinadas contraposições de óticas entre Direito e a Psicologia, principalmente no que diz a respeito busca pela raiz da ação violenta, a seguridade da vítima e seus danos secundários e também no que diz respeito à inserção do condenado à sociedade após o cumprimento da pena. Nesse sentido, em um panorama analítico-comportamental, crenças, valores e atitudes são compreendidos por meio de concepções concernentes ao âmbito comportamental, ou seja, reforçadores, estados, instâncias comportamentais e contingências. Tão somente em decorrência da análise de contingências é viável analisar as variáveis que perduram tais comportamentos e planificam sua comutação (FREITAS et al., 2018).

2.6 ESPÉCIMES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.6.1 ASSÉDIO SEXUAL

Define-se assédio sexual toda a conduta indesejada de cunho sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de desassossegar ou compelir a pessoa, afligir sua dignidade, ou de lhe criar um meio intimidador, hostil, deteriorante, humilhante ou desestabilizador (CITE, 2017).

Essa violência caracteriza uma violação moral, e que assim como a agressão física causa danos de diversas naturezas a vítima. A complexidade na definição de assédio sexual está altamente interligada a condutas sociais misóginas e sexistas por parte do gênero masculino, aceitadas durante décadas. O fato dessa ação ser muitas vezes compreendida como elogios e manifestações de admiração tiram dela seu caráter de violência dificultando assim a percepção da mulher assediada (SOUSA et al., 2020).

Nesse sentido, o ato do assédio pode ser exercido de diversos modos, em situações distintas e descontinuadas. As práticas de comentários inconvenientes podem progredir para contatos físicos desaprovados pelo sujeito passivo da ação (SOUSA et al., 2020).

No Brasil o artigo 216-A da Lei 10.224 de 15 de maio de 2001 tem como pena a punição de 1 a 2 anos o ato de constranger alguém com o desígnio de obter benefício ou regalia sexual, prevalecendo-se o agente da sua conjuntura de elevado hierárquico ou ascendência intrínsecos ao exercício de emprego, cargo ou função." (SOUSA et al., 2020).

2.6.2 ESTUPRO

De acordo com (CERQUEIRA et al., 2017) o estupro caracteriza-se um dos atos criminosos de maior grau ofensivo a dignidade humana, por ser uma violação aos direitos pessoais.

O código penal brasileiro esclarece estupro como compelir alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (Art. 213). Nesse sentido o estupro de forma pressuposta é o ato perpetrado contra vítima que não possui recursos de resistência, em detrimento de seu estado físico ou mental, de sua idade, capacidade de discernimento, inabilidade ou qualquer fator na qual a vítima seja biologicamente ínfima (SÁ et al., 2019).

Ao analisarmos por um prisma estritamente histórico o estupro caracteriza-se como uma injunção do homem sobre a mulher, assim como todo tipo de violência direcionada ao gênero feminino. Nesse sentido surgiu em 1970 no período denominado segunda onda feminista o termo “cultura do estupro”, que designa de condutas sutis a atos irremediáveis, e corrobora que tais atitudes não devem ser naturalizadas ou amenizadas (MEDEIROS et al., 2016).

2.6.3 VIOLAÇÃO MEDIANTE FRAUDE

É considerado violência sexual mediante fraude, todo ato onde a vítima é sujeita ao ato contra a sua vontade, onde a mesma é privada de manifestar sua vontade. Categoricamente, forçada pelo parceiro. Em 2009, entrou em vigor a Lei que rege o art. 215, sendo crime comum, no que expõe: Ter conjunção carnal ou executar outro ato libidinoso com alguém, por meio de fraude ou outro caminho que impeça ou estorve a livre manifestação de vontade da vítima: Pena - reclusão, de 2 a 6 anos (EBRADI, 2018).

Vale ressaltar a diferença que há entre violência sexual mediante fraude e estupro de vulnerável, que é considerado a situação em que a vítima se encontra, já que é uma possibilidade o crime partir de um

abusador que deixe a mesma sob efeito de álcool ou outras drogas. Deste modo, pode-se elucidar o delito de violação sexual mediante fraude como o ilícito penal designado pela doutrina como estelionato sexual, no qual o sujeito ativo não se vale de violência ou grave ameaça e sim de meios capazes de levar a vítima a erro ou mantê-la em erro (EBRADI, 2018).

A obrigação de manter o ato sexual ativo sempre buscando satisfazer o parceiro, mas a partir do momento em que deixa de ser prazer e passa a ser forçado tendo consentimento apenas do homem, passa a ser violência mediante fraude. A violação sexual seguida de fraude tem como elemento subjetivo do tipo sempre o dolo direto e específico, consistente na satisfação sexual. O bem jurídico tutelado será a independência sexual do ser humano e a consumação ocorrerá com a efetiva prática dos atos lascivos ou da conjunção carnal (EBRADI, 2018).

2.6.4 IMPEDIMENTO AO USO DE MÉTODOS CONTRACETIVOS E ANULAÇÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS DA MULHER

Na maioria das situações de violência, a mulher fica sujeita a algumas consequências como IST's ou até mesmo uma gravidez. Visto que a vítima violentada segue por uma série de problemas e traumas causado pelo o ocorrido, como já citado no presente trabalho, como danos físicos e psicológicos. É importante que a linha de frente ao atender a vítima também esteja apta a conscientizar a mesma de seus direitos diante de uma gravidez decorrente da violência sexual, a mulher tem a opção de decidir sobre seu corpo, a lei a resguarda. O estupro já é previsto no Código Penal de 1940, em sua primeira elaboração. O aborto também é criminalizado, mas o próprio Código Penal já o excepciona: "Dois casos onde o aborto não seria crime: um é risco de vida para mãe e o segundo, em casos de estupro" (RIBEIRO, 2019).

Diante de toda a situação e respeitando a decisão da mulher sobre gerar essa vida que também é considerada vítima de um estupro ou de interromper, a equipe passa pelo processo de encaminhar a mesma para os serviços judiciais, para que tudo seja feito dentro dos respaldos judiciais. Considerando que nesse sentido os direitos reprodutivos dizem respeito à igualdade e à liberdade na esfera reprodutiva, e os direitos sexuais estão relacionados à igualdade e à liberdade no exercício da sexualidade (RIBEIRO, 2019).

2.7 A ENFERMAGEM FORENSE EM CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A Enfermagem é hábil em todas as suas áreas de formação, e quando se trata da especialização forense, é esperado que seja mais hábil ainda, no tocante ao examinar, ao falar, ao pensar, ao criticar e buscar o melhor atendimento ao paciente. A IAFN reconhece a enfermagem forense como uma especialidade que utiliza a ciência da enfermagem em prol da população e da justiça. Seu principal objetivo é oferecer suporte às investigações relativas a vítimas dos vários tipos de violências – a exemplo da violência física, sexual, psicológica, econômica e doméstica –, além de acidentes traumáticos, na ocorrência de óbitos e/ou no tratamento do trauma de agressores e vítimas, tráfico humano, dentre outras situações (RIBEIRO et al., 2021).

Focando nas vítimas de violência sexual, o enfermeiro forense ancora-se no conhecimento técnico-científico e nas habilidades que perpassam uma formação humanística. Assim, poderá contribuir, sobremaneira, com o Poder Judiciário – tanto nas investigações quanto no enfrentamento a essa modalidade de crime –, evidenciando sua relevância para a ciência forense, estabelecendo importante elo entre o setor de Saúde e o Judiciário (RIBEIRO et al., 2021).

Perante situações minuciosas, com todo conhecimento por parte do profissional, é evitado outros problemas, como traumas psicológicos, uma vez que o próprio enfermeiro forense já escuta, trata e orienta quanto aos serviços judiciais, transmitindo segurança e confiança a vítima. Ressalta-se ainda que, de acordo com a Portaria n.º 204, de 2016, do Ministério da Saúde, a Resolução n.º 564, de 2017, do COFEN, dispõe sobre o dever da enfermagem ao atuar no atendimento de casos de violência contra mulher, afirmando, no art. 52, que quaisquer episódios envolvendo violências precisam ser notificados (RIBEIRO et al., 2021).

Considerando a violência como um problema constante, aumenta a necessidade um atendimento adequado nas unidades de saúde, onde pesquisas regionais apontam que a vítima desiste dos cuidados e de procurar ajuda porque não se sente acolhida da forma que deveria ser. Desta forma, alguns países passaram a elaborar e promulgar políticas governamentais e a aprimorar a aplicação da ciência forense, qualificando e aperfeiçoando a coleta de vestígios, visando preservar a vida de pessoas e responsabilizar os autores desses casos (RIBEIRO et al., 2021).

2.8 PROTOCOLO INTERNACIONAL MÉDICO DE AGRESSÃO SEXUAL E EXAMES FORENSES

O Protocolo Internacional Médico de agressão sexual e Exames Forenses (National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations) formulado pelo Departamento de Justiça dos EUA

apresentado no ano de 2004 é o manual direcionado a condutas atribuídas a investigadores forenses. Esse documento dispõe de preceitos jurídicos que somados a normas determinadas a equipes de saúde possuem o encargo de fomentar ações sólidas e objetivas àqueles que lidam diretamente com crimes de cunho sexual (USDJ, 2013).

A formulação desse documento representa um avanço na prestação da assistência visto sua ação integral na inteligibilidade dos passos do exame, suas atribuições específicas e medidas garantidoras da qualidade da conduta. O fator inicial atribuído ao protocolo é o atendimento inicial eficaz, objetivo e principalmente humanizado, uma abordagem inadequada, contaria a preceitos éticos fundamentais pode causar danos ainda maiores na vítima que na maioria dos casos conseguinte a agressão já apresenta sinais de confusão mental, ansiedade e estresse pós-traumático de forma evidenciada (USDJ, 2013).

As vertentes principais do protocolo baseiam-se em questões gerais, questões operacionais e o processo do exame, respetivamente. Cada uma dessas etapas se bem executadas fornecerão apoio oportuno à vítima, coleta adequada de evidências que resultaram em provas concretas e consequentemente tipificação e ação penal cabível ao agressor (USDJ, 2013).

2.8.1 QUESTÕES GERAIS

A abordagem coordenada da equipe de acordo com suas respetivas funções traz agilidade na execução do atendimento à vítima, sendo ela o foco central do processo. É de suma importância a adaptação da equipe conforme a necessidade do caso, respeitando as particularidades comportamentais e culturais do indivíduo que pode expressar medo e/ou desconforto para execução do procedimento (USDJ, 2013).

Dessa maneira é obrigação da equipe inteirar a pessoa a ser examinada ao seu direito de solicitar a presença de um acompanhante, ressaltando que a equipe deve ter documentado o consentimento, e tem também por obrigação a realização de toda explicação necessária sobre cada passo do exame e sua finalidade. Vinculado a isto a confidencialidade apresenta-se como um fator ético indispensável, assim como a notificação e encaminhamento aos órgãos de segurança competentes (USDJ, 2013).

Quadro 1 – Questões Gerais

1 – Abordagem coordenada e multidisciplinar
2 – Atendimento centrado na vítima
3 – Consentimento informado
4 – Confidencialidade
5 – Denúncia aplicada a lei
6 – WAVA: Políticas jurisdicionais relativas ao pagamento de cuidados médicos e exames forenses

Fonte: IANF, (2020).

2.8.2 QUESTÕES OPERACIONAIS

Para a execução de dispositivos operacionais é necessária a presença de profissionais especializados em agressão sexual, sua conduta direcionada e específica garante toda ordenação necessária para o seguimento adequado do caso. Procedendo a coleta de informações para o histórico médico forense, examinando pacientes e documentando os achados do exame, o profissional especializado em violência sexual minimiza a perda de evidências e identifica de forma precoce as necessidades médicas e diversos fatores que podem atrapalhar e/ou agravar o caso (SAFETA, 2013).

É imprescindível nesse cenário a implantação de salas adequadas, destinadas à execução de todo processo, garantindo assim, a privacidade do examinado e melhor desempenho da equipe. A logística de suprimentos básicos e kits de coleta de evidências torna-se também, um fator determinante, pois a falta de artefactos essenciais atrasa o período para a coleta de evidências, o que pode resultar na perda de material (SAFETA, 2013).

Quadro 2 – Questões Operacionais

1 – Presença de peritos forenses especializados em agressão sexual
2 – Instalações designadas ao exame
3 – Equipamentos e suprimentos necessários
4 – Kit de coleta de evidências de agressão sexual
5 – Considerações cronológicas para a coleta de evidências
6 – Integridade da evidência

Fonte: IANF, (2020).

2.8.3 PROCESSO DO EXAME

O Processo do exame é considerado o momento mais delicado na atenção à vítima, pois integra diversas subdivisões que devem manter uma sequência oportuna e criteriosa. Vale ressaltar que o erro em uma das etapas compromete todo processo, e coloca em risco a veracidade das informações colhidas. O exame inicia-se com o contato inicial com vítima, nessa fase é necessária uma ação coordenada com toda equipe que compreende a unidade, pois cada um tem o dever de reconhecer os elementos essenciais que surgem a cada passo que é concluído (SAFETA, 2013).

A abordagem e admissão da vítima no núcleo requer a execução de um critério de prioridade, na qual a vítima que apresenta danos graves que podem evoluir rapidamente devem ser atendidas de imediato. Por conseguinte deve-se reforçar a necessidade do preenchimento correto de toda a documentação pertinente ao caso, esse registro assim como as provas por imagem (fotografia) são matérias probatórias fundamentais no exercício de processos judiciais (SAFETA, 2013).

O desenvolvimento de políticas públicas de combate ao uso indiscriminado de álcool e drogas possuem influência direta e positiva no que diz respeito aos crescentes números de casos de violência sexual, isso porque o uso de drogas depressoras causam o rebaixamento no nível de consciência, tornando as vítimas alvos ainda mais fáceis de criminosos (SAFETA, 2013).

Sendo assim o protocolo dispõe também sobre as medidas profiláticas direcionadas a gravidez indesejada e ao risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, abordar os riscos e intervir de maneira precoce é a conduta crucial para um prognóstico positivo. Por fim, a detenção de informações e coleta adequada de vestígios culminam em um dispositivo de deliberação de sanções penais, trazendo à sociedade visibilidade e fornecimento de disposições que integram a ciência e a justiça (SAFETA, 2013).

Quadro 3 – Processo do Exame

1 – Contato inicial
2 – Triage
3 – Documentação pessoal de saúde
4 – Histórico médico forense
5 – Fotografia
6 – Procedimento de exame e coleta de evidências
7 – Rastreamento de agressão sexual facilitada por álcool e drogas

8 – Avaliação e cuidados para risco de gravidez
9 – Alta e acompanhamento
10 – Comparecimento do examinador no tribunal

Fonte: IANF, (2020).

2.9 PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES E MENINAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Descreve-se como protocolo a documentação de situações específicas de assistência e cuidado, na qual haja operacionalização e especificação sobre o que deve ser feito, e tem como função principal o respaldo ao profissional atuante (FONSECA et al., 2017).

O Protocolo de Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual engloba toda equipe multidisciplinar, e tem como objetivo uma assistência integral e operativa. O atendimento correto atribuído a vítimas de agressão sexual evita danos secundários severos, tem natureza preventiva, e garante a eficácia do suporte oferecido.

Os principais elementos que devem ser abordados na elaboração dos protocolos são: o envolvimento de profissionais com experiência e conhecimento técnico (grupo de trabalho); perfil epidemiológico local, especificidades locais; delineamento dos objetivos, público-alvo e ações de enfermagem, observando os aspectos éticos e legais, bem como as evidências científicas; estrutura clara e objetiva (ex.: fluxogramas, quadros, imagens), que facilite a consulta do profissional. Após a elaboração do protocolo, é de extrema importância a revisão do material com posterior validação e treinamento das equipes de enfermagem (COFEN, 2018).

2.9.1 ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS

No que tange os aspectos éticos e legais é imprescindível da parte do profissional de saúde a notificação do crime aos demais órgãos responsáveis, essa atribuição requer do assistencialista um conhecimento prévio de protocolos e disposições jurídicas e deve ser realizado de forma diligente e reservada. De acordo com o Protocolo de Assistência às Mulheres e Meninas Vítimas de Violência Sexual da UFTM, desde o ano de 2003 a notificação de atendimento à mulher violentada assistida em qualquer órgão de saúde público ou privado é de ordem compulsória em todo território nacional (COUTO et al., 2016).

Articulado a isto, e ainda com os autores supracitados, a criação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 denominada Lei Maria da Penha instaurou-se no panorama jurídico brasileiro como uma ruptura de um arquétipo inoperante vigente na época, sua formulação e estruturação introduziu modificações

legais mais abrangentes e fez com que a temática fosse amplamente debatida em diversas esferas sociais.

A ementa da Lei diz:

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2006).

Não obstante a ingerência de pugnar e deliberar a ação do agressor no caráter penal, a Lei Maria da Penha articula-se também a combater condutas de inferiorização da figura feminina que estão historicamente enraizadas em contextos sociais, organizacionais, econômicos e culturais e dessa forma colabora para a efetivação da seguridade dos direitos das mulheres (COUTO et al., 2016).

Apesar das constantes amplificações e modificações nas leis que buscam corroborar a tipificação de crimes direcionado às mulheres, fora dos dispostos documentais a realidade se mostra totalmente diferente da qual deveria ser, o viés garantista depara-se com a superlotação do Sistema Judiciário Brasileiro e conseqüentemente a demora para que todo processo tenha transitado em julgado (COUTO et al., 2016).

Outra questão que se opõem a efetividade das ações punitivas é o medo da mulher em denunciar o seu agressor. Assim como as demais formas de violência, a de caráter sexual em grande parte dos casos é cometida em ambiente doméstico por parentes ou pessoas próximas à família, tal situação onde engloba fatores de vínculos afetivos pode fazer com que vítima apresente resistência em procurar ajuda (SANTOS et al., 2015).

Sob o mesmo ponto de vista vale reafirmar a importância da cognição da temática por parte da equipe multidisciplinar que atua diariamente em órgãos de saúde, o contato direto e constante com a população através de ações e campanhas preventivas agem com uma porta de entrada que facilita a identificação de possíveis vítimas, nesse sentido o acolhimento e atendimento humanizado se tornar primordial e um dos pilares principais dos protocolos de atendimento (SANTOS et al., 2015)

A Portaria GM/MS nº 485 de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, em seu art. nº 7º define a equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, sendo:

médico clínico ou médico em especialidades cirúrgicas; enfermeiro; técnico em enfermagem; psicólogo; assistente social; e farmacêutico (SAFETA, 2013).

É conveniente avultar que o profissional de Enfermagem possui um protagonismo na assistência da mulher violentada sexualmente, e tem como dever diagnosticar, notificar, tratar e prevenir futuros casos de acordo com suas particularidades. O entendimento dos dispositivos legais seguradores do direito sobre o próprio corpo e do direito de ir e vir assegurados em nossa Carta Magna implica benfeitorias tanto para o profissional que irá prestar a assistência quanto para a vítima (SAFETA, 2013).

2.9.2 ATENDIMENTO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

De forma criteriosa, respeitosa e totalmente sob consciência, o profissional de enfermagem que recebe vítimas de violência sexual deve dar uma atenção especial ao exame físico da genitália, não deixando de informar a importância do mesmo. É um exame céfalo podálico, principalmente quando há violência física também. O registro do exame físico deve ser completo, descrevendo as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais (EBSERH, 2021).

Quadro 2 – Exame Físico

Regiões		Possíveis Lesões
Craniana	Couro cabeludo	Equimoses, escoriações, edema traumático e ferida contusa
	Face	Fraturas, marcas de mordidas, escoriações, equimose facial e edema traumático
	Olhos	Equimose periorbitária e da esclerótica, edemas traumáticos
	Orelhas	Equimoses, escoriações e edema traumático
	Boca	Equimose labial/intraoral, escoriações, marca de mordidas, fratura e traumas dentários
Torácico e abdominal		Equimoses por sucção, escoriação, marca de mordidas e corpos estranhos presentes na pele: terra, gravetos, etc.
Mamária		Marca de mordidas ou sucção, equimoses, escoriações e laceração dos mamilos

MMSS	Equimoses (antebraços e mãos), lesões de defesa, escoriações, edema traumático e fraturas
Mãos	Equimoses, escoriações, edemas traumáticos e fraturas
MMII	Equimoses (facie medial da coxa), lesões de defesa, escoriações, marca de mordidas e edemas traumáticos
Genital	Equimoses, escoriações, edemas traumáticos e rotura do hímen
Anal	Equimoses, escoriações, edemas traumáticos, laceração e dilatação

Fonte: SAFETA, 2013.

2.9.3 SOLICITAÇÃO DE EXAMES

A solicitação de exames á paciente vítima de violência sexual caracteriza-se como um dos pontos primordiais da assistência, tal conduta traz a vítima mais segurança e garante a integralidade do cuidado. Nesse sentido faz-se necessário que o profissional que irá assisti-la detenha conhecimento basilar a respeito das normas técnicas vigentes e execute as ações necessárias de forma ética e eficiente (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020).

De acordo com FERREIRA havendo ou não a comprovação do crime sexual é obrigatória a solicitação de exames à vítima, isso se dá para haja uma intervenção precoce das medidas profiláticas minimizando a ocorrência de agravos. É importante salientar que em situações de violência sexual o exame ginecológico também deve ser realizado, entretanto caracteriza-se como uma das etapas mais delicadas da assistência e a vítima pode negar-se a realizá-lo caso não deseje (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020).

2.9.4 COLETA DE VESTÍGIOS

A análise de vestígios biológicos de vítimas de violência sexual denota-se um divisor de águas na resolução dos casos, e deve ser executado de forma minuciosa. Cada lesão analisada corretamente descreve mecanismos de ações que podem não ser descritos pela vítima em razão do estresse pós-traumático sofrido. No Brasil a Lei 12.654 de 2012 dispõe dos mecanismos referentes à coleta de perfil genético como forma de identificação criminal (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020; MPPR, 2020).

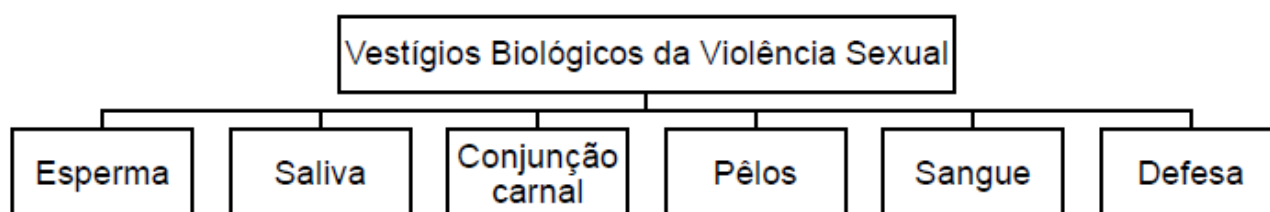
Quadro 1 – Método de extração de DNA recomendada pelo FBI para determinados vestígios de natureza biológica.

Método	Vestígios
Orgânica com fenol-clorofórmico	Sangue líquido, manchas de fluídos corpóreos, sêmen e células vaginais
Orgânica com utilização de filtro concentrador	Manchas de sangue, saliva, sêmen e swabs vaginais
Orgânica tradicional	Saliva em objetos, tecidos moles, cabelos, ossos e dentes
Método inorgânico	Sangue total
Chelex	Sangue total, manchas de sangue e sêmen, saliva em swabs, envelopes, saliva em objetos e cabelos para análise de DNAm.

Fonte: SOUSA; QUEIROZ, 2012 (p. 104) (adaptado pelas autoras, 2022).

De acordo com o Protocolo de Assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual a equipe de saúde possui em grande parte dos casos a primazia no atendimento através do acolhimento, atendimento clínico, exame físico, solicitação de exames e execução de medidas profiláticas, entretanto, a incumbência para o cumprimento do laudo pericial é efetivada pelos órgãos de segurança pública. A coleta de vestígios associa-se a diversas vertentes imprescindíveis na ação da lei sobre o caso requerido, a busca efetiva de sêmen ou qualquer outra substância ou material que identifique o agressor por meio do DNA integra o laudo de comprovação da violação e impulsiona a jurisdição penal (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020; MPPR, 2020).

Figura 1 – Vestígios Biológicos causados pela Violência Sexual contra a Mulher



Fonte: LOBATO, 2014 (adaptado pelas autoras, 2022).

É conveniente recordar-se sobre a importância de orientar a vítima a respeito de cada passo do processo de coleta, sobre a assinatura dos termos de consentimento e autorização da utilização de material biológico e também a respeito do tempo de armazenamento de amostras laboratoriais (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020; MPPR, 2020).

2.9.5 PROFILAXIAS

Após a identificação da ocorrência, é parte do protocolo de assistência de enfermagem a parte da profilaxia, que pode ser iniciada geralmente com antibióticos por via parenteral visando conter danos secundários, como IST's. O índice de IST em vítimas de violência é elevado necessitando assim realizar a profilaxia de imediato, realizar vacinação e colher material para exame sorológico de sífilis, HIV, HBV e HCV (SILVA et al., 2021).

Quadro 3 – Profilaxias

IST's Não Virais		
IST	Medicação	Posologia – Adultos + 45Kg
Sífilis	Penicilina Benzatina	2,4 milhões UI, IM
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg IM dose única
Clamídia e Cancro Mole	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)
Tricomoníase	Metronidazol	2g, dose única
HIV		
Medicação		Posologia
Lamivudina (TC) 300mg + Tenofovir (TDF) 300mg (coformulação)		1 comprimido ao dia
Dolutegravir (DTG) 50mg		1 comprimido ao dia
Hepatite B		
História Vacinal	Vacina	IGHAHB
Completa (3 doses) Anti-HBs positivo	Não	Não
Completa (3 doses) Anti-HBs negativo	Reforço	Não
Incompleta ou desconhecida - Anti-HBs negativo	Completar vacinação (0,1 e 6 meses)	Sim (dose única IM, 0,06 ml/Kg) caso ultrapasse 5ml dividir dose e aplicar em locais diferentes.

Fonte: EBSERH, 2021 (adaptado pelas autoras, 2022).

Todavia é feito a profilaxia anticoncepcional, que é destinado às mulheres, nesse caso, devido sua exposição à gravidez, levando em consideração o tempo estimado do ocorrido, independentemente do ciclo menstrual. Também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso de AE (SILVA et al., 2021).

Quadro 4 – Anticoncepção de Emergência

Método	Dose	Posologia
Levonorgestrel (1ª escolha)	1,5mg de levonorgestrel	1 comprimido, dose única
AO combinado (2ª escolha)	0,75mg de levonorgestrel	2 comprimidos, dose única
	0,3mg etnilestradiol + 0,15mg levonorgestrel	4 comprimidos, de 12/12 horas (total de 8 comprimidos)

Fonte: EBSERH, 2021 (pág.11).

Não somente o tratamento inicial com antibióticos, também são usados outros meios nessa parte da assistência, como vacinas, coleta de vestígios. Lembrando que quanto a coleta, não realizar este procedimento para pacientes que ainda irão realizar exame médico legal/avaliação pericial com legista. Orientar a não trocar a roupa e não tomar banho antes desta avaliação e retornar para completar o procedimento com tratamento local após (SILVA et al., 2021).

2.9.6 SEGUIMENTO AMBULATORIAL

A enfermagem segue com a vítima por algumas etapas, bem como a psicologia também, pois a vítima violentada sofre muitos danos e envolve também sua vivência social. A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em seguimento ambulatorial multiprofissional. A paciente deve ser encaminhada entre 7-14 dias para o primeiro seguimento ambulatorial. Entregar o encaminhamento com a data, horário e local do atendimento e anotar o nome completo da paciente, prontuário e data de nascimento no caderno de agendamento (EBSERH, 2021).

2.10 DETRIMENTO OCASIONADOS ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.10.1 FÍSICOS

A violência sexual causa danos físicos em que muitas vezes são irreversíveis, e ao mesmo tempo confundíveis com outros tipos de violência. A violência física, em si, é um fenômeno complexo que abala a qualidade de vida, podendo estar presente em diferentes situações da convivência humana, acarretando dor, sofrimento, medo, angústia, lesões, mutilações, deformações ou óbito (ZANATTA et al., 2018).

Conceituando violência especificamente física, é quando o indivíduo causa lesões corporais na vítima, ou é a própria vítima, resultando até mesmo em morte. A violência abrange as diferentes esferas da sociedade, acarretando desordem familiar e trazendo marcas físicas e psicológicas na vítima, refletindo assim no seu processo de saúde-doença (BROCH et al., 2017).

No âmbito criminal, a Enfermagem Forense é definida como a aplicação da Ciência da Enfermagem aos aspectos forenses no cuidado da saúde onde atua em qualquer lugar que existam pessoas em situações de violência, o que acaba acarretando uma essência voltada para a contribuição de uma assistência integralizada, desenvolvendo assim uma visão crítica e minuciosa na detecção desses casos (SILVA et al., 2017).

Permeando, é um quadro que exige muita capacidade da equipe multidisciplinar, ao ser identificado o tipo de violência física seja em uma unidade de saúde ou qualquer outro lugar, visto que é uma área de atuação bem ampla, o Enfermeiro Forense detém a atribuição de reconhecer, intervir e avaliar eventos de violência, doença e morte, detendo conhecimento sobre o funcionamento do sistema legal, fundamentando, conservando e recolhendo evidências (COELHO, CUNHA, LIBÓRIO, 2016).

Baseando-se na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 566/2017, Enfermeiros Forenses estão capacitados para identificar cenários de violência, estabelecer diagnósticos contextualizados, executar medidas preventivas e terapêuticas legalmente suportadas, assim como avaliar os resultados em ganhos para a saúde no âmbito do trauma e violência (COFEN, 2017).

Vale ressaltar a dificuldade encontrada por parte de alguns profissionais que se deixam levar pelo medo e pelo desconhecimento da real magnitude e impacto desse fenômeno para a sociedade, famílias e vida das vítimas. Esta situação coloca em pauta a necessidade de se apropriar de um referencial teórico-analítico que permita a compreensão do problema, considerando sua complexidade e suas diferentes formas de manifestação (PERUCCI et al., 2018).

2.10.2 PSICOLÓGICOS

Existem n's fatores que modificam a saúde mental da vítima de abuso sexual, seja ele resultando em gravidez, em uma IST, ou o fato da agressão partir de um familiar. Nesta perspectiva, o atendimento a vítima de violência sexual pelo profissional de enfermagem engloba a especialidade da enfermagem forense (PERUCCI et al., 2018).

A enfermagem forense foi reconhecida como especialidade em 1992, através da criação da IAFN, fundada por 72 enfermeiras norte americanas que já realizavam exames de perícia em vítimas de abuso sexual e estupro. Essa associação é responsável por rever e regulamentar a prática da enfermagem forense internacional, e também incentivar a pesquisa e o aperfeiçoamento dos profissionais que executam estas atividades em países com alto índice de violência (PERUCCI et al., 2018).

Com o aumento do número de vítimas de violência, tem surgido a necessidade de capacitar profissionais da saúde para realizar um atendimento seguro, sem maiores danos ao paciente com uma visão técnica, científica e legislativa sobre esta temática (PERUCCI et al., 2018).

O tratamento é um dos pontos mais críticos para a vítima, pois há um envolvimento muito íntimo entre o fato ocorrido, reviver tudo novamente, e contar para terceiros, em que muitos detalhes de momentos terríveis que a marcarão para sempre terão que ser contados. Vale ainda destacar que, além de ter todo esse rigor emocional, existem pessoas que guardam consigo todos os males, pois nunca relataram o fato, ou não tiveram um tratamento apropriado, e com isso, tendem a serem abusadas repetidamente, uma vez que se enquadram perfeitamente no perfil diligenciado pelo agressor (TEODÓSIO, 2018).

2.10.3 SOCIAIS

A vítima violentada passa por um processo muito doloroso até chegar ao ato de revelação, em que se dispõe em um momento frágil de recorrer a uma ajuda profissional e ao apoio familiar. E que na maioria dos casos é julgada pelos mesmos e pela sociedade, por isso um dos princípios da especialização forense é manter o sigilo e conservação da imagem da paciente (FORNARI et al., 2018).

O cuidado de Enfermagem carece de atentar às diferentes dimensões que envolvem a mulher em situação de violência, no sentido de reconhecer elementos que possam subsidiar o desenvolvimento do processo de resiliência. A enfermagem deve mostrar uma postura de acolhimento, diálogo e flexibilidade, a fim de promover o estabelecimento de uma relação humanizada, ética e solidária.

Neste contexto, a enfermagem tem a aptidão de tutorar a resiliência como medida de suporte para o enfrentamento do trauma (FORNARI et al., 2018).

Importante destacar que o profissional deverá ter uma postura de apoio e induzir a resiliência da vítima, pois para a mesma chegar ao ponto de solicitar auxílio do profissional em um momento delicado, é de extrema importância e requer conhecimento e postura adequada para esse momento. Quando é estabelecida uma relação de confiança entre os profissionais que atuam nos serviços de apoio, ocorre uma mudança na concepção das usuárias em relação à ajuda e ao acolhimento oferecido. Neste sentido, existe a possibilidade de ser construído um cuidado que permite o enfrentamento do trauma e a continuidade do percurso resiliente (FORNARI et al., 2018).

Livre de qualquer julgamento, o maior dano social pode ser percebido na mudança de hábitos, no semblante caído, no medo e desconfiança de tudo e de todos. A carência de atendimento às vítimas de abuso sexual, no Brasil, teve sua maior visibilidade a partir da política de proteção social especial, no âmbito da assistência social. A definição de um marco legal tomando a LOAS, a PNAS não só se apresentam como uma intervenção no marco legal, mas também, na fomentação de estudos e diretrizes de formação preconizada pela NOB-RH que define o atendimento especializado mediante uma equipe multidisciplinar para à atuação frente ao ocorrido (ALCOFORADO, 2018).

3 PRETENSÃO METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho será apresentado em formato de revisão integrativa, tipo básica, onde foi separado materiais bibliográficos dos últimos dez anos, diferenciando-se por ser uma pesquisa investigativa em materiais teóricos já existentes, onde se identifica o problema que delimitará a pesquisa na temática proposta.

De acordo com Ercole, Melo e Alcoforado (2014), a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É designada integrativa porque fornece esclarecimentos mais amplos sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois não será utilizado métodos e técnicas estatísticas, contando ponto de vista de diversos autores abordando o definido tema e suas peculiaridades. Na pesquisa qualitativa, a realidade é múltipla e subjetiva, sendo que suas experimentações de cada indivíduo e

suas percepções são meios proveitosos e relevantes para a pesquisa. A realidade é produzida em conjunto entre pesquisador/a e pesquisado/a por meio das experiências individuais de cada sujeito (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Sendo assim, os pesquisadores entendem que não há neutralidade e que estão, no processo da pesquisa, influenciando e sendo influenciados pelo que está sendo pesquisado, sendo que o raciocínio ou a coerência da pesquisa qualitativa é a indutiva, partindo do singular para o universal. Não se parte de uma teoria particular, mas ela é concebida a partir das percepções dos sujeitos que participam da pesquisa. Estas visões têm raízes na filosofia naturalista e estão, geralmente, associadas a vários paradigmas como o construtivismo social, o interpretativismo, o pós- positivismo, a perspectiva pós-moderna, a ideológica ou crítica (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

Desta forma, a consideração de critérios de qualidade para pesquisas qualitativas vem sendo amplamente discutida, principalmente em âmbito internacional. O debate, muitas vezes, está centrado na adequação ou não de uso de critérios para a pesquisa qualitativa tendo em vista as diferentes visões, crenças ou padrões de pensamento nos níveis ontológico, epistemológico, axiológico e metodológico (PATIAS; HOHENDORFF, 2019).

3.2 IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE

A acepção da temática de uma pesquisa é caracterizada por um dos pontos mais complexos na elaboração de trabalhos científicos, isso se dá devido à diversa gama de assuntos que são abordados no decorrer da graduação. Entretanto, a afinidade apresenta-se como um mecanismo facilitador preponderante nesse processo, pode manifestar-se através de uma disciplina da grade curricular, a observância a um determinado ponto durante os estágios curriculares ou ainda por meio de docentes.

A proposta desta revisão integrativa de literatura foi apresentar através de artigos científicos e bases de dados online, a atribuição do enfermeiro forense na reconhecimento de casos de violência sexual contra a mulher. No decorrer da formulação do presente trabalho, foi observada pelas pesquisadoras a necessidade de abordar também a conduta do enfermeiro não especialista na área forense frente aos casos de crime sexual.

O desígnio principal foi apresentar de forma clara e objetiva os aspetos e incumbências desta especialidade ainda tão recente no Brasil. A seleção da hipótese por sua vez está amplamente relacionada aos crescentes de casos de violência sexual contra a mulher, observados através de dados estatísticos, e meios de comunicação.

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Esta fase trata-se de um mecanismo de eficiência na elaboração de uma pesquisa, isso porque norteia as bases de dados pesquisadas trazendo objetividade nas buscas e consequentemente clareza na resultância da revisão. As descrições devem ser documentadas apresentando específicos critérios de incorporação e delimitação para que não fuja da proposta inicial. Todo esse processo caracteriza-se por um recurso de esquadrinhamento de diversos assuntos de acordo com o vasto conhecimento neles apreendidos e a segurança de suas normas e critérios teóricos e metodológicos.

3.4 CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

O termo categorizar é expresso pelo agrupamento de ideias, objetos, trabalhos, artigos, por identificação de pontos em comum. Identifica-se que o ser humano por hábito classifica ou categoriza as ideias, projetos, trabalhos, todos eles com intuito de identificar e entender por completo tornando mais acessível quando dispostas em gráficos (GRUPO ĀNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

Para fins comprobatórios é necessário que este estudo seja analisado e validado, embasado em documentos com informações pertinentes a ele, trazendo uma segurança na excelência metodológica (GRUPO ĀNIMA EDUCAÇÃO, 2014).

Diante disso, as autoras produziram um instrumento de coleta de dados para facilitar o fichamento dos artigos empregados e dispuseram de forma clara e objetiva para um entendimento explícito, como pode ser observado no ANEXO III.

3.5 AVALIAÇÃO DE ESTUDOS INCLUÍDOS

A análise de material científico anexo a um projeto de pesquisa é um fator determinante no bom resultado do mesmo, isso acontece pela ação desse mecanismo na qualificação de critérios introdutórios (FALCI et al., 2014).

Para a execução de uma Revisão Integrativa de Literatura é necessário que o autor estabeleça preceitos de seleção sistemática que serão o eixo principal e suplementar, além de definir critérios cronológicos que juntamente com outros dispostos selecionem artigos específicos de acordo com a necessidade daquele que realiza a busca. A avaliação de estudos incluídos abrange e consolida os dados que serão usados de maneira a tornar-se um garantidor de sua legitimação científica (FALCI et al., 2014).

Para análise da temática proposta as pesquisadoras do presente trabalho construíram textos informativos conforme as normas solicitadas. Foram usados também tabelas, infográficos e imagens com objetivo de apresentar as informações de forma ordenada e concreta de modo a facilitar o diagnóstico e interpretação do leitor.

3.6 APRESENTAÇÃO DA REVISÃO/ SÍNTESE DO CONHECIMENTO

A inclusão de estudos experimentais ou não contribui para o melhor entendimento do contexto analisado, ou seja, a temática que a esta revisão integrativa contempla. Inclui-se nesta revisão integrativa informações advindas de literaturas, sendo elas teóricas ou empíricas que contemplem a revisão de indícios, uma investigação de questões metodológicas, sua amostragem, dentre outras que corroboram em um entendimento mais amplo do assunto (MENDES; SILBEIRA; GALVÃO, 2019).

Deve-se incluir neste tipo de revisão dados capazes que permitir ao leitor o esclarecimento sobre as ferramentas utilizadas na elaboração, os meios que desencadeou a abordagem a este assunto e o destrinchamento do desenvolvimento até à sua conclusão e publicação dos dados (MENDES; SILBEIRA; GALVÃO, 2019).

3.7 AÇÃO EDUCATIVA

Por intermédio deste projeto realizou-se uma ação educativa com a finalidade de clarificar ao público alvo da pesquisa (acadêmicos da área da saúde) os mecanismos de identificação, tratamento e prevenção de crimes de natureza sexual. No Centro Universitário Presidente Antônio Carlos – UNITPAC, no dia 12 de abril de 2022 às 19:00 foram realizadas palestras sobre tópicos pertinentes às ciências forense e os desafios no atendimento de mulheres violentadas sexualmente.

Profissionais operantes nas áreas da saúde e segurança pública discorreram sobre suas respectivas temáticas de forma interativa e dinâmica, na ocasião sucedeu-se um debate entre palestrantes e convidados no qual foram esclarecidas diversas dúvidas e apresentadas ideias e opiniões que agregaram ainda mais ao evento. A ação contou com a presença de 76 pessoas, e desvelou-se como um rico momento de aprendizado e partilha de conhecimento.

Palestrantes convidados:

Silvânia Wanderley – Enfermeira especialista em atendimento de vítimas de violência sexual. Tema: Acolhimento à mulher violentada e aplicação do Protocolo de assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual.

Elizete Machado - Diretora do Instituto Médico Legal de Araguaína – TO. Tema: Realização de exame de corpo de delito e coleta de dados periciais em crimes de estupro.

Edilberto Júnior – Cirurgião Dentista especialista em Odontologia Legal. Tema: O papel do cirurgião dentista no diagnóstico de abuso sexual por achados orofaciais.

Ana Maria Varjal – Delegada Regional e Titular da DEAM de Araguaína – TO. Tema: Disposições legais em crimes de natureza sexual.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para realizarmos este estudo buscamos informações em bancos de dados eletrônicos como: Scielo e Google Acadêmico, utilizando-se palavras-chave como Enfermagem, forense, violência, mulher.

Esta revisão integrativa de literatura integrou um total de 40 referências bibliográficas das quais foram analisadas 30 publicações, dentre estas inclui-se artigos e teses publicados entre 2014 a 2021 condizentes aos caracteres de inserção da pesquisa.

Após uma leitura superficial e em seguida uma análise minuciosa, foram selecionados artigos que possuíam em seu conteúdo vertentes direcionadas ao tema principal do presente estudo. Tais informações estarão dispostas em forma de fichamento, as tabelas utilizadas apresentam de forma sistematizada a organização do atendimento, o processo do exame físico e as profilaxias aplicadas em casos de violência sexual contra a mulher.

A1	
Título	Fast Facts about Forensic Nursing
Autores	SCANNELL, Meredith J
Objetivo do Artigo	Descrever as habilidades designadas ao enfermeiro forense, seus métodos de aplicação e Explorar as diversas fases do atendimento e os mecanismos éticos e disposições legais pertinentes à temática.
Periódico	Springer Publishing Company
Ano de Publicação	2018

Fonte: Confeccionado pelas autoras, 2022.

O A1 tem como objetivo descrever as habilidades designadas ao enfermeiro forense e seus métodos de aplicação, além de explorar as diversas fases do atendimento e os mecanismos éticos, e disposições legais pertinentes à temática. Entre os assuntos abordados estão também a realização da anamnese,

o atendimento especializado em situação de traumas, a prestação de testemunho pericial, preenchimento adequado de documentação de lesões e coleta e preservação de substâncias comprobatórias para fins médico-legais.

O atendimento do Enfermeiro Forense foca-se na assistência não somente da vítima, mas sim de todos os indivíduos a ela interligados, incluindo familiares e até mesmo o suspeito. Nesse sentido enfatiza-se a importância da habilidade e objetividade desse profissional em realizar de maneira hábil os procedimentos pertinentes a crimes de natureza sexual (ATAÍDE, NASCIMENTO, et al., 2020).

A2

Título	Enfermagem forense: contexto histórico, atuação do enfermeiro, contribuições para saúde e segurança pública.
Autores	CACHOEIRA, Daiane Bruna Cavalcante; EVANGELISTA, Heckslouanne Ridynna Figueredo; SOUZA, Wbiratan de Lima
Objetivo do Artigo	Descrever as atribuições do profissional enfermeiro forense nos mais variados setores de atuação, sua especialização e as vantagens desta área para um atendimento mais qualificado.
Periódico	Grupo Tiradentes.
Ano de Publicação	2020

Fonte: Confeccionado pelas autoras, 2022.

No tocante ao A2, a Enfermagem Forense integra o elo entre saúde e justiça, nesse sentido possui uma assistência global. A atribuição desse profissional o permite explorar diversos setores como clínicas, unidades básicas, hospitais, institutos médico-legais, e núcleos de segurança pública. O artigo objetiva apresentar a temática, analisar de forma sucinta seu contexto histórico e a resolução que lhe atribui o título de especialidade.

As vantagens da atuação do Enfermeiro Forense estão diretamente ligadas à diminuição do risco de falha na execução dos processos, visto sua familiaridade na elaboração de diagnósticos e cuidados, etapas que integram a SAE (LIMA et al., 2019).

A3

Título	A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents
Autores	US Department of Justice
Objetivo do Artigo	Detalha a importância da atuação forense nos EUA, seus preceitos legais, preconizando o atendimento qualificado da vítima tanto em vida quanto após a morte.
Periódico	Department of Justice, Office on Violence Against Women
Ano de Publicação	2013

Fonte: Confeccionado pelas autoras, 2022.

O artigo A3 nos mostra uma comparação de como a especialização forense é exercida aqui e fora do Brasil, mostrando sua importância e valor, quando se refere aos atendimentos nos EUA, nos mostra o índice de homens e mulheres que até completarem 18 anos, 1 em 4 meninas e 1 em 6 meninos serão vitimizados por violência sexual.

Categoricamente valoriza a classe enfermagem forense e fala do árduo trabalho na área, onde diz que essa prática não se limita apenas a perícia e exames na vítima, mas procede em investigação de morte.

Além de demonstrar que o enfermeiro forense atua em diversas áreas, do hospital a um tribunal de justiça, esse artigo contribuiu ricamente com o presente trabalho nos ensinando ainda sobre como podemos ajudar a resolver a problemática da violência sexual, que é a forma de expandir o tema com ações educativas em escolas, e assim incentivar também os profissionais se estarem sempre buscando conhecimento na área para uma obtenção satisfatória em cada procedimento.

A enfermagem forense é uma área que vem ganhando espaço no mercado não somente por ser mais uma área que a enfermagem pode atuar, mas o ponto fulcral é a assistência à mulher violentada sexualmente. No momento do atendimento, é necessário saber o que procurar, os traços característicos da violência sobre por ela, realizando da melhor forma possível que não cause ainda mais prejuízo mentais a ela (PINTO et al., 2017; SILVA et al., 2020; MPPR, 2020).

A4

Título	Assistência as Mulheres e Meninas Vítimas de Violência Sexual
Autores	EBSERH
Objetivo do Artigo	Padronização do atendimento às mulheres e meninas vítimas de violência sexual, com organização e humanização do atendimento, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, ofertando uma atenção integral e multiprofissional a estas pacientes.
Periódico	Protocolo
Ano de Publicação	2021

Fonte: Confeccionado pelas autoras, 2022.

No tocante ao artigo A4, que enriqueceu de forma positiva e satisfatória neste trabalho, tanto com suas informações a respeito de protocolos como de que forma deve-se seguir com a vítima sexualmente violentada.

Constando informações quanto aos aspectos éticos e legais, em como deve-se portar durante o exame físico, além de falar de uma organização importantíssima quanto as atribuições do enfermeiro forense, competências e responsabilidades.

Sobre as profilaxias e como seguirmos com os casos de HIV, IST's e outras doenças sexualmente transmissíveis, como coletar e preservar os vestígios que podem ajudar na resolução do problema, de forma direta contribui com os serviços policiais até chegar ao abusador.

A importância de se ter um documento norteador para o atendimento às vítimas violentada sexualmente é de extrema importância, não somente para que o profissional siga rigorosamente cada passo e execute com maestria, mas para um atendimento mais humanizado, singular e tranquilo, de forma a deixar a vítima menos constrangida e traumatizada com a situação e com o profissional (USDJ, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho demonstra nosso principal interesse em expandir essa nova área de atuação da enfermagem, com foco principal em mulheres sexualmente violentadas. Visando desde o tal ato, acompanhamento multiprofissional até o bem-estar da paciente.

O problema de pesquisa foi respondido satisfatoriamente no decorrer desta pesquisa, confirmando-se que esta nova área da enfermagem forense tem sua importância em situações de violência sexual contra a mulher visto que necessita de uma especialização mais aprofundada sobre assunto para que a sua prestação de serviço e cuidado sejam precisos na mesma medida que são cruciais para o atendimento à mulher violentada sexualmente.

O nosso objetivo geral foi amplamente confirmado, em decorrência de análises bibliográficas sobre a o exercício da função forense e suas legalidades dentro da enfermagem.

O primeiro objetivo específico foi concretizado tanto pela pesquisa realizado ao longo desta pesquisa, quanto pela ação educativa onde foi explanado sobre as funções do enfermeiro forense e seu campo de atuação.

No segundo objetivo confirmou-se as constantes situações agravantes advindas da violência sexual, assim como foi analisando em conjunto os prejuízos irreparáveis na vida da vítima.

No terceiro objetivo que se pretendia verificar a aplicação desta ciência forense na prática da coleta de material biológico em situações de cunho sexual, foi amplamente confirmada e verificou-se que nesta prática o profissional tem que ser capacitado, ter uma visão holística sobre a situação da vítima como um todo, de que forma essa coleta pode ser realizada sem que cause ainda mais constrangimento, sofrimento e dor.

No último objetivo específico que foi apresentar o papel da equipe multidisciplinar de saúde na primeira abordagem à mulher violentada sexualmente, também foi comprovada devidamente. Constatou-se que uma equipe multidisciplinar bem treinada e qualificada realiza um atendimento singular para cada mulher, analisando o quadro como um todo, sempre visando o melhor para ela nesse momento delicado.

PARÁGRAFO SOBRE A PESQUISA

A ação educativa que foi realizada no UNITPAC, teve como premissa a divulgação da atuação da enfermagem forense em mulher sexualmente violentadas e aclarar sobre as diversas etapas que o atendimento tem que ter com a equipe multidisciplinar em parceria com a delegacia. Alertou-se ainda sobre a importância de denunciar estes casos que infelizmente estão bem presentes na atualidade, e que para se frear esses casos é necessário denunciar. Conclui-se que esta ação educativa auxiliou acadêmicos a terem conhecimento sobre a área, aos profissionais presentes que instigassem a abordarem ainda mais esta temática nas salas de aula.

6 RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

Durante a elaboração desta revisão integrativa de literatura foi observada a necessidade da formulação de recomendações e sugestões a diversos grupos de pessoas. Cada tópico foi escolhido visando abranger os públicos intrinsecamente interligados à temática, os subtópicos por sua vez foram formulados de acordo com as análises e estudos realizados no decorrer da formulação do presente estudo.

Salientamos que não temos como intuito a imposição de regras de condutas, e o julgamento daqueles que foram/irão ser contrários às instruções aqui citadas. Nesse sentido, reforçamos o direito à liberdade supracitado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e todos os seus dispositivos garantidores.

6.1 ÀS MULHERES

- Evitar andar sozinha no período da noite e em ruas/ lugares onde haja pouco fluxo de pessoas circulando.
- Negar bebidas de pessoas estranhas em festas/baladas. Muitos abusadores costumam executar o golpe denominado “boa noite Cinderela” no qual adicionam nas bebidas substâncias/medicamentos que atuam no sistema nervoso central causando um rebaixamento no nível de consciência. A vítima desorientada torna-se um alvo ainda mais fácil dos criminosos.
- Marcar primeiros encontros em locais públicos e movimentados e de preferência ir acompanhada. Essa sugestão se torna ainda mais importante quando se trata de relacionamentos virtuais.
- Recusar oferta de carona feitas por pessoas desconhecidas.
- Usar dispositivos/aplicativos no qual pessoas de sua confiança possam acompanhar seu trajeto. Em caso de mudança repentina de rota sem aviso prévio, autorizá-los a acionar os órgãos de segurança.
- Acionar imediatamente socorro em casos de pneu furado ou qualquer problema desta natureza. Se possível, nessas situações, buscar parar o veículo em lugares seguros, evitar permanecer sozinha na via e não aceitar ajuda de estranhos.
- Aproximar-se a um grupo de pessoas ao sentir-se vulnerável. Ao perceber que está sendo perseguida entrar no primeiro estabelecimento que encontrar aberto. Em seguida ligue para alguém que possa acompanhá-la.
- Denunciar toda e qualquer tipo de ação ou comportamento de abuso, importunação ou assédio sexual. Nessa situação buscar a delegacia mais próxima para que sejam realizados o boletim de ocorrência e os trâmites legais necessários. Vale ressaltar que em casos de violência sexual a mulher deve ser orientada quanto ao seu direito de escolher se irá primeiramente buscar atendimento médico ou policial.

6.2 AOS PROFESSORES

- Introduzir nas aulas, debates no qual seja possível a análise qualitativa e quantitativa de dados referentes a esta temática.
- Instigar os discentes ao pensamento crítico direcionado aos mecanismos de ação do crime sexual.

6.3 AOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

- Realizar estudos e pesquisas sobre modos de identificação de agressões, traumatismos físicos, lacerações ginecológicas e enfermidades psicossomáticas secundárias ao ato violento.
- Executar projetos de conscientização e orientação em UBS's e Hospitais.
- Formular campanhas de combate à violência sexual contra a mulher em situação de vulnerabilidade.
- Buscar dominar os princípios das disciplinas de anatomia e fisiologia, pois o aluno possuindo esse conhecimento básico sobre essas matérias, facilitará e ampliará a percepção de alterações de diversos aspetos.

6.4 AOS ENFERMEIROS

- Investir em treinamentos e capacitações que os tornem aptos a atender vítimas de violência sexual de forma ética e humanizada.
- Realizar ações integrativas juntamente à equipe multidisciplinar de forma abranger todos os setores da unidade na qual atua.
- Desempenhar e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, certificando-se de que está atuando de acordo com os protocolos e normativas vigentes.
- Realizar ações sociais, campanhas informativas e mesas redondas que abordem o tema, buscando explicitar o papel do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro na reconhecimento de casos de crime sexual.

6.5 À FACULDADE DE ENFERMAGEM – INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

- Adicionar a disciplina de Enfermagem Forense à grade curricular da instituição, objetivando maior conhecimento e melhor formação do aluno em todas as vertentes que englobam as ciências forenses, entre elas: a antropologia e a entomologia forense, a criminalística e a toxicologia.
- Incentivar o debate do tema através de ações realizadas na instituição e promover palestras com profissionais da área da saúde e do direito.
- Investir na aquisição de acervo literário relacionado ao presente tema.

6.6 AOS HOSPITAIS E DEMAIS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

- Promover projetos de combate a violência sexual contra a mulher dentro da unidade, envolvendo a equipe multidisciplinar e os pacientes.

- Realizar por meio do NEP, capacitações, seminários e cursos que abordem o tema: Violência sexual contra a mulher, aspirando que seus profissionais mantenham seus conhecimentos atualizados e que possam prestar um serviço de excelência à população.
- Verificar e certificar-se de que a instituição atua conforme o Protocolo de assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual.

6.7 À LAOE

- Realizar e participar de ações de combate a violência sexual.
- Promover aulas que abordam os mecanismos anatômicos e fisiológicos do corpo humano feminino e as alterações ginecológicas decorrentes da violação sexual.
- Atuar em parceria com Ong's que atuam em defesa e na assistência de mulheres vítimas de violência.

6.8 À LATE

- Realizar e participar de ações de combate a violência sexual.
- Promover aulas que abordam os aspectos principais da Traumatologia Forense, sua atuação em centros de urgência e emergência e promover também simulações realísticas de atendimento a essas vítimas em ambiente pré-hospitalar.

6.9 À POPULAÇÃO EM GERAL

- Procurar órgãos de saúde e/ ou segurança pública para obter mais informações e sanar todas as dúvidas referentes ao assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEFORENSE. Regulamento das Competências Técnicas da Enfermagem Forense. Associação Brasileira de Enfermagem Forense, 2015. Disponível em: <https://www.abeforense.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Compet%C3%Aancias- Tecnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ALMEIDA, Adilson Cruz de. Google Acadêmico. SCRIBD, 2018. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/382649448/Google-Academico>. Acesso em: 25 mar. 2022.

ATAÍDE, Gisielle Bezerra; NASCIMENTO, Laísa Rêgo Do. A Atuação do Enfermeiro na Enfermagem Forense. Monografia: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – UNICEPLAC, Curso de Enfermagem, Gama-DF, 2020. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/357/1/Gisielle%20Bezerra%20Ataide_0003646_%20Laísa%20Rego%20do%20Nascimento_%200003585.pdf.

Acesso em: 12 mar. 2022.

BRASIL. Instituto De Criminalística “Lorena Dos Santos Baptista”. Laudo de Perícia Criminal, (Reprodução Simulada). Governo do Estado do Amazonas, Secretaria De Estado de Segurança Pública, Departamento de Polícia Técnico-Científica.

Manaus – AM, 2020. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/img.portalmarcossantos.com.br/wp-content/uploads/2020/10/29174300/Laudo-oficial-sobre-a-morte-do-engenheiro-Flavio-Rodrigues.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Presidência da República, Secretaria-Geral, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 15 abri. 2022.

CACHOEIRA, Daiane Bruna Cavalcante; EVANGELISTA, Heckslouanne Ridynna Figueredo; SOUZA, Wbiratan de Lima. ENFERMAGEM FORENSE: contexto histórico, atuação do enfermeiro, contribuições para saúde e segurança pública. Grupotiradentes, 2005. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3223/Enfermagem%20Forense%20atualizado%20%2005.12.18%20wbiratan%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 abri. 2022.

CAREGNAT, Sonia Elisa. Google Acadêmico como Ferramenta para os Estudos de Citações: Avaliação da Precisão das Buscas por Autor. PontodeAcesso, Salvador, V.5, n.3, p. 72-86, dez 2011.

DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; D’ORSI, Eleonora; LINDNER, Sheila Rubia. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, ed. 23, v.5, p.:1687-1696, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rDBrxjflbbWS4JdDHjfcV3C/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 abri. 2022.

EBSERH. Assistência Às Mulheres E Meninas Vítimas De Violência Sexual. Universidade Federal Do Triângulo Mineiro Hospital De Clínicas – UFTM, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt->

br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc- uftm/documentos/protocolos-assistenciais/AssistnciasMulhereseMeninasviolnciassexualfinal...pdf. Acesso em: 25 mar. 2022.

FURTADO, B.M.A.S.M; FERNANDES, C.L.E.A; SILVA, JOM; SILVA, FP; ESTEVES

RB. Investigation in forensic nursing: trajectories and possibilities of action. Rev Esc Enferm USP. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/jreeusp/a/Zb4qHdpCpRBg8rqRjn8TYRK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

GRUPO ĀNIMA EDUCAÇÃO. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: A Pesquisa Baseada Em Evidências. Grupo Ānima Educação, Equipe EaD, 2014. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemica-integrativa.pdf.

Acesso em: 25 mar. 2022.

LIMA, Saranna Ribeiro de; PROENÇA, Tais Joceleide; FERREIRA, Wellington Fernando Da Silva; TETZLAFF, Alessandra Andréa Da Silva. Uma Revisão Sobre a Enfermagem Forense no Pronto Atendimento. Revista Jurídica Uniandrade, v. 30

n. 1, 2019. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/juridica/article/view/1241>. Acesso em: 07 abri. 2022.

LOBATO, Kelly Ribas. Análises Forenses de Vestígios Biológicos. SEAC – 9ª Semana de Estudos em Análises Clínicas. Disponível em: https://seac.paginas.ufsc.br/files/2014/09/SEAC_2014.pdf. Acesso em: 28 mar. 2022.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. USO DE GERENCIADOR DE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS NA SELEÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS EM REVISÃO

INTEGRATIVA. Revista Texto & Contexto Enfermagem, v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2022.

MPPR – Ministério Público do Paraná. Comparação de material genético auxilia na resolução de estupros. Ministério Público do Paraná, 2020. Disponível em: <https://mppr.mp.br/2020/01/22238,10/Comparacao-de-material-genetico-auxilia-na-resolucao-de-estupros.html>. Acesso em: 28 mar. 2022.

PINTO, L.S.S; OLIVEIRA, I.M.P.de; PINTO, E.S.S; LEITE, C.B.C; MELO, A.doN.;

DEUS, M.C.B.R. de. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. Revista Ciência & Saúde Coletiva, ed.22, v.5, p.1501-1508, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n5/1501-1508/pt>. Acesso em: 28 mar. 2022.

RIBEIRO, Lucas. Interrupção da gravidez em casos de violência sexual: o que fazer?. Universidade Federal de Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://comunica.ufu.br/noticia/2019/09/interruptao-da-gravidez-em-casos-de-violencia-sexual-o-que-fazer>. Acesso em: 28 mar. 2022.

USDJ - U.S. Department of Justice Office. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations Adults/Adolescents. U.S. Department of Justice Office on Violence Against Women, April 2013. Disponível em: https://www.safeta.org/wp-content/uploads/2021/12/SAFE_PROTOCOL_2012-508.pdf. Acesso em: 15 abri. 2022.

SILVA J.O.M; ALLEN E.M; POLONKO I, SILVA K.B, SILVA R.C, ESTEVES R.B.

Planning and implementation of the Sexual Assault Nurse Examiner course to assist victims of sexual violence: an experience report. Revista da Escola de Enfermagem – USP, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9nsKBw6JZwD7Vd5DQCTZGsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SOUSA, Janaína Mendes; QUEIROZ, Paulo Robert Martins. Coleta e Preservação de Vestígios Biológicos para Análises Criminais por DNA. Revista Ensaios e Ciência, Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Vol. 16, Nº. 3, Ano 2012.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26029237009.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Arte da Divulgação da Ação Educativa

Aula aberta

Ciências forense e os desafios no atendimento a mulheres violentadas sexualmente.

Data: 08 de Abril
Horário: 19:00
Local: Sala inclinada- G5
UNITPAC

Elizete Machado

Diretora do Instituto Médico Legal de Araguaína-TO



Tema

Realização de exame de corpo de delito e coleta de dados periciais em crimes de estupro.

Dr. Edilberto Júnior

Cirurgião Dentista especialista em Odontologia Legal.



Tema

O papel do cirurgião dentista no diagnóstico de abuso sexual por achados orofaciais.

Enfª Silvania Wanderley

Enfermeira especialista em atendimento de vítimas de violência sexual.



Tema

Acolhimento a mulher violentada e aplicação do Protocolo de assistência às mulheres e meninas vítimas de violência sexual.

Del. Ana Maria Varjal

Delegada Regional e Titular da DEAM.



Tema

Disposições legais em crimes de natureza sexual.

APÊNDICE II – Ação Educativa

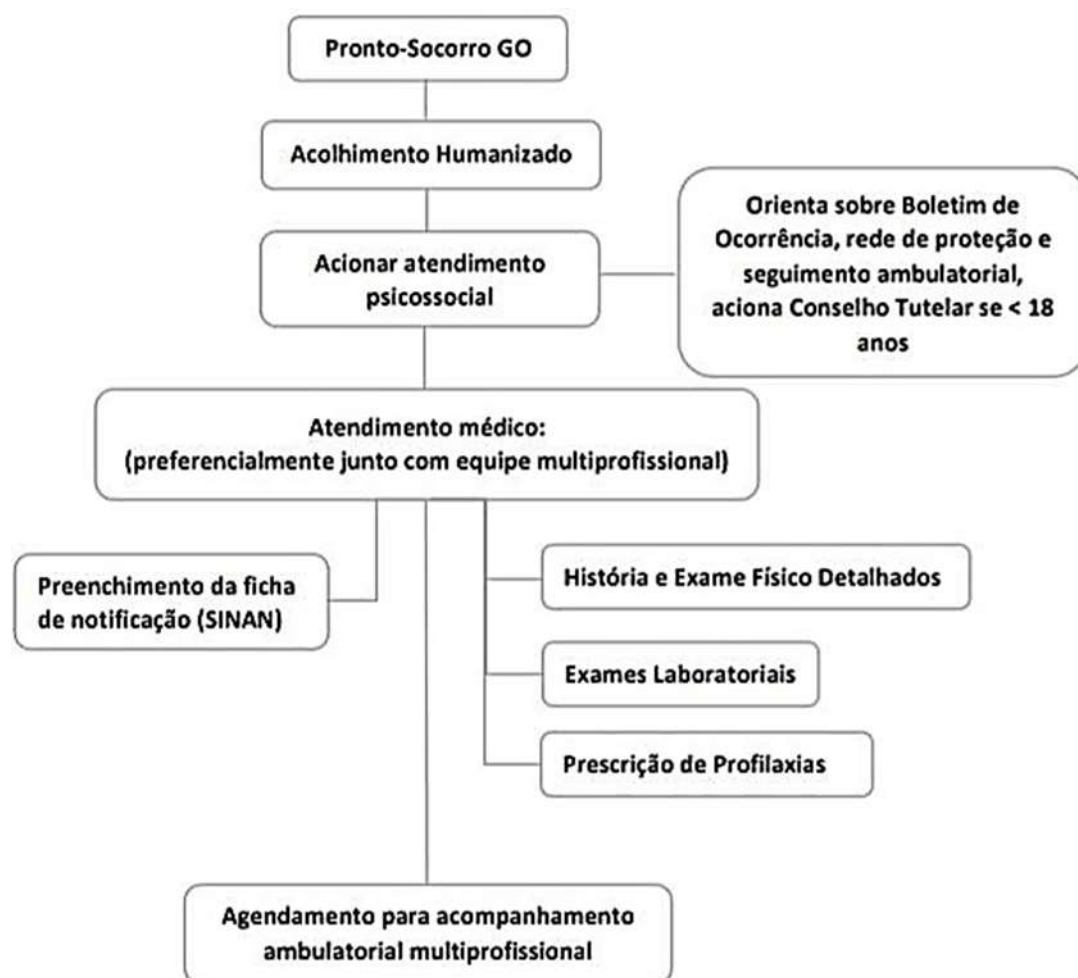


APÊNDICE III – Participação do Curso de Enfermagem Forense Realizado pelo COREN

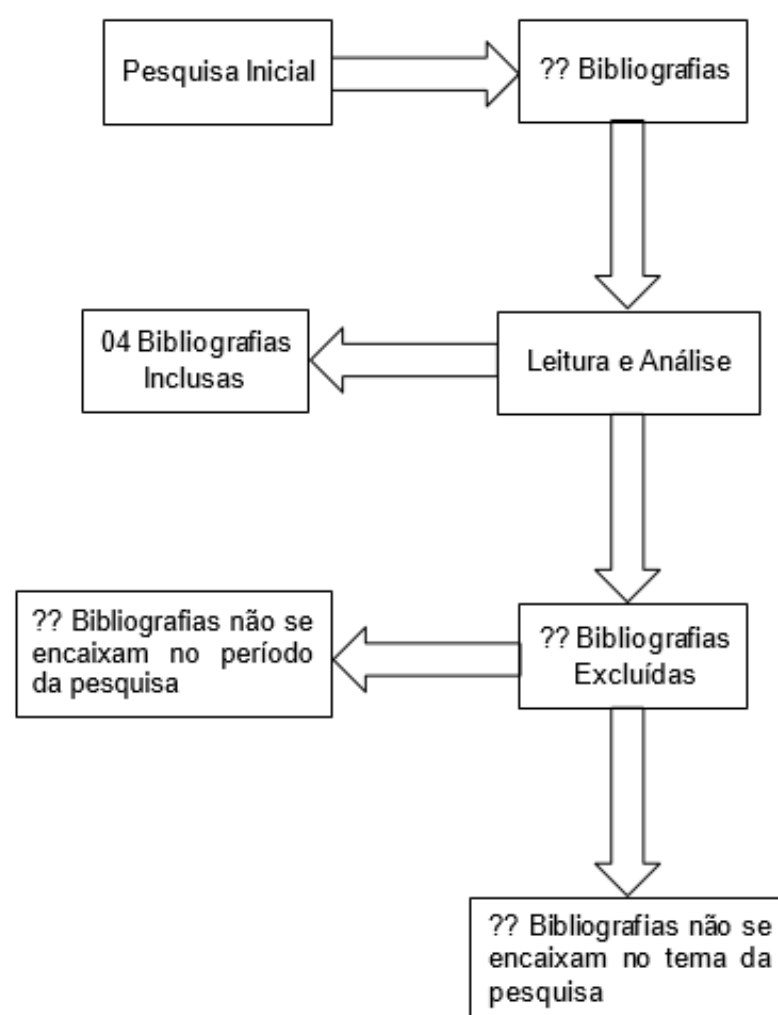


Imagens autorizadas do evento realizado no dia 19 de abril de 2022 pelo COREN, na Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas – TO.

ANEXOS

ANEXO I – Fluxograma de Atendimento a mulheres e adolescentes com 14 anos ou mais em situação de violência sexual

Fonte: EBSERH, 2021 (p.16).

ANEXO II – Fluxograma de Inclusão e Exclusão das Referências utilizadas para análise da Revisão


ANEXO III – Modelo de Fichamento

A1, A2, A3, A4	
Título	
Autores	
Objetivo do Artigo	
Período	
Ano de Publicação	

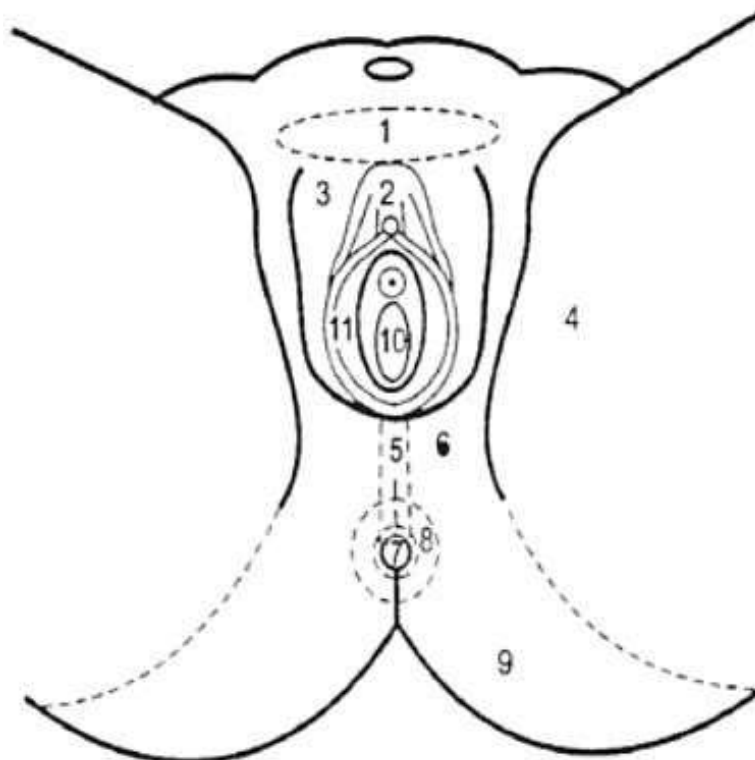
Fonte: Dados criados pelas autoras, 2022.

ANEXO V – Mapa de Lesões da Genitália Feminina

Nome completo: _____ RG: ____ Profissional/CRM:

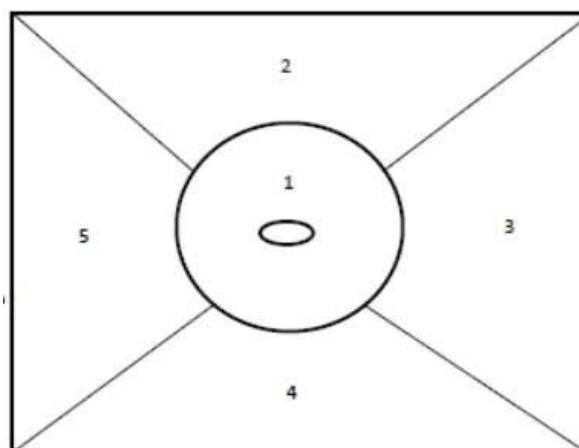
Regiões:

1. Monte de Vênus
2. Região Clitoriana
3. Grandes Lábios
4. Raiz da Coxa
5. Rafe do Períneo
6. Região Perineal
7. Região Anal
8. Região Perianal
9. Glútea
10. Vestíbulo Vaginal
11. Pequenos Lábios



Regiões:

1. Colo Uterino
2. Parede Vaginal Anterior
3. Parede Vaginal Lateral Direita
4. Parede Vaginal Posterior
5. Parede Vaginal Lateral Esquerda



Fonte: EBSERH, 2021. (P.23).

ANEXO VI – Anúncios Informativos sobre Violência Contra a Mulher



O QUE FAZER?
Caso eu seja vítima de **ASSÉDIO ou ESTUPRO**

- 1 Peça ajuda a **quem estiver por perto** e **acione policiais**.
- 2 Registre um **boletim de ocorrência** na delegacia mais próxima.
- 3 **Guarde todas as informações** que conseguir referentes ao assédio. Anote o dia, horário e local, nome e contato de testemunhas, características do agressor, tire fotos, filme etc.
- 4 Faça uma denúncia pelos telefones da **Polícia Militar (190)** e do **Disque-Mulher (180)**.
- 5 **A autoridade policial não pode se recusar a registrar a ocorrência.** Mas, caso isso aconteça, registre uma reclamação na ouvidoria do órgão em que ocorreu a recusa.



Apresentado por Rede Feminista de Juristas



Capítulo 22



10.37423/250209704

REFLEXÕES SOBRE O USO DE ESTRATÉGIAS LÚDICAS COM CUIDADORES DA SALA DE ESPERA DE UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Míria Rayres Castro Silva

Faculdade Vale dos Carajás - FVC

Tássio Vinícius Silva Costa

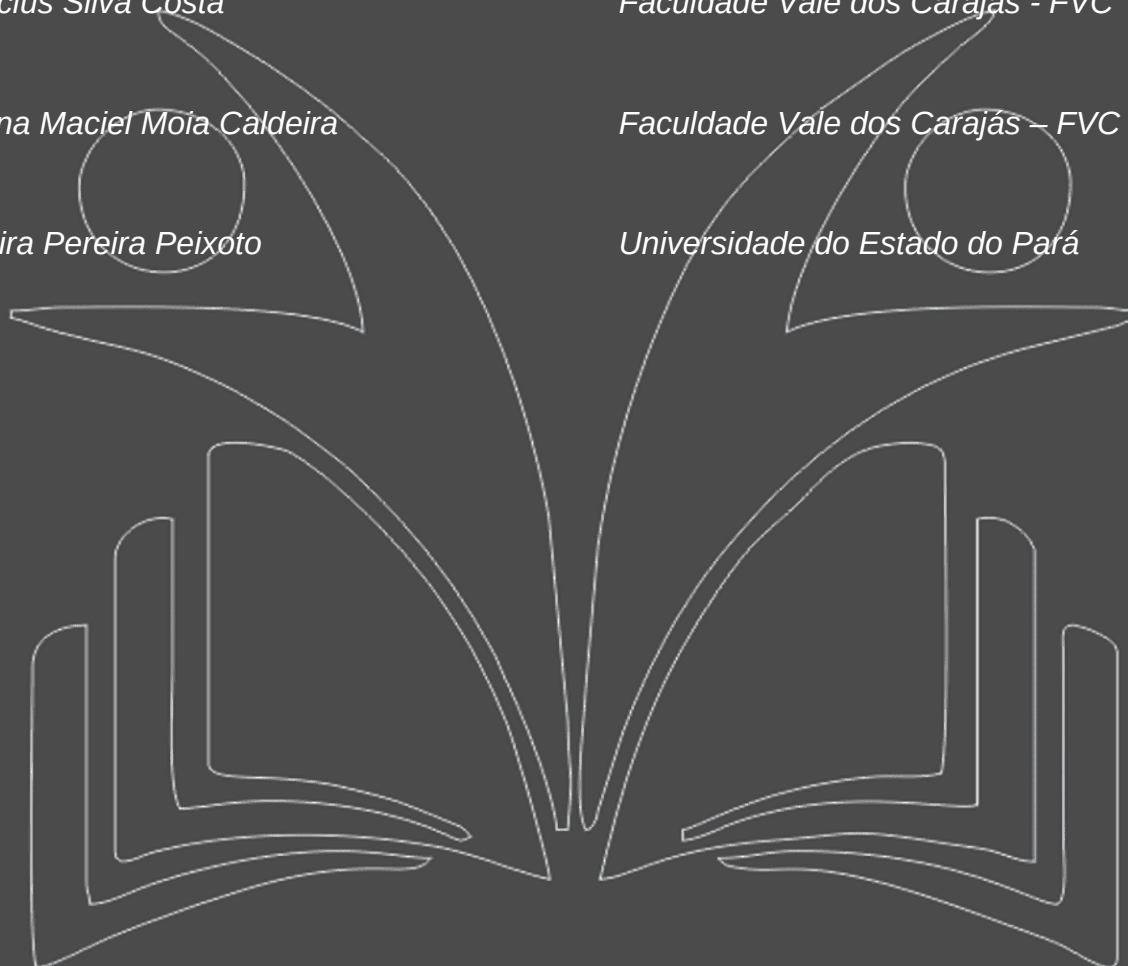
Faculdade Vale dos Carajás - FVC

Edna Cristina Maciel Moia Caldeira

Faculdade Vale dos Carajás - FVC

Ivonete Vieira Pereira Peixoto

Universidade do Estado do Pará



Resumo: O presente trabalho tem como objetivo traçar reflexões sobre o uso de estratégias lúdicas com cuidadores de pacientes em Reabilitação Intelectual e Reabilitação Física Pediátrica de um Centro Especializado em Reabilitação na cidade de Parauapebas – PA. Através de um relato de experiência, durante o Estágio Básico II do 7º período do curso de Psicologia da Faculdade Vale dos Carajás – FVC, esta produção enfatiza processos práticos que foram realizados no período de abril a junho de 2023. Foram utilizadas como atividades, na sala de espera, a Dinâmica do Espelho, o jogo “Sou Não Sou”, a dinâmica da batata-quente e a confecção de brinquedos, a fim de permitir um espaço de escuta para os cuidadores, propiciando um resgate de sua individualidade e subjetividade. Diante do exposto, conclui-se que as estratégias lúdicas utilizadas, durante o processo de escuta, contribuíram para a intervenção, de modo que o cuidador pôde dar sentido às suas dores e angústias, resgatando sua história e seus projetos de vida e ainda entrar em contato com aspectos importantes da afetividade.

Palavras-chave: Cuidador; Estratégias Lúdicas; Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito da média complexidade, atende pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua que requeiram e seja possível a reabilitação necessária para a melhora de sua qualidade de vida com o máximo de aquisição de autonomia e autogerenciamento. Com base nisso, na perspectiva de Lisboa (2020), a deficiência é uma condição relacionada ao impedimento que pode ser físico, sensorial e/ou intelectual, impactando na capacidade de realização de atividades cotidianas da pessoa.

Dessa forma, o tratamento pode envolver medicação e terapia, e neste processo o cuidador possui um papel fundamental na vida da pessoa que necessita de ajuda. Para Barros *et al.* (2017), o cuidador primário é o principal provedor de cuidados e suporte à pessoa, o que envolve o auxílio em atividades diárias, acompanhamento em consultas médicas, dentre outras atividades cotidianas dependendo das necessidades do indivíduo em situação de ajuda, geralmente sem receber remuneração financeira por essas atividades. Dessa maneira, o cuidador passa a perceber uma alteração na rotina, levando a uma sobrecarga do cuidar em seus aspectos objetivos e subjetivos, diminuição da vida social e profissional o que causa muito sofrimento e, conseqüentemente, resulta numa perda financeira significativa. De acordo com um estudo realizado por Baptista *et al.* (2012), sintomas como apatia, tristeza crônica, depressão, isolamento e estresse têm efeito significativo na vida do cuidador, de modo a afetar a sua saúde mental de forma relevante.

Por ocasião da importância do cuidado em saúde mental, buscaram-se estratégias lúdicas para a escuta de cuidadores primários de crianças em reabilitação, vinculadas à um Centro Especializado em Reabilitação – CER, do tipo II em Parauapebas-PA, constituindo-se de demanda espontânea no contexto da realização do estágio com cuidadores de pacientes em Reabilitação Intelectual e Reabilitação Física Pediátrica na “sala de espera”. Andrade *et al.* (2020) argumenta que as práticas de cuidado desenvolvidas em sala de espera podem contribuir para o bem-estar de pacientes e cuidadores, uma vez que, o tempo ocioso durante a espera por atendimento, pode ser utilizado para aprender formas de lidar melhor com a situação, expressar seus sentimentos, receber informações relevantes acerca do problema de saúde que enfrentam e, dessa forma, poderá reduzir os níveis de ansiedade e estresse de forma significativa.

Além disso, verificou-se que há escassez de trabalhos que privilegiem o uso de estratégias lúdicas na intervenção com cuidadores na sala de espera. Dada a relevância deste tema, a presente pesquisa tem como objetivo refletir sobre o uso de estratégias lúdicas no processo de escuta destes cuidadores, as

quais visam facilitar a participação e interação dos membros, de modo que estes possam verbalizar livremente seus pensamentos e emoções.

REFERENCIAL TEÓRICO

Os Centros Especializados em Reabilitação - CER são fundamentais para garantir o acesso a serviços de reabilitação de qualidade para aqueles que deles necessitam, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social das pessoas com deficiência, sendo unidades de saúde classificadas em CER II, CER III e CER IV, conforme a modalidade de reabilitação. O CER oferece atendimentos e serviços especializados em reabilitação, dentre eles, os serviços de estimulação precoce, diagnóstico, avaliação e orientação, além da concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva (Brasil, 2017).

Com relação ao CER II, este é um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sendo necessária a articulação de fluxos com a atenção primária, atenção especializada em reabilitação física e intelectual e a atenção hospitalar de urgência e emergência de maneira que os pacientes são referenciados da atenção primária, Policlínica, Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, sendo que todos devem possuir encaminhamento médico para acessar aos serviços. Por fim, o atendimento no CER é realizado de forma articulada com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, através do projeto terapêutico singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família.

Sabendo-se que muitas vezes as funções de cuidados são executadas por familiares, na concepção de Amiralian *et al.* (2000) é importante que o termo deficiência seja compreendido por quem cuida como caracterizado pela perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Portanto, pode ser de natureza física, intelectual, sensorial ou mental, o que pode variar amplamente em termos de gravidade e impacto na vida diária das pessoas que as vivenciam.

A figura do cuidador, por sua vez, conforme Silva *et al.* (2021), é compreendido como aquele que oferece assistência e suporte a uma pessoa doente e/ou dependente nas atividades diárias, inclusive no acompanhamento médico conforme a necessidade, de forma a garantir melhor qualidade de vida à pessoa cuidada. O cuidador desempenha, ainda, um papel fundamental na garantia de acesso para que a pessoa receba o suporte adequado, inclusive o acesso aos serviços de saúde.

Azevedo e Santos (2006) ressaltam que a ideia de cuidado, muitas vezes, implica na presença de alguém que, ao desempenhar esse papel de forma formal ou informal, recebe o título de cuidador. Sendo que, o cuidador formal é um profissional treinado e remunerado, como um profissional de saúde, para fornecer cuidados ao indivíduo que necessita de assistência. Já os cuidadores informais são, por exemplo, pessoas da família que assumem o papel de cuidar por meio da prática, enfrentando desafios e aprendendo com a experiência, muitas vezes por tentativa e erro. Este último pode ser identificado como cuidador primário o qual, conforme apontam Barros *et al.* (2017), é aquele que assume a responsabilidade principal pelos cuidados prestados à pessoa a ser cuidada, sendo esta uma atividade não remunerada.

Souza *et al.* (2015) destacam que os cuidadores, ao assumirem a responsabilidade de cuidar de outra pessoa, muitas vezes, acabam deixando de lado a profissão, as atividades de lazer e o autocuidado. Assim, acabam queixando-se de sobrecarga e, ainda, de depressão, estresse e ansiedade. A sobrecarga, nesse contexto, conforme Barros *et al.* (2017) resulta da dificuldade de lidar com a dependência física e a incapacidade intelectual da pessoa cuidada resultando em um desconforto e impactos negativos na vida do cuidador. Apresenta, ainda, alguns aspectos objetivos da sobrecarga de cuidar, tais como, diminuição da vida social e profissional, impactos financeiros e demandas físicas. Além disso, tem-se os aspectos subjetivos, os quais referem-se às experiências, percepções, emoções, dentre outros. Partindo desse cenário, vê-se a importância da escuta de cuidadores como ferramenta benéfica, a fim de proporcionar-lhes um acolhimento de forma empática, prestando-lhes um suporte emocional, atenção possível de ser realizada em sala de espera.

Com relação a denominada sala de espera, conforme Teixeira e Veloso (2006), o local de realização desta atividade é um espaço público onde os clientes transitam e aguardam atendimento ou a disponibilidade de um serviço. Nesse contexto, a sala de espera se torna um ambiente de interação dinâmica, proporcionando uma experiência compartilhada através da linguagem. Por fim, marcado pelos desafios do papel de ser cuidador, vê-se a importância do lúdico nas rodas de conversa, nas quais segundo Sampaio *et al.* (2014) refere-se a um lugar de oportunidade de percepção, reflexão, ação e a construção de novas possibilidades, possibilitando aos participantes reconhecer-se como agentes ativos em seu próprio processo de crescimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de Estágio Básico II, supervisionado, do 7º período do curso de Psicologia da Faculdade Vale dos Carajás – FVC, o qual ocorreu na Policlínica Municipal de Parauapebas, unidade de saúde de média complexidade, onde também está localizado o Centro Especializado de Reabilitação – CER II, o qual compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A experiência ocorreu no período de abril a junho de 2023. As intervenções foram realizadas com a demanda espontânea da sala de espera, elegendo-se como público alvo o cuidador primário de crianças em reabilitação, ou seja, a pessoa principal pelo total ou maior responsabilidade nos cuidados prestados à pessoa cuidada.

Ao acessarem o serviço e passarem pela recepção, durante o atendimento da criança, o cuidador era abordado pelos estagiários de psicologia, sendo apresentada à proposta e convidado a participar. A espera de cuidadores ocorria em duas recepções de atendimento na área do CER II onde era possível ter a confirmação do critério de responsabilidade – cuidador primário, visto também a equipe do Centro possuir vínculo que atestava este critério. No entanto, devido às características de fluxo de pessoas e diversos ruídos, a sala de espera foi realizada dentro de uma sala disponibilizada pelo serviço, de forma a preservar a confidencialidade do cuidador, garantindo-lhe o sigilo.

Os participantes foram organizados em cadeiras predispostas em formato de círculo, de maneira que as intervenções foram coordenadas por 2 (dois) estagiários, com supervisão de profissional da Psicologia, realizando-se as apresentações do grupo, seguidas do acolhimento inicial. Utilizou-se, posteriormente, a técnica do brincar enquanto atividade prazerosa e promotora de sociabilidade e para isso foram elaboradas diferentes atividades lúdicas, tais como, a dinâmica do espelho, o jogo “sou não sou”, dinâmica da “batata-quente” e, por fim, a oficina de brinquedos, as quais estão descritas no quadro a seguir.

As atividades foram realizadas em períodos distintos, sendo a primeira fase, constituída pela dinâmica do espelho, seguida do jogo “sou não sou”, a segunda fase pela dinâmica da “batata-quente” com resgate das brincadeiras da infância do cuidador. Os materiais eram utilizados em conformidade com a atividade proposta, a fim de propiciar um espaço de escuta para os cuidadores de forma livre e espontânea. Ao final das escutas na “sala de espera”, realizou-se a oficina de brinquedos, com materiais confeccionados pelos cuidadores.

Na tabela 1, localizada a seguir, estão especificadas as atividades lúdicas, as quais foram planejadas juntamente com a professora da disciplina e supervisionada pela orientadora de estágio, e a forma de aplicação nos referidos grupos da sala de espera e conteúdos contemplados em cada uma delas:

ATIVIDADE LÚDICA	MATERIAL E MÉTODO	OBJETIVO
Dinâmica do Espelho	Com a utilização de uma caixa pequena, o grupo é informado que há um presente, no qual deverá abrir, visualizar e passar para o próximo participante. Dentro da caixa, há um espelho.	Estimular a reflexão sobre si e o autoconhecimento.
Jogo “Sou Não Sou”	Jogo composto por 260 cartões com características pessoais em geral, previamente selecionadas, no qual cada participante escolhe uma que mais se identifica e, ao final, verbalizado para o grupo.	Estimular o autoconhecimento, de forma a facilitar a autodescrição a partir das características apresentadas.
Dinâmica da “Batata-Quente”	Utilizou-se uma bola para ser a “batata quente”. Os participantes, em círculo, passam a bola enquanto a música toca, Quando a música terminar, quem está com a “batata” na mão, conta alguma experiência da infância.	Estimular o cuidador a resgatar memórias vividas e, conseqüentemente, promover a autoestima, identidade e individualidade.
Oficina de Brinquedos	Confecção de brinquedos com materiais reciclados	Proporcionar, na prática, o resgate de memórias.

Tabela 1 – Sistematização das atividades lúdicas e da oficina de brinquedos

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões dispostos abaixo serão realizados a partir de dois eixos: um primeiro que privilegie a importância das atividades lúdicas enquanto instrumento interventivo na prática profissional no âmbito da saúde e num segundo sentido, o eixo dois abordará as reflexões apontadas pelos interventores que caminham ao encontro dos resultados alcançados junto aos cuidadores, frequentadores do CER II, de forma que este espaço possa ser visto como também de cuidado àquele que cuida.

1º EIXO: A LUDICIDADE ENQUANTO INSTRUMENTO INTERVENTIVO NA SAÚDE

No processo de realização dos grupos, verificou-se a importância de abrir um espaço de fala para o cuidador, sendo possível conhecer suas demandas, permitindo-lhe expressar suas preocupações e angústias, as quais podem estar sendo reprimidas socialmente, inclusive no âmbito familiar. Conforme Mendes *et al.* (2019), as atividades realizadas pelo cuidador informal em domicílio são complexas e podem gerar sobrecarga física, psicológica e isolamento social. Observa-se, então, a importância do

contato visual e de uma postura receptiva, sem julgamentos ou preconceitos com relação à queixa do sujeito.

Diante disso, o uso das estratégias lúdicas, a saber, a dinâmica do espelho, o jogo “sou não sou”, batata-quente e confecção de brinquedos, os quais configuram como recurso didático para a socialização, mostraram-se benéficas à promoção da participação dos cuidadores de pacientes da Reabilitação Intelectual e Reabilitação Física Pediátrica nas rodas de conversa, os quais compartilharam suas experiências e envolveram-se de forma ativa no desenvolvimento de atividades propostas. Segundo Winnicott (1971), o brincar é universal e próprio da saúde, um meio de relacionar-se e comunicar-se com o outro e assim conduzir a relacionamentos grupais. Dessa forma, puderam revelar, através do discurso, aspectos objetivos e subjetivos relacionados à sobrecarga do cuidar, tais como alterações da rotina, diminuição da vida social e profissional, perdas financeiras, além da realização de tarefas excessivas, devido a necessidade de supervisão de comportamentos problemáticos do indivíduo a ser cuidado.

A dinâmica do espelho foi utilizada como ponto de reflexão inicial, seguida do jogo “sou não sou”, para fins de estimular uma reflexão sobre si e autoconhecimento, uma vez que, o foco da atenção dos cuidadores, geralmente, está voltado integralmente às necessidades da criança. De acordo com Gonçalves *et al.* (2006), a maioria dos cuidadores se dedica de modo permanente, estando expostos a constantes riscos de adoecimento e sobrecarga. Tal sobrecarga compromete o autocuidado, no qual os cuidadores relatam não ter mais tempo para cuidar de si próprios. Nesse sentido, percebeu-se que as atividades desenvolvidas na roda de conversa, puderam estimular a autorreflexão, trazendo-lhes uma visão de si mesmo e o sentimento de pertencimento, seja de si mesmos, ou enquanto usuários do serviço.

2º EIXO: REFLEXÕES SOBRE O USO DAS ESTRATÉGIAS LÚDICAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As dinâmicas desenvolvidas balizaram o compartilhamento de experiências no grupo, no qual os participantes percebem não estar sozinhos em relação às queixas uma vez que o sofrimento de um era perceptível no outro de forma compartilhada, o que favorece a autorrevelação. Segundo Bechelli e Santos (2005) em meio a condições seguras, se encontram coerência nas ideias e nos comportamentos, consideração, respeito, sinceridade e empatia por parte dos integrantes do grupo. De forma progressiva, eles passam a revelar suas intimidades e seus sentimentos positivos, negativos ou ambivalentes, sentindo-se mais confiantes, por conseguinte aumentando a autoestima.

A dinâmica da “batata-quente”, desenvolvida no grupo da sala de espera, promove a interação entre os participantes do grupo, como forma de expressar-se livremente por meio do resgate de memórias, relatando experiências vividas na infância. Spréa e Garanhani (2014) caracteriza a brincadeira sendo toda a atividade que se realiza enquanto se pode brincar, sendo uma ação livre e espontânea, encontrando-se no jogo ou no brinquedo um suporte para se desenvolver através da imaginação na ação lúdica. Sendo assim, através da dinâmica desenvolvida, pode-se promover a autoestima, identidade e individualidade.

Ainda, através da dinâmica supracitada, é possível realizar intervenções com os cuidadores que não tiveram uma infância lúdica, os quais apresentaram-se de forma constrangida e resistente para falar da infância. Dessa forma, utilizou-se a proposta da atividade como preâmbulo, para o acolhimento e forma de estímulo para vivenciar o lúdico, dando a tônica de como viver essa experiência de forma prazerosa com a criança, oportunizando a prática do brincar e, assim, trazendo-lhes o sentimento de aceitação e pertencimento.

A oficina de brinquedos possibilitou a experiencialização pelos cuidadores, permitindo-lhes reviver ou aprender na prática a arte do brincar, para fins de trabalhar o laço afetivo entre o cuidador e a criança. Gendlin (1997) delinea a experiencialização como uma variável sentida ao invés de pensada, sabida, ou verbalizada, que ocorre no presente imediato. Assim sendo, os integrantes do grupo, puderam explorar o material, colocando em prática suas habilidades criativas, favorecendo a imaginação e socialização com vista ainda nos aspectos do desenvolvimento motor, cognitivo, físico e social da criança.

Percebeu-se então, que as estratégias lúdicas utilizadas na sala de espera trouxeram consigo a relação teoria-prática, no qual destaca-se a importância do acolhimento realizado o que contribui para o bem-estar do cuidador, os quais, em seus discursos, expressaram o sentimento de alívio ao ocuparem o espaço do Centro Especializado em Reabilitação II, o que revela a importância desse acolhimento na Unidade como um todo, através da escuta e receptividade desse usuário, portanto, não se trata apenas da construção de um vínculo, mas implica numa técnica ou manejo no cuidado.



Figura 1: Objeto utilizado para a realização da dinâmica do espelho



Figura 2: Jogo "Sou não sou"



Figura 3: Oficina de brinquedos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a experiência realizada pelos estagiários de psicologia e o feedback positivo em relação às intervenções, percebeu-se a relevância da atenção em saúde mental para estes cuidadores, inclusive, com o uso de estratégias lúdicas. Acredita-se que os sentimentos negativos do cuidador seriam minimizados com o espaço de escuta da sala de espera nos quais, além do profissional de psicologia, poderiam ser inseridos os profissionais da equipe multidisciplinar para o acolhimento, o que resultaria em uma significativa integração de saberes acerca de um mesmo propósito, vistos de formas diferentes, o que requer uma sensibilização, preparo, reconhecimento e valorização dos sentimentos e necessidade dos cuidadores, visando também a importância dessa intervenção para a criança em reabilitação intelectual e física pediátrica.

O processo de escuta, as dinâmicas utilizadas incluindo-se a oficina de brinquedos, puderam contribuir de forma positiva para que as intervenções pudessem ocorrer de forma diferenciada e empática, possibilitando a autorreflexão do cuidador, além disso, podendo dar sentido às suas dores e angústias, resgatando sua história e seus projetos de vida. Por fim, percebeu-se a importância e a necessidade de intervenções psicológicas que auxiliassem no controle da instabilidade emocional, bem como as orientações oferecidas pela equipe de saúde para auxiliar no suporte domiciliar ao cuidador e à criança em reabilitação, sendo a equipe multiprofissional essencial nesse processo, uma vez que as estratégias de cuidado em saúde requerem uma visão holística desse cuidador, de forma biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria L.; PINTO, Elizabeth B.; GHIRARDI, Maria I.; LICHTIG, Ida;

MASINI, Elcie F.; PASQUALIN, Luiz. Conceituando deficiência. Revista De Saúde Pública, vol.34, n. 1, p. 97-19, 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/HTPVXH94hXtm9twDKdywBgy/abstract/?lang=pt>.

Acesso em: 14 jun. 2023.

ANDRADE, Juliana Macedo Melo; FARINHA, Marciana Gonçalves; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Enfermagem em Saúde Mental: intervenção em sala de espera na assistência integral à saúde. Revista Brasileira De Enfermagem, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/B3sK4bGs6txrjYjFm5yrKSf/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 14 jun. 2023.

AZEVEDO, Gisele Regina de; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Cuida-dor (D)eficiente: As Representações Sociais de Familiares Acerca do Processo de Cuidar. Revista Latino-americana de Enfermagem, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/nN4XtFRXYF7rczPXzTHtdxv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 jun.2023.

BAPTISTA, Bruna Olegário; BEUTER, Margrid; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; BRONDANI, Cecília Maria; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SANTOS, Naiana Oliveira dos. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha De Enfermagem, 2012. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SFH4h8sJmc3B74TmSZ59HLL/#>. Acesso em 17 jun.2023.

BARROS, Alina Lúcia Oliveira; BARROS, Amanda Oliveira; BARROS, Geni Leda de Medeiros; SANTOS, Maria Teresa Botti Rodrigues. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. Ciência & Saúde Coletiva, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PDPpk6nrS79shrcS3drfvFG/#> Acesso em: 15 jun. 2023.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. O paciente na psicoterapia de grupo. Revista Latino-americana De Enfermagem, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wgy45ZHQd98YkDgTHytqnHt/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 28 mai. 2023.

BEUTER, Margrid; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli Alvim. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

BRASIL. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas. Saúde sem Limite. Abril, 2017. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-AmbienciadosCentros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Officinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf Acesso em: 28 mai.2023.

CAMPOS, Lia Keuchguerian Silveira; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Brincar como meio de comunicação na psicoterapia de crianças com mutismo seletivo. *Husa. Inter. Psicol.*, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22366407201400020003 Acesso em: 14 jun.2023.

FULGENCIO, Leopoldo. O Brincar como Modelo do Método de Tratamento Psicanalítico. *Rev. bras. psicanálise*, São Paulo, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486641X2008000100013 Acesso em: 17 jun.2023.

GENDLIN, Ph D. Eugene T. Experienciação: uma Variável no Processo de Mudança Terapêutica. Artigo. In *American Journal of Psuchotherapy*, 1961. Disponível: <https://gruposerbh.com.br/textos/artigos/artigo08.pdf> Acesso em: 16 jun. 2023.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria; SENA, Edite Lago da Silva; SANTANA, Luzia Wilma da Silva; VICENTE, Fernanda Regina. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/7GnbC6cb8wmrLfCg8hNGFRJ/abstract/?lang=pt#> Acesso em: 26 mai. 2023.

LISBOA, Maria. Fabiana. Lima. Santos. A deficiência e o preconceito: uma visão histórica e atual sobre a pessoa com deficiência. *FUCAMP Cadernos*, v. 19, p. 35-47, 2020.

MENDES, Polyana Norberta; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos; FERNANDES, Marcia Astres; FONSECA, Ruth Suelle Barros. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista De Enfermagem*, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RNtDrSRKMFg5MZzBDsNnL6h/> Acesso em: 20 jun. 2023.

SAMPAIO, Juliana Sampaio; SANTOS, Gilney Costa; Agostini, Marcia; SALVADOR, Anarita de Souza. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Comunicação, Saúde e Educação. Interface* (Botucatu). Pernambuco, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dGn6dRF4VHzHQJyXHNSZNND/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20espa%C3%A7o%20da%20roda%20de,possibilidade%20de%20%E2%80%9Cser%20mais%E2%80%9D>.

SILVA, Tauana Bueno de Quadros da; FONTANA, Darielli Gindri Resta; JANTSCH, Leonardo Bigolin; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; COSTA, Marta Cocco da. Cuidadores Domiciliares de Pessoas com Deficiência Intelectual no Contexto Rural e Seus Desafios. *Cogitare Enfermagem*, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/Dt5MWLsbx5FBRRckh3zMgPb/#ModalTutors> Acesso em: 29 jun. 2023.

SOUZA, Lidiane Ribeiro de; HANUS, Juliét Silveira; LIBERA, Lucas Bolzan Dela; SILVA, Valéria Marques; MANGILLI, Elaine Meller; SIMÕES, Priscyla Waleska; CERETTA, Luciane Bisognin; TUON, Lisiane. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/44RVyk93hQNqy6GY4MmhHNP/?format=pdf&lang=p t>

SPRÉA, Nélío Eduardo; GARANHANI, Marynelma Camargo. A criança, as culturas infantis e o amplo sentido do termo brincadeira. *Diálogo Educacional*, Curitiba, v.14, n. 43, p. 717-735, 2014. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/de/v14n43/1981-416X-de-14-43-00717.pdf> Acesso em: 26 mai. 2023.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O Grupo em Sala de Espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & Contexto*, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z4Jy4KyrH9Xp5rLfvGvNybb/abstract/?lang=pt#Mod>. Acesso em: 26 mai. 2023.

Capítulo 23



10.37423/250209705

PERCEPÇÕES DAS MULHERES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO EXAME PAPANICOLAU PARA O RASTREAMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Maria das Dores dos Santos

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Danyella Rodrigues de Almeida

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Mayara de Oliveira Xaves

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Millena Pellini Guizelin

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Arlete Madalena Marciano Santiago de Oliveira

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Solange Toledo Barbosa

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Jonathan da Silva Borges

*Universidade do Estado de Mato Grosso
(UNEMAT)*

Muryell Barbosa Maciel

Estácio de Sá- UNESSA

Resumo: O câncer do colo do útero representa o quarto tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, ficando atrás apenas dos tumores de pele não melanoma e do câncer de mama. Objetivo desse estudo foi identificar na literatura, as percepções das mulheres acerca do câncer do colo do uterino e do exame Papanicolau para o rastreamento e a prevenção da doença. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura. A busca pelos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos meses de julho a novembro de 2021, em duas bases de dados geradas pela BVS sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF-Enfermagem). Foram incluídos no estudo artigos originais completos, disponível online e gratuitos, publicados no idioma português, nos últimos dez anos. Exclui-se as publicações repetidas, artigos que não responderam à pergunta norteadora, dissertações, teses, trabalho de conclusão de curso. A triagem dos artigos ocorreu em três etapas inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos e a leitura dos artigos na íntegra. A amostra desse estudo foi composta por 11 artigos, a maioria dos estudos foram publicados no ano de 2018, seguidos dos anos de 2021, todos em português. Os resultados demonstraram que a maioria das mulheres possuem conhecimento acerca do exame Papanicolau e compreendem sua finalidade e periodicidade. No entanto percebe-se que algumas mulheres ainda desconhecem a principal causa da doença e a indicação do exame, sendo a vergonha o principal motivo apontado pelas mulheres, para a não realização do exame preventivo. Conclui-se que é importante os profissionais de saúde, estarem constantemente promovendo orientações em saúde para o público feminino, especialmente quando se trata do rastreamento e diagnóstico do câncer de colo uterino, essas orientações podem ser por meio de realização de palestra, roda de conversa, promoção de um dia “D” visando uma maior adesão dessa população.

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero. Assistência de enfermagem. Teste Papanicolau. Assistência integral a saúde.

1.INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) representa o quarto tipo de câncer mais frequente na população feminina, a doença fica atrás apenas dos tumores de pele não melanoma e do câncer de mama (MASCARENHAS et al.,2020). A principal causa apontada para o surgimento da CCU, é a infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), principalmente pelos tipos específicos (16 e 18), estes vírus causam lesões precursoras do CCU e, quando estas não tratadas podem se tornar câncer (DANTAS et al., 2018; BRASIL, 2019; MASCARENHAS et al.,2020).

Estima-se que no mundo existem cerca de nove milhões de pessoas que estejam infectadas pelo vírus do HPV, a alta incidência dessa doença, pode estar relacionada pelo pouco conhecimento das pessoas acerca do vírus (DANTAS et al., 2018).

O CCU é caracterizado pela replicação do epitélio que reveste o útero comprometendo os tecidos subjacentes, podendo ou não atingir órgãos e estruturas nesta região, na maioria dos casos a doença é assintomática em sua fase inicial, e desenvolve-se lentamente, no entanto pode ocorrer sintomas como sangramentos vaginais após a relação sexual, leucorreia anormal (corrimento), dores abdominais intensas e queixas urinárias (DANTAS et al., 2018).

Para o rastreamento da doença, é recomendado que todas as mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos, que possuem vida sexual ativa ou que já tiveram, realizem o exame preventivo Papanicolau, uma vez por ano nos dois primeiros anos e, se o resultado de ambos for negativo, os próximos devem ser realizados a cada três anos (BRASIL, 2016).

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, deve orientar a população feminina a buscar os serviços de saúde mais próximo de sua residência, para realização do exame preventivo. O exame Papanicolau é ofertado de forma gratuita nas Estratégias Saúde da Família (ESF), o mesmo permite a identificação de células sugestivas de pré-invasão até lesões malignas (SILVA et al., 2021).

Nesse sentido justifica-se a necessidade de discutir a temática pela sua grande relevância, alta incidência e mortalidade entre as mulheres em razão do câncer do colo do útero. Desse modo o presente estudo teve como objetivo identificar na literatura, as percepções das mulheres acerca do câncer do colo do uterino e do exame Papanicolau para o rastreamento e a prevenção da doença.

2.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa de revisão de integrativa da literatura que consiste em seis etapas: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coletas de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e, apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Dessa forma estabeleceu seguinte pergunta norteadora “Qual a percepção das mulheres acerca do câncer do colo uterino e do exame Papanicolau para o rastreamento e prevenção da doença”?

A busca dos estudos foi realizada na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio de duas bases de dados geradas pela BVS, sendo elas: a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e a Bases de Dados de Enfermagem (BDENF-Enfermagem), no período dos meses de julho a novembro de 2021. Utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*), “Neoplasias do colo do útero”, “Assistência de enfermagem”, “Teste Papanicolau”, “Atenção primária à saúde” com auxílio do operador booleano *AND*.

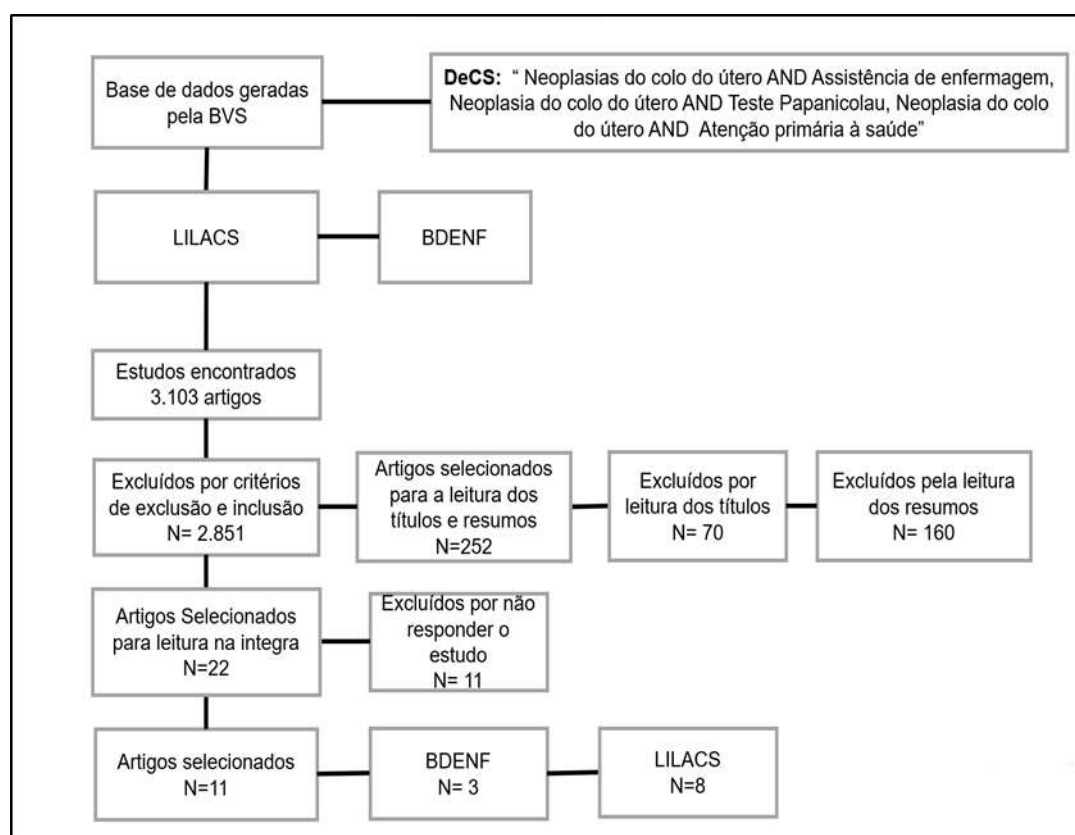
Os estudos incluídos foram: artigos originais completos, disponíveis online e gratuitos, publicados no idioma português, nos últimos dez anos (2011 a 2021). Foram excluídas publicações repetidas, artigos que não responderam à pergunta norteadora, dissertações, teses, trabalho de conclusão de curso.

As etapas da análise dos estudos ocorreram em três etapas. Na primeira etapa de analítica, realizou-se a leitura dos títulos dos artigos encontrados. Após a leitura, foram excluídos os artigos cujos os títulos não respondiam à pergunta norteadora. Na segunda etapa analítica, realizou-se a leitura de todos os resumos dos estudos dos textos selecionados na primeira fase, sendo também excluído os artigos que não preencheram os critérios de inclusão.

Na terceira etapa da seleção e análise, os estudos foram lidos integralmente, ao passo que os mesmos se incluíam em todos os critérios de inclusão, seguiram para etapa de extração, organização e sumarização das informações. Com base nas informações coletadas, foi realizada uma análise descritiva dos resultados, permitindo assim sua interpretação e discussão.

Na presente revisão, inicialmente, foram identificados 3.103 artigos. Após a submissão dos critérios de inclusão e exclusão, esse número caiu para artigos 252 artigos elegíveis, sendo excluído 2.851. Após a leitura dos títulos, exclui-se 70 estudos, restando assim 182 artigos para a leitura dos resumos. Após a leitura dos resumos exclui-se 160 estudos, sendo assim selecionados 22 estudos para serem lidos

integralmente. Após a leitura dos estudos excluí-se 11 artigos que não condiziam ao estudo, resultando assim em 11 artigos para compor a mostra do estudo, conforme a figura 1.



Fonte: elaborada pelos autores

3.RESULTADOS

A amostra desse estudo foi constituída por 11 artigos em português, a maioria dos estudos foram publicados no ano de 2018(quatro), seguidos dos anos de 2021(dois), 2012(um), 2016(um), 2017(um), 2019(um) 2020(um). Quanto a natureza a maioria eram estudos qualitativos (quatro) e quantitativos, (quatro) qualitativos, apenas dois eram descritivos e um quali-quantitativo. No quadro 1 são apresentados a caracterização dos estudos selecionados, segundo autor/ano, periódico, título, amostra e tipo de estudo e os resultados.

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados sobre os conhecimentos das mulheres sobre o câncer do colo do útero.

Autor/ano	Título	Amostra Tipo de estudo	Resultados
1.Silva <i>et al.</i>, 2021	Conhecimento e prática de mulheres atendidas na atenção primária a saúde sobre o exame Papanicolau	320 mulheres Estudo quantitativo.	A maioria mulheres já ouviram falar do exame Papanicolau (92,2%) porém mais da metade apresentou um conhecimento inadequado (72,8%).
2.Mascarenhas <i>et al.</i>, 2020	Conhecimentos e Práticas de Usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre o Controle do Câncer do Colo do Útero	172 mulheres Estudo transversal descritivo	Todas as mulheres já tinham ouvido falar do exame citopatológico e a maioria (77,9%) tem conhecimento de sua finalidade. Entretanto nenhuma apresentou conhecimento inteiramente adequado sobre o rastreamento dessas neoplasias, no que refere à faixa etária e à periodicidade recomendadas.
3.Maeda, Alves; Silva, 2012	Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de Papanicolau	335 mulheres Estudo quantitativo	A maioria (91,6%), das mulheres possuem conhecimento sobre o exame Papanicolau e o mesmo deve ser realizado anualmente.
4.Iglesias <i>et al.</i>, 2019	Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres de uma rede de Atenção Primária à Saúde	99 mulheres Estudo transversal e quantitativo	As mulheres tem conhecimento sobre o exame de Papanicolau, porém muitas fazem o exame sem saber o objetivo do procedimento. A vergonha e a falta de tempo foram relatadas como motivos relevantes para não realizar o exame.
5.Miranda <i>et al.</i>, 2018	Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico	50 mulheres Estudo transversal quantitativo retrospectivo	A maioria (88%) das mulheres relatam realizaram o exame Papanicolau anualmente.
6.Carvalho <i>et al.</i>, 2018	Amparo do sistema de saúde: percepções das mulheres com alterações no Papanicolau	46 mulheres Estudo qualitativo.	A maioria das mulheres se sente amparada pelo sistema de saúde público e acolhidas pelos profissionais de saúde. Outras acham que o atendimento pelo SUS demoram muito, como por exemplo a demora de agendamento de consultas e exames.
7.Neves <i>et al.</i>, 2016	Percepção de usuárias acerca do exame de detecção precoce do câncer de colo uterino	15 mulheres Estudo qualitativo	As mulheres possuem conhecimento sobre o exame Papanicolau e sua finalidade bem como sua periodicidade. No entanto a realização do exame por profissional de saúde do sexo masculino constituir motivo de recusa do exame. Observa-se também que adesão do exame pode ser influenciada pela relação de confiança com o profissional.
8.Rocha <i>et al.</i>, 2018	Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família	24 mulheres Estudo qualitativo	As mulheres relatam que o acolhimento das mulheres influencia de forma positiva para a promoção da saúde e prevenção do câncer do colo de útero.

9.Maciel et al., 2021	Busca ativa para aumento da adesão ao exame Papanicolau	10 mulheres Estudo descritivo e exploratório	Nesse estudo os fatores que levam ao não alcance das metas em relação à cobertura do exame Papanicolau é um problema complexo e multifacetado.
10.Dantas et al., 2018	Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do	40 mulheres Estudo quantiqualitativo.	Nesses estudo todas as mulheres possuem conhecimento sobre o exame Papanicolau, porém nem todas sabem de sua principal função. O principal fator para não o realizarem o exame é a vergonha e falta de orientação, a maior parte o realiza anualmente e a maioria relataram não recebe orientações do profissional enfermeiro.
11.Chiconela e Chidassica, 2017	Conhecimento e atitudes das mulheres em relação ao câncer de útero	14 mulheres Estudo qualitativo	A maior parte das mulheres embora tenha ouvido falar do câncer do colo uterino na televisão e nas palestras dos hospitais, tem pouco conhecimento em relação à prevenção, desconhece a importância do exame preventivo e realiza o exame devido a queixas ginecológicas.

Fonte: elaborada pelos autores

4.DISSCUSSÃO

O câncer do colo do útero continua, ano após ano, tirando a vida de muitas mulheres. No entanto, quando diagnosticado precocemente, a maioria dos casos pode ser curada. Para o controle da doença, é fundamental que as mulheres compreendam a importância do exame preventivo no rastreamento do câncer e reconheçam que seu principal objetivo é a detecção precoce, além da identificação de possíveis alterações que possam evoluir para a doença (NEVES et al., 2016).

De acordo com o estudo de Dantas et al. (2018) e Iglesias et al. (2019) as mulheres possuem conhecimento acerca do exame Papanicolau, sendo que a principal função deste exame é o rastreamento precoce do CCU, além disso o exame pode auxiliar na identificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

O estudo desenvolvido por Silva et al. (2021), os autores destacam, que embora as mulheres, já tenha algum dia ouvido falar sobre o exame Papanicolau, ainda desconhecem para qual a doença o exame é indicado e os cuidados que são recomendados antes da realização do exame.

Para Mascarenhas et al. (2020) os achados demonstraram que as mulheres possuem conhecimento acerca do exame Papanicolau e sua finalidade, porém observa-se ainda o desconhecimento quanto a idade recomendada para o início do rastreamento e a sua periodicidade.

De acordo Instituto Nacional de Câncer-INCA (2022), o exame Papanicolau deve ser ofertado às todas as mulheres ou qualquer pessoa com colo de útero, com idade entre 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, podendo incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer, no Brasil a repetição do exame Papanicolau é a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.

A percepção das mulheres no estudo realizado por Chiconela e Chidassicua (2017) obteve as seguintes respostas, algumas mulheres responderam que o câncer de colo de útero é uma doença que se desenvolve no colo uterino, outras referem sendo uma ferida que aparece no colo uterino ou uma infecção uterina.

Enquanto a percepção das mulheres do estudo de Maeda, Alves e Silva (2012) as mulheres apresentaram maior conhecimento acerca do exame Papanicolau e sua finalidade, segundo elas o exame serve para detectar uma lesão precursora do câncer do colo do útero e seu diagnóstico precoce e prevenção da doença, além de proteger a mulher, este exame impedem que as mesmas venham desenvolver o câncer.

O rastreamento do câncer de colo de útero é a medida mais eficaz para o controle da doença, no entanto para que haja uma boa adesão por parte das mulheres é necessário que estas estejam munidas de conhecimento acerca do exame, pois na ausência de informações cabe aos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro orientar este público quanto a importância da realização periódica deste exame para o diagnóstico precoce da doença (Miranda et al.,2018).

Desse modo os resultados desta pesquisa apontaram que as mulheres reconhecem a importância do exame Papanicolau para o rastreamento, devendo este ser realizado anualmente, sendo que a adesão ao exame por parte das mulheres protege as mesmas contra a doença, haja vista que a doença pode acometer as mulheres de todas as faixas etárias (Neves et al., 2016).

Para Silva et al. (2021) o exame preventivo deve ser realizado por todas mulheres que possuem vida sexual ativas e recomendado que o mesmo seja feito uma semana após a menstruação, uma vez ao ano.

Os resultados apontaram que, os principais motivos associados a baixa adesão do exame Papanicolau são: a vergonha, falta de tempo, desconhecimento do câncer do colo uterino, medo do resultado dar positivo, dificuldade para se realizar o exame, demora no retorno do resultado, pouca informação

e/ou falta de orientação dos profissionais de saúde acerca do exame, sendo a vergonha o principal motivo (IGLESIAS et al., 2019; DANTAS et al. (2018).

O sentimento de vergonha pode estar relacionado com a impessoalidade do exame, por se tratar de um procedimento invasivo, que gera um certo desconforto, acarretando em sensação dolorosa para algumas mulheres no momento de sua realização (MIRANDA et al., 2018).

Para Maciel et al. (2021) diversos fatores contribuem para a baixa adesão do exame Papanicolau, sendo a demora e a ausência do recebimento dos resultados dos exames, estão entre as barreiras que desestimulam as mulheres a estarem comparecendo nos serviços de saúde.

A demora da entrega dos resultados de exames gera transtornos aos usuários, como perda de tempo, prejuízo financeiro, pelas vindas repetidas ao serviço de saúde na tentativa de saber o resultado e prejuízos emocionais ante da incerteza dos resultados (GONÇALVES et al.,2021).

Desse modo é importante ressaltar que exame Papanicolau constitui uma das estratégias essenciais para a prevenção e detecção precoce desta doença. É fundamental que as mulheres recebam orientações nos serviços de saúde, acerca do exame, bem como sobre vírus HPV, considerado uma das principais causas associada ao surgimento dessa doença (CHICONELA; CHIDASSICUA 2017; MIRANDA ET AL.,2018).

De acordo o Ministério da Saúde, a infecção pelo HPV está associada ao desenvolvimento de quase a totalidade dos cânceres de colo de útero, bem como a diversos outros tumores em homens e mulheres, além disso provoca verrugas ano genitais (região genital e no ânus), a depender do tipo de vírus (BRASIL, 2021).

5.CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo foi possível verificar o conhecimento das mulheres acerca do exame Papanicolau, bem como sua finalidade, observou-se que para a maioria das mulheres este exame serve para rastrear o câncer de colo do útero, também permite na identificação de infecções sexualmente transmissíveis, devendo este ser realizado anualmente.

No entanto percebe-se que algumas mulheres ainda desconhecem a principal causa da doença e a existência do vírus do papiloma humano, visto que as algumas mulheres referem- se a doença como uma ferida ou uma infecção e desconhecem a indicação do exame.

Ademais, verificou-se que o principal motivos para não realização do exame, ainda é a vergonha, outros motivos estão relacionados com a falta de tempo, desconhecimento da doença, pouca informação ou falta de orientação, medo do resultado ser positivo e a demora no retorno do resultado. Desse modo concluímos que a importância dos profissionais de saúde, a estarem constantemente promovendo orientações em saúde a este público, especialmente quando se trata do rastreamento e diagnóstico precoce dessa doença, essas orientações podem ser por meio de palestras, materiais informativos (folder, cartazes) divulgações em redes sociais, promoção de um dia “D” para entrega dos resultados do exame, visando uma maior adesão dessa população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diretrizes Brasileira para o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil Sumário executivo para a Atenção Básica, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//sumario_executivo_em_portugues_-_ccu.pdf. Acesso em: 17 de jul.2021.

_____. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 28 de jan. 2022.

CARVALHO, V.F. et al. Amparo do sistema de saúde: percepções das mulheres com alterações no Papanicolau. *Revista Cubana de Enfermería*, v.34, n.1, p. 14-25, 2018.

CHICONELA, F. V.; CHIDASSICUA, J. B. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. *Rev. Eletr. Enf.* 2017.

DANTAS, P. V. J. et al. Conhecimento das mulheres e fatores da não adesão acerca do exame papanicolau. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v.12, n.3, p. 684-91, mar. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Detecção precoce. Setembro de 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20de%20rastreamento%20do,sexual%20\(BRASIL%2C%202016\)](https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/deteccao-precoce#:~:text=O%20m%C3%A9todo%20de%20rastreamento%20do,sexual%20(BRASIL%2C%202016)). Acesso em: 20 de ag.2023.

IGLESIAS, G. A. et al. Conhecimento e adesão ao Papanicolau de mulheres de uma rede de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Ciênc. Méd*, v.28, n.1, p. 21-30,2019.

MACIEL, N. S. et al. Busca ativa para aumento da adesão ao exame papanicolaou. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v.15 e 245678. 2021. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245678>.

MAEDA, T.C.; ALVES, A. P.; SILVA, S.R. Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de papanicolaou. *Cienc Cuid Saude*, v.11, n.12, p, 360-367, abr-Jun, 2012.

MASCARENHAS, M.S. et al. Conhecimentos e Práticas de Usuárias da Atenção Primária à Saúde sobre o Controle do Câncer do Colo do Útero. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.66, n.3 e-011030, 2020.

MIRANDA, A.P.; REZENDE, E.V.; ROMERO, N.S. Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico. *Revista Nursing*, v.21, n.246, p. 2435-2438, 2018.

NEVES, K.T.Q. et al. Percepção de usuárias acerca do exame de detecção precoce do câncer de colo uterino. *Cogitare Enferm*, v.21, n.4, p. 01-07, 2016.

ROCHA, M.G.L. et al. Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*, v. 19 e 3341, 2018.

SILVA, L.A. et al. Conhecimento e prática de mulheres atendidas na atenção primária a saúde sobre o exame Papanicolau. R. pesquisa: cuid. Fundam. Online, v.13, 1013-1019, jan-dez, 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, v.8, n.1, p.102-106, 2010.

Capítulo 24



10.37423/250209707

ABORDAGEM TERAPÊUTICA E PREVENÇÃO DA BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA EM LACTENTES

Jade Barbiéri de Oliveira

*Faculdade Presidente Antônio Carlos -
UNIPAC JF*

Vanderleia Soéli de Barros Zampier,

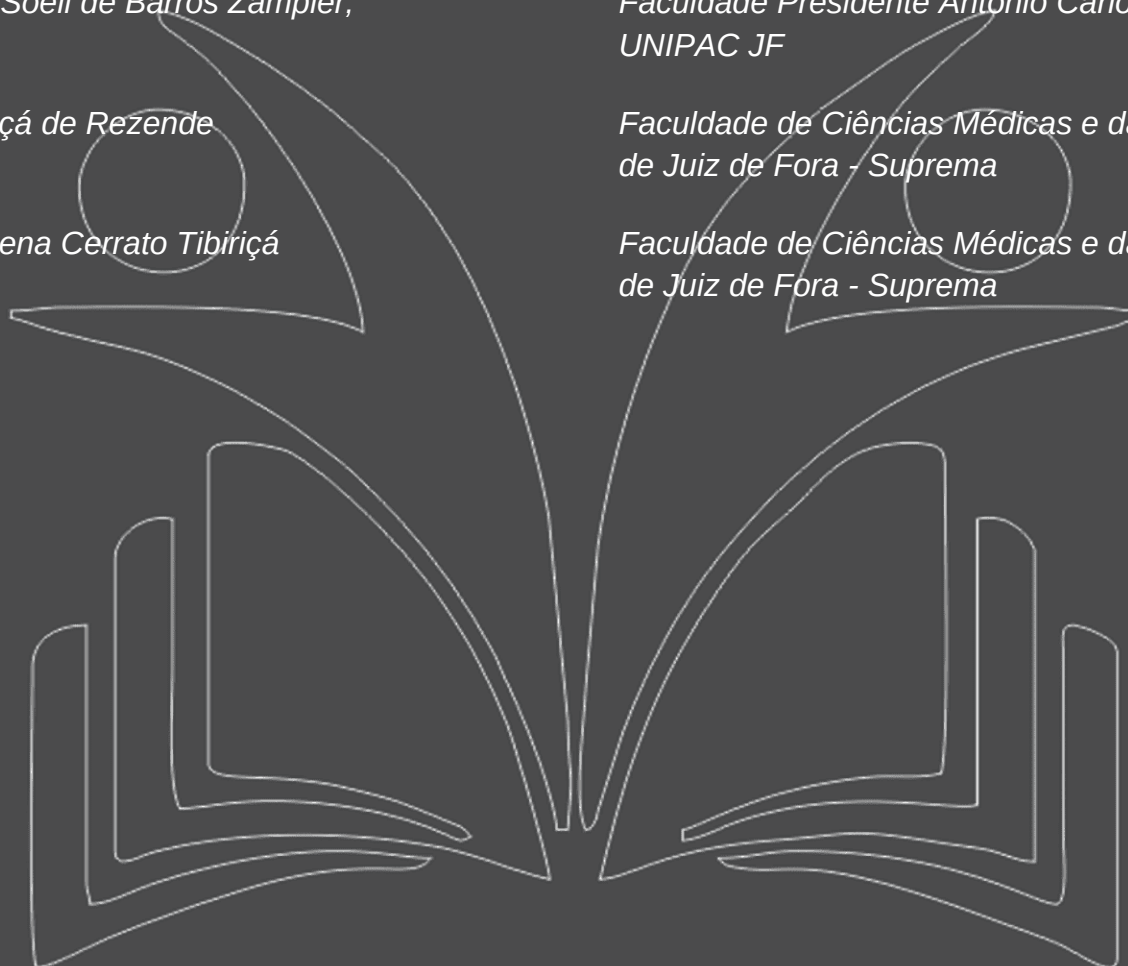
*Faculdade Presidente Antônio Carlos -
UNIPAC JF*

Victor Tibiriçá de Rezende

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora - Suprema*

Sandra Helena Cerrato Tibiriçá

*Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
de Juiz de Fora - Suprema*



DEFINIÇÃO

A Bronquiolite viral aguda- BVA consiste, do ponto de vista fisiopatológico, da inflamação aguda das pequenas vias aéreas inferiores, com a formação de edema, hiperprodução de muco e necrose de células epiteliais, levando ao estreitamento das mesmas e broncoespasmo (Ralston et al., 2014). Uma outra definição, clinicamente relevante, diz respeito ao primeiro episódio de sibilância observável ao exame físico, em uma criança até seus dois anos de idade, associado necessariamente a infecção viral respiratória sem que haja outras explicações diagnósticas para a sibilância, tais como pneumonia ou atopia (Angurana; Willinms; Takia, 2023; Verma; Lodha; Kabra, 2013, Ralston et al., 2014). A BVA manifesta-se inicialmente no lactente, na forma de rinite ou congestão nasal e tosse leves, febre baixa com ou sem irritabilidade e vômitos que podem progredir com os sinais de alarme para dificuldade de sucção e síndrome respiratória aguda grave, incluindo sintomas de taquipnéia, sibilância, esforço respiratório e insuficiência respiratória aguda com necessidade de oferta de oxigênio sob máscara, pressão positiva ou ventilação mecânica (Angurana; Williams; Takia, 2023; Barr et al., 2019). Seu diagnóstico é principalmente baseado na história clínica e exame físico, sendo que as investigações diagnósticas e radiografias de tórax não são indicadas rotineiramente. (Centers for Disease Control and Prevention. RSV in infants and young children, 2020).

EPIDEMIOLOGIA

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é o principal agente etiológico da Bronquiolite em crianças menores de dois anos de idade, sendo que mais de 60% de todas as crianças são infectadas no primeiro ano após o nascimento e quase todas as crianças são infectadas pelo VSR pelo menos uma vez nos seus dois primeiros anos de vida (Manti et al., 2023; Centers for Disease Control and Prevention. RSV in infants and young children, 2020). Globalmente, em crianças abaixo de um ano de idade o VSR representa a segunda causa de morte após a malária e primeira causa dentre as infecções respiratórias (Cutrera et al., 2019). Considerando todas as infecções respiratórias no Brasil, nos anos de 2023 e 2024 a média da prevalência do VSR no período entre março e maio variou entre 18,9% e 44,2%, respectivamente (Fiocruz, 2024).

Epidemiologicamente, os principais fatores de risco para a infecção pelo VSR são a sazonalidade e a idade da criança, ou seja, os seis primeiros meses de vida do lactente (Janet; Broad; Snape, 2018). Interessante que são as crianças saudáveis nascidas a termo, sem fatores de risco identificáveis que representam a maioria, até 85% dos pacientes hospitalizados (Bont et al., 2016; Murray et al., 2014).

No entanto, comorbidades como a prematuridade extrema e precoce, cardiopatias congênitas, pneumopatias crônicas e imunodeficiências aumentam, indubitavelmente, este percentual. Determinantes sociais como baixas condições socioeconômicas, fumantes passivos, conviver com irmãos mais velhos, bem como, baixo peso ao nascer, cesariana, co-infecção com outros vírus respiratórios e privação do aleitamento materno também contribuem para o aumento do percentual de internações (Lanari et al., 2015; Shi et al., 2017).

O VSR tem distribuição sazonal no planeta dependendo da área geográfica e do clima (Janet; Broad; Snape, 2018). O Brasil, por ser um país de tamanho continental, possui o período de maior circulação do VSR entre abril e maio, exceto na região sul, onde esse pico é mais tardio, entre junho e julho (Pereira et al., 2023).

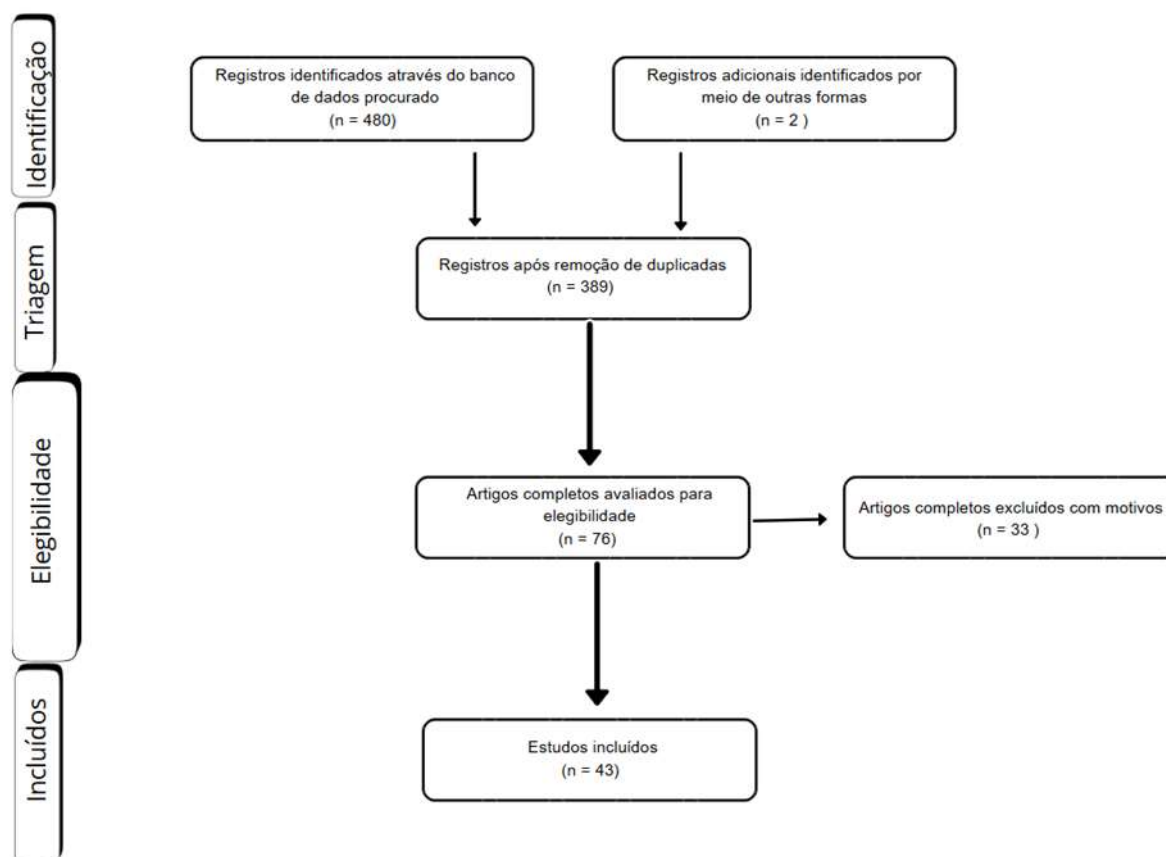
A BVA com alta prevalência e incidência sazonais tem sua fisiopatologia e o diagnóstico bem estabelecidos, no entanto, chama atenção a falta de padronização das condutas para o tratamento e prevenção, o que pode gerar iatrogenias no cenário mundial e nacional bem como condutas inadequadas e tardias (Sociedade Americana de Pediatria, 2024). Esse capítulo objetiva revisar a literatura em busca das melhores e mais atuais evidências científicas para apoiar o tratamento e condução da BVA pelos profissionais médicos, especialmente pediatras, emergencistas e médicos de família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO REALIZADO PARA A REVISÃO DE ESCOPO

Este capítulo foi construído a partir de uma análise exploratória, integrativa, observacional, por meio de uma revisão bibliográfica de escopo com abordagem quantitativa, na estratégia PCC: Participante, Conceito e Contexto (The Joanna Briggs Institute, 2015). Sendo assim P: são os lactentes de 0 a 2 anos com diagnóstico de bronquiolite (Conceito) atendidos nos níveis primário e terciário. (Contexto).

A seleção dos estudos foi realizada em quatro etapas. Iniciou-se, na identificação, com buscas nas bases de dados Scielo e Lilacs usando os descritores em português “bronquiolite”, “prevenção” e “tratamento”, e no Pubmed com os descritores em inglês “infant bronchiolitis”, “prevention” e “treatment”, considerando o período compreendido entre 2014 e 2024. No total, foram encontrados 480 nas três plataformas, porém, na etapa de triagem, foram excluídos 92 artigos duplicados. Além desses, foi incluído, também, um guideline da Academia Americana de Pediatria AAP de abril de 2024 (The Joanna Briggs Institute, 2015) e um boletim epidemiológico (Fiocruz, 2024). Sendo assim, foram 389 registros pré-selecionados nessas duas etapas iniciais.

A terceira etapa constituiu-se de exclusão baseada em seleções dos trabalhos encontrados que não abordavam a estratégia adotada do PCC, em conformidade com a elegibilidade. A partir das leituras críticas dos artigos pré-selecionados, foram excluídos 33 artigos devido ao motivo da faixa etária extrapolar dois anos, por tratarem somente da fisiopatologia, constituindo artigos muito genéricos, e por não abordarem prevenção e tratamento. Por tanto, foram selecionados 43 artigos para a construção desta revisão bibliográfica de escopo.



TRATAMENTO DA BVA

Como resultados desta revisão as principais evidências científicas que sustentam o tratamento da BVA estão divididas em dois blocos:

1-BVA LEVE

Quando os sintomas são leves e incluem tosse, sibilos expiratórios leves, coriza, taquipneia sem esforço respiratório ou esforço baixo intercostal leve, sem vômitos, sem queda da saturação abaixo de 94% bom estado geral sem repercussões na sucção nutritiva. A conduta inclui medidas de suporte

no domicílio, permanecendo a nutrição preferencialmente aleitamento materno e acompanhamento clínico por cuidadores e profissionais com vistas a identificar surgimento dos sinais de alarme (Angurana; Williams; Takia, 2023; Barr et al., 2019).

1.1- LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS COM SOLUÇÃO SALINA

(Baraldi et al., 2014)

1.2 - ASPIRAÇÃO NASAL SUAVE E SUPERFICIAL

Deve ser feita com razoável frequência, especialmente em crianças mais novas, para melhorar a permeabilidade das vias aéreas, a saturação de oxigênio e a alimentação. Deve ser realizada antes de medir a saturação de oxigênio em lactentes para evitar o sobrediagnóstico de hipoxemia (Baraldi et al., 2014; Ralston et al., 2014; Friedman et al., 2014).

2- BVA MODERADA E GRAVE

Quando os sibilos expiratórios são mais intensos e/ou ocorrem na inspiração, presença de crepitações em pelo menos dois campos pleuro pulmonares, presença de esforço intercostal e supra esternal e/ou com batimentos de aletas nasais. Presença de gemidos, queda da saturação abaixo de 94%. Pode haver presença de vômitos e/ou dificuldade para sucção nutritiva. Neste caso a orientação é a hospitalização, que deve também ser considerada em crianças com os fatores de risco para desenvolver bronquiolite grave: 40,41(Ralston et al., 2014; Friedman et al., 2014). Condutas:

2.1-RECOMENDAÇÕES DE OXIGENOTERAPIA O2

O2 umidificado suplementar deve ser administrado se os níveis de saturação de O2 estiverem persistentemente abaixo de 92% no ar ambiente (Florim; Chapinha; Zorc, 2017; Ross; Newth; Khemani, 2014; Roqué I Figuls et al., 2016). As medições de saturação de O2 devem ser realizadas durante toda a duração da suplementação de O2 e descontinuadas em bebês com melhora clínica estável e capazes de se alimentar, e quando a saturação de O2 permanece constantemente acima de 93% (Florim; Chapinha; Zorc, 2017; Ross; Newth; Khemani, 2014). A administração de O2 pode ser feita por cânula nasal de baixo fluxo (no máximo 3 litros/min), capacete ou máscara não reinalante de alto fluxo 15 l/min (Dalziel et al., 2022). A terapia com cânula de alto fluxo nasal (15l/min) como suporte respiratório para crianças até aos 24 meses de idade mostrou-se superior em comparação com a terapia padrão com O2 (Dafydd et al., 2021; Milani et al., 2016; Chen et al., 2019). Além da

cânula de alto fluxo nasal, o CPAP nasal, pareceu ser mais eficiente e tem sido cada vez mais utilizado como modalidade de suporte respiratório não invasivo para bebês com BVA moderada a grave. Graças à pressão expiratória final positiva (PEEP) gerada, o CPAP neutraliza a resistência das vias aéreas e previne atelectasias (Sinha et al., 2015; Sinha et al., 2021; Milési et al., 2017; Milési et al., 2019). Quadros de insuficiência respiratória com necessidade de suporte respiratório (CPAP), apneia com dessaturação e comprometimento grave do estado geral devem ser internados na terapia intensiva e na falência das terapias não invasivas, deve se considerar a ventilação mecânica (Manti et al., 2023; Ralston et al., 2014).

2.2- RECOMENDAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Alimentação e hidratação adequadas são recomendadas no tratamento da BVA, uma vez que o desconforto respiratório pode levar a desidratação e predispor a acidose metabólica. Preconiza-se alimentação nasogástrica ou fluidos intravenosos para pacientes em risco de aspiração ou que não toleram alimentação oral (Baraldi et al., 2014).

2.3- FISIOTERAPIA RESPIRATÓRI

Para os bebês hospitalizados com BVA não há consenso sobre sua recomendação pela falta de evidências (Roqué I Figuls et al., 2016). No entanto, estudo recente em noventa e um bebês não hospitalizados (idade média de $7,9 \pm 2,6$ meses) com bronquiolite leve a moderada mostrou que a compressão da parede torácica de alta frequência foi eficaz e segura na diminuição da gravidade dos sintomas respiratório (González-Bellido et al., 2021).

2.4- CORTICOSTEROIDES SISTÊMICOS

Não recomendado seu uso rotineiro, exceção se faz em circunstâncias excepcionais, nos casos de bronquiolite grave (Kirolos et al., 2020).

2.5 RIBAVIRINA

É um análogo de nucleosídeo sintético de alto custo. Acredita-se que atue interferindo na expressão do RNA mensageiro e inibindo a síntese proteica viral. Parece segura, embora sua eficiência e efetividade não foram claramente demonstradas em ensaios clínicos randomizados e controlados. Atualmente, o uso rotineiro de ribavirina não pode ser recomendado (Sociedade Americana de Pediatria, 2024).

3 - PREVENÇÃO

3.1 PALIVIZUMABE

Trata-se de anticorpo monoclonal humanizado, para ser usado em até cinco doses mensais em bebês nascidos antes de 29 semanas de gestação, com doença pulmonar crônica da prematuridade e com cardiopatia hemodinamicamente significativa (Smith; Seales; Budzik, 2017; Zhang et al., 2024). Os altos custos, sua proteção limitada contra infecções graves por RSV e as consequências a longo prazo, como asma, destacam a necessidade de melhores possibilidades profiláticas (Weil-Olivier; Lorrot, 2022; Elawar et al., 2021).

3.2 VACINAS

Não existem vacinas aprovadas para prevenir ou reduzir os sintomas do RSV na criança e bebês, no entanto, um avanço para a prevenção é que a vacina para gestantes foi liberada pela Anvisa para uso no Brasil em 2024 (Blanco et al., 2018).

CONCLUSÃO

Apesar das inúmeras diretrizes clínicas e artigos científicos que abordam o manejo e tratamento da BVA, encontramos uma enorme variação de dados e propostas para o tratamento e prevenção. Sendo assim, é fundamental uniformizarmos critérios terapêuticos sustentados por ensaios clínicos randomizados para apoiar com segurança a tomada de decisões dos profissionais da saúde nos três níveis de atenção (Manti et al., 2023; “Centers for Disease Control and Prevention. RSV in infants and young children”, 2020; Cutrera et al., 2019).

Ficam claros os altos graus de evidência científica para o uso de oxigenoterapia umidificada sob cateter ou máscara, a aspiração nasal superficial delicada, e a gastróclise quando necessário (Baraldil et al., 2014; Florim; Chapinha; Zorc, 2017; Ross; Newth; Khemani, 2014; Roqué I Figuls et al., 2016). No paciente internado na UTI o uso do CPAP como suporte ventilatório não invasivo tem grande valor para manter abertas as vias aéreas inferiores e reduzir riscos de atelectasias (Sinha et al., 2015; Sinha et al., 2021; Milési et al., 2017; Milési et al., 2019). Tanto os corticosteroides orais quanto os nebulizados não mostraram benefícios no tratamento da bronquiolite e, portanto, não devem ser usados rotineiramente (Sociedade Americana de Pediatria, 2024).

Não há evidência científica para a utilização de nebulização com solução salina hipertônica, nem tampouco uso salbutamol inalatório em menores de dois anos de idade (Baraldi et al., 2014; Manti et al., 2023; “Centers for Disease Control and Prevention . RSV in infants and young children”, 2020).

A fisioterapia respiratória mostrou benefício em pacientes não internados (Roqué I Figuls et al., 2016; González-Bellido et al., 2021). O uso de antibióticos em BVA não é recomendado exceto no caso de infecção bacteriana secundária (Zhang et al., 2019). A administração de antivirais (ribavirina), montelucaste, DNase, furosemida inalada, brometo de ipratrópio inalado, sulfato de magnésio, gás hélio, surfactante e metilxantina em crianças com bronquiolite aguda não é apoiada pelas evidências atuais (Baraldi et al., 2014; Ralston et al., 2014; Friedman et al., 2014; Centers for Disease Control and Prevention. RSV in infants and young children”, 2020).

As medidas preventivas ainda são a principal forma de prevenção contra BVA e incluem higiene das mãos, amamentação, não exposição ao fumo do tabaco e precauções de isolamento para pacientes hospitalizados. A profilaxia com palivizumabe é recomendada para bebês com condições qualificadas de alto risco. A grande esperança no momento é o desenvolvimento de uma vacina contra RSV para lactentes, aos moldes do que já temos disponível para gestantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGURANA, A. A.; WILLIAMS, V.; TAKIA, L. Acute Viral Bronchiolitis: A Narrative Review. *J Pediatrics Intensive Care*, v. 12, n. 02, p. 079–086, 2020.

BARALDI, E. et al. Inter-society consensus document on treatment and prevention of bronchiolitis in newborns and infants. *Ital J Pediatrics*, v. 40, n. 1, 2014.

BARR, R. et al. Drysdale S B. Respiratory syncytial virus: diagnosis, prevention and management *Ther Adv Infect Dis* 2019;6:2049936119865798. *Adv Infect Dis*, v. 6, 2019.

BLANCO, J. C. G. et al. A multifaceted approach to RSV vaccination. *Hum Vaccin Immunother*, v. 14, n. 7, p. 1734-1745, 2018

BONT, L. et al. Defining the epidemiology and burden of severe respiratory syncytial virus infection among infants and children in Western countries. *Infectious diseases and therapy*, v. 5, n. 3, p. 271-298, 2016.

CABALLERO, M. T.; OLIVEIRA, F. P.; STEIN, R. T. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr*, v. 93 Suppl 1, p. 75–83, 2017.

Centers for Disease Control and Prevention . RSV in infants and young children, 2020.

CHEN, D. Y. et al. A pilot study of heated and humidified low flow oxygen therapy: An assessment in infants with mild and moderate bronchiolitis (HHOT AIR study) . *Pediatr Pulmonol*, v. 54, n. 5, p. 620–627, 2019.

CUTRERA, R. et al. Impact of the 2014 American Academy of Pediatrics recommendation and of the resulting limited financial coverage by the Italian Medicines Agency for palivizumab prophylaxis on the RSV-associated hospitalizations in preterm infants during the 2016-2017 epidemic season: a systematic review of seven Italian reports. *Ital J pediatrics*, v. 45, n. 1, 2019.

DAFYDD, C. et al. Efficacy and safety of high flow nasal oxygen for children with bronchiolitis: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res*, v. 8, n. 1, p. e000844, 2021.

DALZIEL, S. R. et al. Bronchiolitis. *Lancet*, v. 400, n. 10349, p. 392-406, 2022.

Elawar, F. et al. Pharmacological targets and emerging treatments for respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Pharmacol Ther*, v. 220, n. 107712, p. 107712, 2021.

Fiocruz. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/>>. Acesso em: 14 jul. 2024.

FLORIN, T. A.; PLINT, A. C.; ZORC, J. J. Bronquiolite viral. *Lancet*, v. 389, n. 10065, p. 211-224, 2017.

FRIEDMAN, J. N. et al. Bronquiolite: recomendações para diagnóstico, acompanhamento e manejo de crianças de um a 24 meses de idade. *Pediatria e saúde infantil*, v. 19, n. 9, p. 485-491, 2014.

FRIEDMAN, J.N, RIEDER, M.J, WALTON J.M. Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee, Drug Therapy and Hazardous Substances Committee. Bronchiolitis: Recommendations for diagnosis,

monitoring and management of children one to 24 months of age. *Pediatrics Child Health.*, v. 19, n. 9, p. 485-491, 2014.

GONZÁLEZ-BELLIDO, V. et al. Efeitos imediatos e segurança da compressão da parede torácica de alta frequência comparada às técnicas de desobstrução das vias aéreas em lactentes não hospitalizados com bronquiolite viral aguda. *Cuidados respiratórios*, v. 66, n. 3, p. 425-433, 2021.

Janet S, Broad J, Snape MD. Respiratory syncytial virus seasonality and its implications on prevention strategies. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;14(1):234–244. doi: 10.1080/21645515.2017.1403707.

JAT, K.R, MATHEW, J.L. Continuous positive airway pressure (CPAP) for acute bronchiolitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* Cânula nasal de alto fluxo (HFNC) versus pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas (nCPAP) para o manejo respiratório inicial da bronquiolite viral aguda em lactentes jovens: um ensaio clínico randomizado e controlado multicêntrico (estudo TRAMONTANE). *Medicina intensiva*, v. 43, n. 2, p. 209-216, 2019.

KIROLOS, A. et al. Revisão sistemática de diretrizes de prática clínica para o diagnóstico e manejo da bronquiolite. *A Revista de Doenças Infecciosas*, v. 222, n. Supplement_7, p. S672–S679, 2020.

LANARI, M. et al. Risk factors for bronchiolitis hospitalization during the first year of life in a multicenter Italian birth cohort. *Ital J pediatrics*, v. 41, n. 1, 2015.

MANTI, S. et al. UPDATE - 2022 Italian guidelines on the management of bronchiolitis in infants. *Italian journal of pediatrics*, v. 49, n. 1, 2023.

MILANI, G. P. et al. Using a high-flow nasal cannula provided superior results to low-flow oxygen delivery in moderate to severe bronchiolitis. *Acta paediatr (Oslo, Noruega: 1992)*, v. 105, n. 8, 2016.

MILÉSI, C. et al. Cânula nasal de alto fluxo (HFNC) versus pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas (nCPAP) para o manejo respiratório inicial da bronquiolite viral aguda em lactentes jovens: um ensaio clínico randomizado e controlado multicêntrico (estudo TRAMONTANE). *Medicina intensiva*, v. 43, n. 2, p. 209-216, 2017.

MURRAY, J. et al. On behalf of the Medicines for Neonates Investigator Group Risk factors for hospital admission with RSV bronchiolitis in England: a population-based birth cohort study. *PLoS One*, v. 9, n. 2, p. e89186, 2014.

O INSTITUTO JOANNA BRIGGS. Manual dos Revisores do Instituto Joanna Briggs: edição 2015 / Suplemento (Instituto Joanna Briggs, ed.). [s.l.] Instituto Joanna Briggs, 2015. Disponível em: <<https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf>>.

PEREIRA, E. Q. et al. Temporal-spatial analysis of hospitalizations for bronchiolitis in Brazil: prediction of epidemic regions and periods for immunization against the Respiratory Syncytial Virus. *Rev. paul. pediatrics*, v. 41, p. e2021304, 2023.

RALSTON, S. L. et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatric*, v. 134, n. 5, p. e1474-502, 2014.

ROQUÉ I FIGULS, M. et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. *Cochrane Database Syst Rev.* , v. 2, n. 2, p. CD004873, 2016.

ROSS, P. A.; NEWTH, C. J. L.; KHEMANI, R. G. Accuracy of pulse oximetry in children. *Pediatrics.* , v. 133, n. 1, p. 22-29, 2014.

SCHALLER, A.; GALLOWAY, C. S. Bronchiolitis in Infants and Children. *Medicina da Dakota do Sul: a revista da Associação Médica do Estado da Dakota do Sul*, v. 70, n. 6, p. 274–277, 2017.

SHI, T. et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: A systematic review and modelling study. *Lancet*, v. 390, n. 10098, p. 946-958, 2017.

SILVA, D. K.; OLIVEIRA, A.; BUDZIK, C. Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children. *American family physician*, v. 95, n. 2, 2017.

SINHA et al. Sanguine V.High-flow oxygen nasal cannula for treating acute bronchiolitis in infants: A systematic review and meta-analysis, v. 148, n. 3, p. 810-823, 2021.

SINHA et al. CPAP e oxigênio em cânula nasal de alto fluxo na bronquiolite. *Baú*, v. 148, n. 3, p. 810-823, 2015.

SOCIEDADE AMERICANA DE PEDIATRIA. Apresentação clínica da bronquiolite. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/961963-clinical?form=fpf>>. Acesso em: 14 jul. 2024.

VERMA, N; LODHA, R; KABRA, S. K.;Recent advances in management of bronchiolitis. *Indian Pediatr.*, v. 50, n. 10, p. 939-949, 2013.

WEIL-OLIVIER C.; LORROT, M. Épidémiologie et fardeau du VRS [Epidemiology and the burden of RSV]. *Rev Prat*, v. 72, n. 8, p. S8–S12, 2022.

Zhang, Xi. et al. Consenso de especialistas sobre o diagnóstico, tratamento e prevenção de infecções por vírus sincicial respiratório em crianças. *Revista Mundial de Pediatria: WJP*, v. 20, n. 1, p. 11–25, 2024.

ZHANG, Y. et al.Effects of macrolides on airway microbiome and cytokine of children with bronchiolitis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.*Microbiol Immunol.* , v. 63, n. 9, p. 343-349, 2019.

Capítulo 25



10.37423/250209713

TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM AUTISMO UTILIZANDO ATIVIDADE ASSISTIDA COM CÃES: REVISÃO DE LITERATURA

Wagner Tiago Bezerra e Silva

Unifacol

Laís de Barros Chaves Silva Campêlo

Unifacol

Marcela Priscilla Barreto Silva De Andrade

Unifacol

Jullia Oliveira

Unifacol

Emanuelle do Nascimento Costa

Unibra

Gisele Eleonora dos Santos Montenegro

UFRPE



O autismo é um transtorno caracterizado por uma desordem neurológica, geralmente seu diagnóstico ocorre na infância, acometendo crianças do sexo masculino e feminino. A atividade assistida com animais é utilizada há anos, desenvolvendo diversos benefícios a saúde humana. O cão facilita a aproximação das pessoas, estimulando a comunicação e interação social. Esse trabalho tem como objetivo compreender os sinais apresentados pelas crianças com autismo, salientando a importância da atividade assistida com animais, mais especificamente o cão, para o auxílio do tratamento de crianças com esse transtorno. Para essa pesquisa, utilizou-se artigos científicos de sites das plataformas Google Acadêmico. Os sintomas mais comuns apresentados por crianças com autismo são déficit de atenção, intolerância a sons altos, ambientes tumultuados, dificuldade de socialização e de comunicação com outras pessoas. Pesquisas mostram que a etiologia do autismo é multifatorial, e até o presente momento não tem cura, o que existe hoje são métodos para tentar controlar os sintomas da doença, uma dessas é a atividade assistida com animais. A atividade assistida com animais tem como objetivo melhorar e auxiliar o tratamento de diversas doenças. Há décadas os animais são utilizados como coadjuvantes no tratamento de adultos e crianças em diferentes enfermidades. Em uma das pesquisas, foi realizado a atividade assistida com cães em crianças com autismo, 1 vez por semana com duração de 30 minutos, os pacientes realizaram diversas atividades com os cães, dentre elas levar os cães para passear, escovação dentária, escovação do pelo, alguns desafios de obstáculos para passar com os cães, alimentação, e jogos que envolve petiscos, lembrando que todos os cães utilizados nessas terapias são treinados, e precisam ser dóceis, sociáveis, saudáveis, devem estar vacinados, desvermifugados e limpos. Nas crianças submetidas ao tratamento com cães, constatou-se uma melhora no estado clínico, sendo mais susceptíveis aos outros tratamentos, participaram de mais atividades desenvolvendo mais atenção, diminuíram os efeitos da depressão onde se mostraram mais relaxados, felizes e se socializaram mais. Quando os cães vão até a clínica traz uma quebra da rotina, estimulando a fala, estimulando a função cognitiva para lembrar de algum contato anterior, também ajuda a reduzir a ansiedade e o estresse. Os profissionais que cuidam desses pacientes, notaram uma melhora no relacionamento entre eles depois da intervenção do animal. Os benefícios da atividade assistida com cães são inúmeros para o auxílio do tratamento com humanos de algumas doenças, e de crianças com autismo não seria diferente, os resultados foram bastante promissores, elevando a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Cão; Animal; Autismo; Terapia; Tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CHAVES, Maria. Intervenção assistida por cães para uma criança com transtorno do espectro autista: falando das interações sociais. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pedagogia Bilíngue Libras Português) – Instituto Federal de Educação, Ciências e Tecnologia de Santa Catarina, Palhoça, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ifsc.edu.br/bitstream/handle/123456789/2495/MariaEduardaRodriguesChavesTCC2020.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 jul. 2024.

LIMA, Aline; SOUZA, Marjane. Os benefícios apresentados na utilização da terapia assistida por animais: revisão de literatura. Revista Saúde e Desenvolvimento | vol. 12, n. 10. 2018.

NUNES, Natália. et al. ATIVIDADE ASSISTIDA POR CÃES JUNTO A CRIANÇAS AUTISTAS. 2015. Disponível em: https://cti.ufpel.edu.br/siepe/arquivos/2015/CA_04445.pdf. Acesso em: 22 jul. 2024.

SILVA, Arely. et al. Contribuições da terapia assistida por animais as crianças com transtorno do espectro autista: perspectivas de pais e profissionais. Research, Society and Development, v. 11, n. 5. 2022.

Capítulo 26



10.37423/250209725

A INCIDÊNCIA DA RETINOPATIA DIABÉTICA COMO MANIFESTAÇÃO OCULAR NA SÍNDROME PÓS COVID-19 AGUDA

Érica Luana Silva Veloso

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Paulo Henrique Ferreira Messias

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Isabela Nunes Tavares

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Heloisa Barbosa Sammour

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Caio Santos Temponi

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Ygor Valério Assunção

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Lorena da Silva Gonçalves

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Ana Laura Oliveira Freitas Gorosthides de Moura

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

Fernanda Ferreira Gundim

Universidade de Rio Verde - campus Goiânia

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o novo surto da Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) como uma pandemia em Março de 2020. Desde então, pessoas afetadas pelo SARS-CoV-2 podem ser diagnosticadas com Síndrome Pós-Covid (SPC) em que os sintomas de tosse, febre baixa e fadiga persistem de três a 12 semanas após a fase aguda da doença. Além disso, pacientes com comorbidades prévias, como a Diabetes Mellitus (DM), doença crônica e progressiva, quando não devidamente tratada predispõe a Retinopatia Diabética (RD), que demonstra piora multissistêmica do quadro da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2). Desse modo, pacientes com PCS e DM têm maiores chances de apresentarem retinopatia diabética ou ter agravamento do quadro preexistente. **OBJETIVO:** Analisar sistematicamente a incidência da retinopatia diabética na Síndrome Pós COVID-19 Aguda. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para seleção dos artigos, foram utilizados os descritores “Síndrome pós covid-19 aguda”, “Retinopatia diabética”, “Manifestação ocular”. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos em português e inglês, publicados entre 2019 e 2023. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, artigos com mais de 10 anos de publicação e estudos em que pacientes possuem outras doenças crônicas. **RESULTADOS:** A busca originou 384 artigos, que, filtrados pelos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 13 artigos completos. A partir da análise dos textos selecionados, observou-se a RD como uma das manifestações na SPC Aguda em pacientes com DM, sendo superior nesses casos em relação à população previamente diabética. Foi observada maior suscetibilidade a manifestações clínicas graves do COVID-19 em pacientes com RD, por ser uma manifestação de dano microvascular generalizado associada a disfunção endotelial devido hiperglicêmica da diabetes, preditor de gravidade para a síndrome, responsável pelo desequilíbrio da homeostase vascular, além de ser uma das principais causas de cegueiras e deficiência visual evitável no mundo. **CONCLUSÃO:** A RD tem maior incidência em pacientes com SPC, do que naqueles previamente diabéticos, agrava o quadro pois a desordem imunológica predispõe infecções oculares oportunistas. Desse modo, é importante realizar o rastreio de manifestações oculares na DM, além de promover autocuidado, novos hábitos alimentares e comportamentos específicos para o manejo adequado da doença.

Palavras-chave: Retinopatia diabética; Manifestação ocular; COVID-19; Síndrome pós COVID-19 aguda.

Capítulo 27



10.37423/250209730

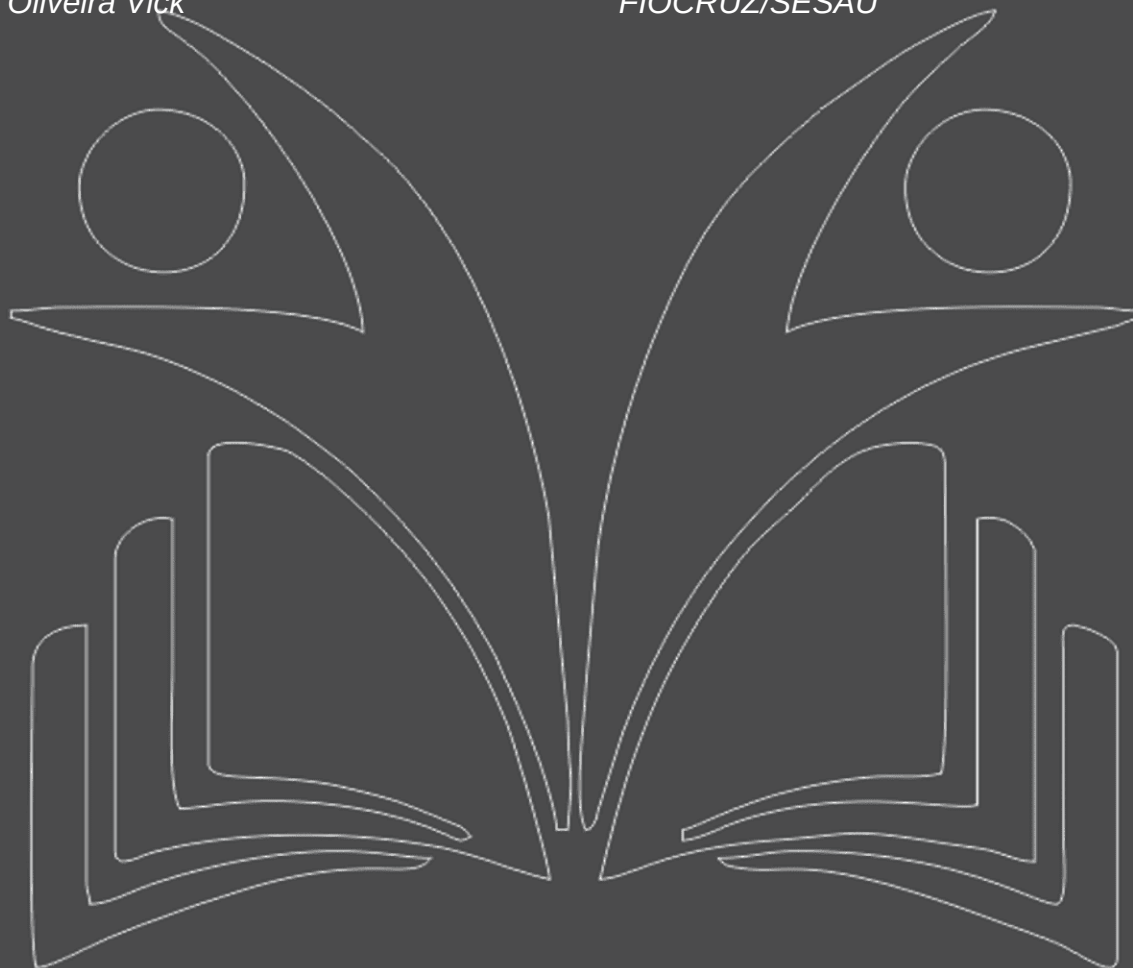
INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO: ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA CULTURALMENTE ADAPTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Marbelis Yulimar Monroy Rivas

FIOCRUZ/ SESAU

Fabiane de Oliveira Vick

FIOCRUZ/SESAU



Resumo: O presente trabalho aborda a necessidade de formular ações específicas em saúde voltadas para a assistência à população indígena em contexto urbano. Sendo assim, o objetivo geral foi aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, com os profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo atendimento da população indígena adscrita no território, com o intuito de construir estratégias para uma assistência culturalmente adaptada. Para tal finalidade, desenvolveu-se um Projeto de Intervenção (PI), fundamentado nos princípios da Educação Permanente em Saúde e na metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez. O referido projeto ocorreu simultaneamente nas comunidades indígenas urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral e na Unidade Saúde da Família Vida Nova que atende essa população na cidade de Campo Grande- MS. A intervenção possibilitou o diálogo intercultural, problematizar as práticas de saúde e elaborar estratégias para a construção de uma assistência culturalmente adaptada. Espera-se que os resultados da pesquisa possam subsidiar na implementação de ações estratégicas que visem uma assistência em saúde diferenciada a aos indígenas no contexto urbano.

Palavras chaves: Povos Indígenas. Área Urbana. Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente.

1 INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença não segue regras nem conceitos universais, ou seja, cada cultura constrói através de seus conhecimentos próprios, modos de explicar e lidar com a doença e a saúde. Nessa perspectiva, para os povos originários, a saúde emerge do equilíbrio entre vários fatores ligados à identidade e bem-estar de forma coletiva, o que acarreta na manutenção e fortalecimento das tradições e modos de vida (Tobias et al., 2023 apud Gallo; Setti, 2017).

Atualmente a nível global existem mais pessoas vivendo nas áreas urbanas (54%) do que nas áreas rurais, sendo assim, essa mudança sem planejamento impacta de maneira negativa a dimensão sustentável do espaço urbano, pois, a falta de políticas públicas e de ações específicas aumenta a desigualdade e a má distribuição dos benefícios de quem ocupa o contexto urbano (Figueiredo et al., 2017).

Este cenário global repercute na realidade atual dos povos indígenas do Brasil, visto que, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2022 mais da metade da população indígena do Brasil encontra-se no contexto urbano das diversas cidades do país. Especificamente no estado do Mato Grosso do Sul, a quantidade de pessoas que se autodeclararam indígenas foi de 116.346 pessoas, o que equivale a 4,22 % da população registrada. Vale ressaltar que em todos os 79 municípios do Estado há presença de indígenas em diferentes contextos (IBGE, 2023).

O crescimento expressivo da população indígena do Brasil nos últimos 12 anos, sobretudo nas áreas urbanas, representa um desafio para a construção de políticas públicas voltadas para as necessidades desta população, que visem diminuir os riscos e as vulnerabilidades que o contexto urbano impõe para estes povos. Sendo assim, o reconhecimento da saúde como uma prioridade implica respeitar os direitos garantidos na Constituição Cidadã de 1988 e valorizar a existência deles e sua contribuição para a sociedade (Figueiredo et al., 2017).

Com relação ao sistema de saúde, deve-se considerar que o processo saúde doença na perspectiva dos povos indígenas possui concepções diferentes sobre a noção de corpo, saúde, doença, vida, morte e sua relação com os modos de vida, produzindo uma forma distinta de pensar a saúde. Desse modo, a possibilidade de incluir os saberes e práticas tradicionais indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), exige conhecimentos mínimos das necessidades específicas e o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento de uma assistência culturalmente adaptada com base nas propostas

da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) através da qualificação permanente dos profissionais de saúde que atendem populações indígenas (Rosado, 2018).

A diversidade de povos indígenas do Brasil representa uma pluralidade de costumes e tradições, o que implica formas diferentes de viver e de se relacionar com o mundo e com os outros. Segundo Mendonça e Rodrigues (2008. p. 1) “O processo saúde-doença para os povos indígenas têm determinantes específicos, além daqueles a que estão sujeitos todos os brasileiros”.

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção, o qual foi desenvolvido no formato de oficinas em uma unidade de saúde, visando a qualificação dos profissionais de saúde e propiciando a troca de saberes, assim como, de rodas de conversa em duas comunidades indígenas no contexto urbano com o intuito de discutir a assistência em saúde.

A relevância desta proposta reside na necessidade de oferecer serviços e ações de saúde norteados pelos princípios do SUS, neste caso, com ênfases na competência cultural como um atributo que possibilita o reconhecimento das demandas específicas da população indígena no contexto urbano adscrita nos territórios das unidades de saúde e possibilita o diálogo e o planejamento a partir das reais demandas, com o intuito de promover saúde e prevenir doenças e agravos.

O Projeto de Intervenção se fundamentou nos princípios da Educação Permanente em Saúde, a qual considera o habitual do trabalho em saúde um recurso pedagógico, aprendizagem-trabalho (Merhy, 2015), pois, favorece a construção de espaços coletivos para a discussão e avaliação dos atos de saúde (Ceccim, 2005).

Também foi aplicada a metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez, o qual é organizado em cinco etapas que são desenvolvidas a partir de um recorte da realidade (Bordenave; Pereira, 1982). Tais etapas foram utilizadas no decorrer das atividades previamente apresentadas.

Nessa perspectiva, a pesquisa teve como objetivo geral aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, dos profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo atendimento da população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com a colonização e como consequência a ocupação das terras indígenas por parte dos colonizadores, o cuidado pelos indígenas passou a ser responsabilidade da igreja através dos missionários que cuidavam dos corpos e das almas. Na época, muitos povos indígenas foram exterminados ou feitos escravos, reduzindo significativamente o número daqueles que já habitavam as terras invadidas pelos colonizadores, o que indica que a aproximação com cultura não indígena nunca foi pacífica e amigável (Mendonça; Rodrigues, 2008).

Nessa perspectiva, a exploração da natureza, a construção de ferrovias e da linha telegráfica na era da República, implicou no extermínio de povos originários que não foram respeitados na sua identidade e nem reconhecidos como donos desses territórios (Mendonça; Rodrigues, 2008).

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos) (BRASIL, 2002 p. 7).

O contato com a cultura europeia, além de impactar significativamente a vida dos povos indígenas, originou conflitos fundiários que até a atualidade alguns se mantêm, como expressão dos interesses econômicos do sistema capitalista e seus projetos de desenvolvimento que implicou a destruição e exploração da natureza com fins meramente lucrativos (BRASIL, 2002).

Estes empreendimentos, já no início da década de 1900, provocaram massacres de indígenas elevando a taxa de mortalidade devido às doenças transmissíveis. Em vista disso, no ano 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que visava proteger aos índios com a finalidade de assimilá-los aos progressos produtivos da nação (BRASIL, 2002).

Toda a problemática envolvendo a terra e o conflito fundiário afetou diretamente os povos indígenas, os quais sofreram ataques violentos no confronto com a classe burguesa, que se apropriou dos seus territórios, expulsando-os e negando-lhes o direito de possuir a terra de forma coletiva para garantir seus modos de vida tradicionais. Como consequência das invasões e da exploração desmedida do solo brasileiro, deu-se a devastação física e cultural que exterminou numerosos grupos étnicos, reduzindo a população indígena originária a uma

minorias que até hoje continua sendo excluída e privada de uma vida digna com seus costumes tradicionais (Silva, 2017).

Em sequência, na década de 1950, teve início o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de atender por meio de ações básicas de saúde como vacinação, atendimento odontológico, controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis, às populações indígenas com difícil acesso. Seguidamente em 1967, o SPI foi extinto e no lugar foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), seguindo o modelo de atendimento do SUSA, acrescentando as Equipes Volantes de Saúde (EVS) (BRASIL, 2002).

Vale destacar que a visão desta política indigenista se baseava em considerar os índios como crianças menores e como objeto de fácil integração com a sociedade não indígena para que pudessem evoluir. Entretanto, a assistência à saúde não teve mudanças relevantes a favor dos povos indígenas, pois, a mesma continuou sem uma organização, ocorrendo de forma esporádica e em casos emergenciais ou com finalidades de pacificação (BRASIL, 2002).

Até a época citada anteriormente, caracterizada por uma intensa intervenção do poder público muitas vezes ou quase sempre sem considerar a opinião dos indígenas, as instituições políticas esperavam e pautavam suas ações na expectativa de que os povos indígenas progressivamente desapareceriam e deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Contudo, aconteceu exatamente o contrário, pois, a população indígena apresentou um grande crescimento demográfico, fortalecendo a resistência em preservar suas identidades e reivindicando seus direitos (Garnelo, 2012).

Na década de 1980 se concretizou a redemocratização do país, após uma longa luta e reivindicação dos movimentos sociais e de vários setores da sociedade, incluindo o movimento indígena que se destacou com uma participação ativa nesse processo. A concretização de tais reivindicações culminou na promulgação da Constituição Cidadã, a qual permitiu ampliar a responsabilidade do Estado com a saúde pública de toda a população, favorecendo a criação do SUS a partir da concepção da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Enquanto aos povos indígenas, a Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito dos mesmos a sua organização social, língua, crenças, costumes e tradições, limitando um prazo de cinco anos para a demarcação de todas as terras indígenas do país, o que até hoje não ocorreu na sua totalidade (Mendonça; Rodrigues, 2008).

Nesse sentido, tomou-se como ponto de partida os princípios e diretrizes do SUS para a elaboração e promulgação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

(PNASPI) em 1999, através da lei conhecida como Lei Arouca, tal lei tinha como finalidade identificar as especificidades dos povos originários vinculados ao SUS, com o intuito de desenvolver ações diferenciadas para o atendimento em saúde dos povos indígenas.

Atualmente a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) configura um dos principais dispositivos legais para a concretização de uma assistência diferenciada aos povos indígenas, sendo assim, possibilitar que os profissionais de saúde tenham acesso a informações sobre a referida política é fundamental para que mudanças no campo da prática em saúde aconteçam independentemente do local onde as ações são desenvolvidas. O reconhecimento dos indígenas como populações culturalmente diferenciadas perpassa pela escuta atenta e qualificada, assim como, pelo diálogo intercultural, visando identificar aspectos legítimos e singulares dos indivíduos vinculados às demandas e necessidades em saúde (Rosado, 2018).

A população total dos povos indígenas no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em Agosto do ano 2023, referente ao censo populacional do ano 2022, apontou um crescimento de mais de cinquenta por cento em doze anos, com variação positiva de 88,82%. Em 2010, o IBGE contabilizou 896.917 pessoas que se autodeclararam indígenas, já em 2022 esse número subiu para 1.693.535 pessoas pertencentes a diferentes povos indígenas (IBGE, 2023).

Tal realidade a nível nacional representa uma diversidade cultural significativa distribuídos em mais de 300 povos que falam mais de 180 línguas diferentes, localizados em espaços urbanos e rurais, com características culturais, sociais, econômicas e históricas diversificadas. Desconhece-se a dinâmica demográfica de tais povos, pois, dados sobre natalidade, mortalidade ou migração dos povos indígenas do Brasil são escassos na atualidade, o que se reflete na falta de dados históricos, antropológicos, sociais e econômicos que possam auxiliar para um debate pautado em uma visão mais plural e menos singular em vista da sociodiversidade indígena (Pagliaro; Azevedo; Ventura, 2005).

Especificamente Mato Grosso do Sul, de acordo com os dados divulgados pelo IBGE em 2023, possui a terceira maior população indígena do país, com um total de 116.346 pessoas indígenas, o que representa o 4,22% da população total do Estado. Vale ressaltar que de acordo com o censo demográfico de 2022, Mato Grosso do Sul possui presença indígena em todos os municípios, ou seja, nos 79 municípios do Estado e em 62 municípios houve aumento da população indígena nos últimos doze anos, entre 2010 e 2022. Os cinco primeiros

municípios de Mato Grosso do Sul em quantidade de indígenas são: Campo Grande, Dourados, Amambai, Aquidauana e Miranda (IBGE, 2023).

Antes da Constituição Federal de 1988 o discurso sobre políticas indigenistas era baseado no entendimento de que os povos indígenas como população culturalmente diferenciada desapareceriam, através da absorção destes pela sociedade nacional, o que implicava em políticas assistencialistas sem considerar as particularidades dos diversos povos, suas necessidades e negando-lhes o direito de serem protagonistas do seu próprio processo. Após a proclamação da Constituição Cidadã de 1988, a qual reconheceu os direitos à sociodiversidade, ficou garantido o direito à terra, organização social, língua, expressões culturais, educação e saúde diferenciada de tais povos, sendo o Estado responsável por zelar para a efetivação de tais garantias (Arouca; Lima, 2014).

Os levantamentos demográficos dos povos indígenas realizados no final da década de 1970 e início de 1980, desenvolvido pela sociedade civil, com relevante participação do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) entre outros, contribuiu para demonstrar que os povos originários longe de estarem em um estágio transitório encontravam-se em crescimento populacional. Nesse sentido, sabe-se que mesmo que os direitos estejam ainda hoje sendo reivindicados para que realmente sejam efetivados, vale destacar que dados populacionais continuam sendo fundamentais na resistência e luta destes povos pelo reconhecimento e respeito à sociodiversidade que os mesmo representam para o país (Guimarães, 2019).

Com relação ao sistema de saúde, deve-se considerar que o processo saúde doença na perspectiva dos povos indígenas possuem concepções diferentes sobre a noção de corpo, saúde, doença, vida, morte e sua relação com os modos de vida, produzindo uma forma distinta de pensar a saúde. Desse modo, a possibilidade de incluir os saberes e práticas tradicionais indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), exige conhecimentos mínimos das necessidades específicas e o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento de uma assistência culturalmente adaptada com base nas propostas da PNASPI através da qualificação permanente dos profissionais de saúde que atendem populações indígenas (Rosado, 2018).

De acordo com Pontes et al., (2021), a saúde dos povos indígenas implica na interação de diversos fatores fundamentais para a vida e subsistência dos mesmos. Destaca-se como fator importante o direito à posse e acesso à terra como garantia para preservação e fortalecimento da cultura, soberania

alimentar, educação e saúde diferenciada, moradia e de trabalho. Sendo assim, a saúde dos povos originários possui uma estreita relação com a forma como eles ocupam seus territórios e

(...) pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde; e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (Pontes et al., 2021 p. 52 Apud UNI, 1988: 8).

A constituição Federal de 1988 se diferenciou das anteriores no sentido de decretar a saúde como um direito e também ao dedicar um capítulo específico para os povos Indígenas, contido nos artigos 231 e 232. Nesse sentido, tais artigos exigem uma leitura com a atenção redobrada, pois, Conforme Souza (2009 p.109) “pode levar a crer que não há proteção à saúde indígena mais do que a proteção geral estabelecida a todos os cidadãos brasileiros”, o que exige uma análise detalhada dos artigos citados.

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (BRASIL, 2016 p. 133-134).

Tratando-se da saúde como um direito, especificamente dos povos indígenas, existem duas vertentes que se derivam do mesmo direito, ou seja, direito para manter e praticar seus costumes, usar seus próprios métodos, conhecimentos para a cura e a prevenção e o outro eixo, direito a acessar aos outros conhecimentos, métodos e instrumentos que são disponíveis a todos os cidadãos brasileiros não indígenas. A primeira vertente se sustenta e sustenta a cultura de cada povo com suas particularidades étnicas e a segunda exige uma readequação de todos os serviços oferecidos pelo SUS, para atender as demandas específicas em qualquer lugar que elas apareçam (Souza, 2009).

Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro considera a saúde como um direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988, assume um conceito de saúde ampliado, ou seja, não só como a mera ausência de doença. Assim sendo, o conceito ampliado de saúde exige a criação de políticas públicas que correspondam a tal concepção de saúde. Nesse sentido o SUS, se pauta em ações que não visam só a recuperação da saúde, porém, ações de prevenção de agravos, promoção, recuperação, reabilitação da saúde com base nos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2010).

A gestão de uma política de saúde envolve fases que auxiliam no desenvolvimento e implementação da mesma. Portanto, definir sua finalidade, construir estratégias e ações coerentes com o fim,

utilizando instrumentos adequados e acessíveis que orientem as ações, determinar as funções e rotina de trabalho dos agentes que atuaram na política, criar espaços para discutir e avaliar o desempenho, assim como, delimitar valores éticos de justiça e igualdade como base da política, constituem alguns elementos fundamentais da dinâmica da gestão de uma política de saúde (Garnelo, 2014).

As comunidades indígenas que se encontram em contextos urbanos se deparam com dificuldades como consequência da migração e das diferenças culturais, em vista disso, garantir o acesso adequado aos serviços de saúde torna-se uma urgência e um desafio, devido ao crescimento população dos povos indígenas, especificamente ocupando espaços urbanos (Tobias et al, 2023).

A V Conferência de Saúde Indígena realizada no ano de 2015 em Brasília – DF, que teve como lema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” na sua declaração no relatório final consta a solicitação pela definição de estratégias por parte das Secretarias de Saúde articuladas conjuntamente com o Ministério da Saúde que permitam promover entre outras ações o “acesso para todos os indígenas (aldeados, não aldeados e urbanos) aos serviços de saúde de qualidade” (BRASIL, 2015 p.27).

Isso significa que existe a preocupação de parte das lideranças indígenas sobre a realidade daqueles que têm migrado de suas aldeias de origens por diversos motivos e que atualmente se encontram em contextos urbanos, o que não representa a perda dos direitos garantidos na Constituição Federal de 1988.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um modelo assistencial capaz de produzir resultados positivos na vida da população, pois, países que têm como referência a APS, apresentam melhores índices de desenvolvimento e de saúde das pessoas, além de, demonstrar maior efetividade no tratamento das doenças crônicas, ênfase no cuidado, na prevenção de agravos e promoção as saúde e contribuir no combate das iniquidades em saúde, proporcionando maior acesso dos usuários a todos os serviços e níveis de atenção (Oliveira; Pereira, 2013).

Para Starfield (2002), a eficácia e abrangência da atenção primária podem ser medidas a partir da abordagem capacidade – desempenho, o que envolve elementos estruturais como a acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade assim como, aspectos que tornam importantes e relevantes as ações em saúde, sendo eles, utilização de serviços pela população e reconhecimento dos problemas por profissionais de serviços de saúde. Sendo assim, a APS, é responsável por acolher todas as queixas e problemas de saúde mais frequentes da comunidade, possibilitando o acesso integral aos serviços disponíveis e planejando ações de prevenção, cura e

reabilitação visando maximizar a saúde e bem estar dos usuários. De acordo com Oliveira e Pereira (2013, p. 159), a APS:

Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Os serviços e ações ofertados na APS devem ser coerentes com as necessidades das pessoas e comunidades, nesse sentido, se faz necessário reconhecer e identificar tais demandas, pois, as mesmas orientarão o planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas no sistema de saúde. Caracterizar um problema norteia a seleção de situações que exigem maior atenção e o desdobramento de condutas objetivando o diagnóstico ou melhor compreensão da situação, para logo produzir estratégias para o tratamento das mesmas e por último realizar a reavaliação do problema com o intuito de verificar se as ações foram adequadas e responderam de forma satisfatória para a resolução (Starfield, 2002).

Em vista disso, e considerando que o cuidado é contínuo, “a esta altura, o processo de atenção inicia um novo ciclo de monitoramento e acompanhamento, com vigilância dos problemas tal qual existem agora” (Starfield, 2002, p. 59).

A competência cultural, como atributo da APS significa na prática valorizar as singularidades dos lugares e das pessoas, compreendendo os modos como estas entendem os processos de saúde e doença, sabendo que tal entendimento varia de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo. Os profissionais que atuam na APS pautados na competência cultural devem se atentar às percepções sobre a doença e o significado do adoecer dos usuários, sem sobrepor seus conhecimentos e crenças, que nem sempre são alinhados com os saberes e experiências da população atendida. De outro modo, a relação usuário profissional será marcada por conflitos e dilemas, o que pode gerar dificuldades na adesão do tratamento prejudicando a continuidade do cuidado (Damasceno; Silva, 2018).

Tratando-se da atenção em saúde dos povos indígenas dados epidemiológicos e demográficos, assim como, sobre a sociodiversidade são fundamentais, pois, deve-se reconhecer a existência dos povos indígenas cada um com uma cosmovisão, língua e organização próprias e diferentes entre si. Segundo Coimbra et al. (2005 p.13):

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país.

Os diversos contextos em que se encontram os povos originários, desde os isolados na Amazônia, os de recente contato, os aldeados até os que ocupam espaços no contexto urbano, com expressiva presença nas cidades brasileiras de Manaus- AM, Campo Grande-MS, São Paulo-SP, Dourados-MS e outras, evidencia a mudança do perfil epidemiológico e demográfico destes povos, com impactos diretos na saúde, pois, as mudanças ambientais e sociais afetam os modos de vida destes povos. Em vista disso, a atenção em saúde dos povos indígenas, torna-se um desafio que merece especial destaque, já que se desconhece o perfil epidemiológico dos povos indígenas devido à falta de informações, pesquisas e censos, assim como de dados sobre morbidades e mortalidade (Coimbra et al., 2005).

Vale destacar que a diversidade cultural representa um desafio para qualquer sistema de saúde, e no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) e o mesmo Subsistema de Saúde Indígena, o qual se orienta pelas diretrizes e princípios do SUS, carecem de uma clareza sobre os pressupostos da atenção diferenciada em saúde às populações indígenas, sendo esse assunto motivo de freqüentes debates e discussões (Mota; Nunes, 2018). Por tanto, tal fato revela a importância de se refletir e debater constantemente sobre essa realidade com a finalidade de garantir o direito a uma saúde diferenciada independentemente do contexto no qual se encontrem as pessoas que se autodeclaram indígenas.

De acordo com Damasceno e Silva (2017), o SUS possui como eixo estruturador a Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentando-se nas evidências de outros países que têm adotado o mesmo princípio e tem melhorado seus indicadores de saúde e como consequência têm alcançado melhores condições de vida da população. O acesso a um atendimento de qualidade como a que preza a APS, tem revelado

tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (Damasceno; Silva, 2019, p. 2).

A presença de famílias indígenas no território das unidades de saúde exige que os profissionais que ali atuam repensem sua forma de exercer a clínica e a capacidade de acrescentar novos conhecimentos de outras áreas de saberes que possam contribuir para um melhor atendimento em saúde não mais focado na doença e sim na pessoa. Sendo assim, segundo Schaper et al. (2009, p.7 apud Langdon, 2004) “É fundamental a construção de serviços de saúde orientados para as especificidades culturais e que respeitem os saberes e práticas tradicionais do grupo étnico”.

Reconhecendo que, com o fato das pessoas deixarem suas aldeias de origens elas não perdem o vínculo com suas comunidades às quais pertencem culturalmente, mantendo assim, sua identidade

étnica, a qual pode sofrer alterações no modo de manifestá-la, porém continua sendo fundamental para a organização do modo de vida, isso deveria significar que elas também merecem uma atenção diferenciada, o que na maioria das vezes não acontece, talvez devido à falta de orientações e pressupostos que orientem de que forma isso poderia acontecer, como foi mencionado anteriormente (Sousa et al., 2012).

Nesse cenário de diversidade sociocultural que caracteriza o Brasil, se faz necessário refletir sobre a competência cultural na APS, a qual segundo Damasceno e Silva (2019), tornou-se popular na América do Norte no vocabulário dos planejadores de saúde, médicos e enfermeiros, em vista do crescente aumento da diversidade cultural e da necessidade de melhorar a comunicação com grupos minoritários e de imigrantes, assim como, qualificar os cuidados dos profissionais de saúde. Vale destacar que a competência cultural como um atributo da APS, mas também com uma habilidade dos profissionais de saúde, não é sinônimo de competência clínica, em vista disso, desenvolver a competência cultural não significa ser um bom profissional de saúde (Damasceno; Silva, 2019). Sendo assim, torna-se importante considerar que:

Na APS, a competência cultural juntamente com a orientação centrada na família e a orientação comunitária são consideradas atributos derivados que qualificam suas ações por garantirem um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS (Damasceno; Silva, 2019, p. 5).

A competência cultural, se assumida como eixo fundamental para qualificar o atendimento aos usuários, reconhecendo suas diferenças culturais e planejando as ações a partir de tais especificidades, no caso dos indígenas no contexto urbano, os quais acessam os serviços de saúde na rede do SUS dos municípios em que residem, tem o potencial de contribuir com um dos apelos da V Conferência de saúde indígena que expressa “ser necessário que o Ministério da Saúde elabore diretrizes para o atendimento diferenciado à população indígena urbana com a participação da SESAI, SAS, Condisi, Conass e Conasems” (BRASIL, 2015, p. 136).

Dessa forma, o reconhecimento dos indígenas no contexto urbano implica necessariamente em elucidar quais são os principais problemas dessa população para acessar aos serviços de saúde, identificando fatores culturais e discriminatórios que possam estar gerando barreiras de acesso impedindo que a assistência em saúde ocorra de forma diferenciada. Assim sendo, mostra-se relevante discutir o assunto em questão analisando paralelamente as dificuldades para integrar os indígenas em contexto urbano ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assim como, discutir o papel da APS dos municípios na atenção desses usuários.

3 MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido no formato de Projeto de Intervenção (PI), o qual trata-se de uma proposta de ação elaborada a partir da identificação de uma demanda específica visando a transformação da realidade por meio de ações previamente planejadas, utilizando a abordagem qualitativa e descritiva.

3.1 LOCAL DO ESTUDO E POPULAÇÃO ALVO

O projeto foi desenvolvido simultaneamente nas aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral, localizadas no Bairro Tarsila do Amaral e na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Aquino Dias Bezerra - Vida Nova, localizada na Rua Nízia Floresta, 220, no Bairro Vida Nova, na Cidade de Campo Grande-MS. Nas referidas aldeias, a população é composta por indígenas de três povos diferentes, sendo Terena, Guarani e Kadiwéu. Vale ressaltar que a maioria das famílias pertencem ao povo Terena. A aldeia Água Bonita foi criada no ano 1999 quando começaram a chegar as primeiras famílias e ocuparam a área, hoje é composta de aproximadamente 260 famílias, o que representa um total de 760 pessoas aproximadamente. Já a aldeia Tarsila do Amaral, iniciou no ano 2005, e atualmente conta com 92 famílias, com um total de 315 pessoas aproximadamente.

A USF Vida Nova, possui 11.796 pessoas cadastradas no e-SUS PEC na USF Vida Nova aproximadamente, as quais residem nas aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral e nos bairros Jardim Anache, Vida Nova I, II e III e Tarsila do Amaral. Os profissionais da unidade de saúde, no total sessenta (60) de várias categorias, incluindo os profissionais da E-multi, se organizam em três equipes multiprofissionais para atender as demandas da população. A quantidade de pessoas cadastradas revela que a população indígenas corresponde a 9,11% por cento da população adscrita do território. Configurando-se assim, a unidade de saúde da Cidade de Campo Grande –MS com maior número de cadastros de pessoas indígenas.

Vale destacar que a USF Vida Nova funciona como unidade escola, ou seja, recebe anualmente profissionais médicos residentes para a formação em especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Os residentes durante dois anos, a partir da modalidade ensino-serviço, frequentam a unidade para aprenderem na prática e após esse período se tornam especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

Como critério de inclusão para participar do projeto de intervenção, os participantes atenderam aos seguintes critérios: ser moradores das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral para participar

das rodas de conversas e ser profissional de saúde independente da formação (Médicos, Cirurgiões Dentista, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate à Endemias, e outros) da USF Vida Nova para participar das oficinas de qualificação.

3.2 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Diante da urgência e o desafio de propor formas de atenção diferenciada em saúde para a população indígena que reside no contexto urbano, assim como, fortalecer as que já existem, a partir do reconhecimento e identificação das diferenças culturais, mostrou-se necessário a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência da referida população. Por isso, durante os meses de Outubro e Novembro do ano de 2023, foram desenvolvidas quatro oficinas de qualificação com os profissionais de saúde da Unidade Saúde da Família Dr. Aquino Dias Bezerra - Vida Nova, e ao mesmo tempo rodas de conversas com a população indígena das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral na cidade de Campo Grande-MS, sendo três rodas de conversa em cada comunidade.

As oficinas aconteceram semanalmente no auditório da unidade de saúde no período matutino com duração de duas horas cada oficina, as mesmas foram planejadas e desenvolvidas pela autora e a orientadora do projeto, as quais utilizaram diversas metodologias como: expositiva, discussão de caso, troca de experiência e saberes. Para as oficinas no modelo expositivas a apresentação se deu através de slides com os conteúdos que foram apresentados e discutidos com os profissionais de saúde.

A discussão de casos se deu a partir de situações da própria realidade da unidade trazidas pelos profissionais e a troca de experiências ao longo das oficinas, por meio do compartilhamento da experiência e especialmente na terceira oficina, na qual foi feita uma roda de conversa com profissionais indígenas que atuam na saúde indígena tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) como no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul (CONDISI-MS). Também participaram cuidadores tradicionais dos povos indígenas presentes no território e lideranças das aldeias urbanas.

Nas aldeias indígenas desenvolveram-se rodas de conversas, no total três em cada aldeia urbana, totalizando 6 rodas de conversa. As datas e locais foram previamente definidos junto com as lideranças locais, bem como o convite geral aos moradores das comunidades por parte das lideranças. As rodas de conversa tiveram duração de uma hora e trinta minutos cada uma com participação de entre dez e quinze pessoas aproximadamente em cada uma.

Os quadros a seguir contêm os conteúdos das oficinas e das rodas de conversa com as datas nas quais aconteceram e os respectivos objetivos.

Quadro 1- Cronograma das oficinas de qualificação com os profissionais de saúde.

DATA	TEMA	OBJETIVOS
06/10/2023 e 13/10/2023	História dos Povos Indígenas e história da saúde indígena	Conhecer e refletir nos diversos momentos históricos dos povos indígenas e articulá-los com a história da saúde indígena.
20/10/2023 e 27/11/202	Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande.	Identificar aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos relevantes dos povos indígenas que influenciam na saúde dos mesmos.
1/11/2023 e 10/11/2023	APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS e a prática da competência cultural.	Discutir APS e seus atributos, com ênfase na competência cultural, com o intuito de aproximar o conteúdo com a realidade dos povos indígenas no contexto urbano.
17/11/2023 e 24/11/2023	Especificidades socioculturais dos povos indígenas. O saber científico e as práticas tradicionais em saúde.	Construir estratégias de atenção diferenciada para a população indígena no contexto urbano.

	Desafios e perspectivas do cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.	
--	--	--

Quadro 2- Cronograma das rodas de conversa nas aldeias Água Bonita e Tarsila do Amaral.

DATA	TEMA	OBJETIVOS
4/10/2023 e 5/10/2023	Apresentação do projeto	Apresentar o projeto de intervenção aos indígenas moradores das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral.
9/10/2023 e 10/10/2023	Assistência à saúde: Dificuldades e desafios.	Identificar as principais barreiras de acesso da população indígena aos serviços de saúde.
16/10/2023 e 18/10/2023	Propostas para melhorar a assistência em saúde.	Identificar possibilidades para qualificar a assistência em saúde da população indígena no contexto urbano.

3.3 COLETA DE DADOS

A primeira parte da coleta de dados se deu inicialmente, antes do início das oficinas, a partir de um formulário impresso, o qual foi disponibilizado aos profissionais de saúde da referida USF, com o intuito de identificar o conhecimento sobre a realidade dos povos indígenas presentes no território e as principais dificuldades ou desafios na assistência à população indígena. O formulário foi elaborado pela autora do projeto e a orientadora do mesmo, com contribuição da supervisora da USF Vida Nova. Posteriormente, a coleta de dados realizou-se ao longo da execução das oficinas com os profissionais de saúde e das rodas de conversas nas aldeias urbanas.

A finalidade das rodas de conversas foi identificar junto à população indígena as dificuldades referentes à assistência em saúde e ao mesmo tempo reconhecer as práticas de cuidado diferenciadas e específicas, caso aconteçam, e as propostas para um atendimento de qualidade e diferenciado à população indígena no contexto urbano.

Cada encontro com os profissionais de saúde foi previamente planejado com uma temática específica e objetivos diferentes, norteados pelo levantamento de demandas coletadas pelo formulário respondido pelos profissionais, assim como, pelas informações obtidas nas rodas de conversas. Na última oficina os profissionais de saúde elaboraram propostas/estratégias para melhorar a assistência à população indígena, seguindo uma matriz a qual encontra-se nos anexos. Nesse momento também aconteceu a avaliação do projeto de intervenção, onde os profissionais de saúde responderam um formulário impresso, no qual tiveram a oportunidade de avaliar o processo de qualificação e instrumentalização do qual participaram.

O diário de campo também foi uma ferramenta utilizada para a coleta de dados ao longo do desenvolvimento do projeto, pois o mesmo, de acordo com Kroef et al. (2020 p. 466) "possibilita visibilizar aspectos da implicação do(a) pesquisador(a) com o campo estudado". Também foi feita a revisão bibliográfica da literatura disponível sobre o tema bases de dados como: Scielo, Redalyc, BDTD e Google acadêmico, com a finalidade de embasar os temas abordados nas oficinas e melhor compreensão da temática.

Vale destacar, que tanto as oficinas como as rodas de conversas, não foram gravadas nem filmadas, somente foram feitos registros fotográficos com prévia autorização dos participantes. Tal autorização consta no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) assinado previamente pelos participantes.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

O Projeto de Intervenção, teve como fundamento os princípios da Educação Permanente em Saúde, a qual considera o habitual do trabalho em saúde um recurso pedagógico, aprendizagem-trabalho (Merhy, 2015), pois, favorece a construção de espaços coletivos para a discussão e avaliação dos atos de saúde (Ceccim, 2005).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudança institucional ou mudança de orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (Ceccim, 2005, p. 162).

Também foi aplicada a metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez, organizado em cinco etapas que são desenvolvidas a partir de um recorte da realidade (Bordenave; Pereira, 1982). Essas etapas foram desenvolvidas no decorrer das atividades previamente apresentadas.

A metodologia do arco, de acordo com Santos et al. (2018), constitui-se em cinco etapas consecutivas, ou seja, sempre a anterior vai ser indispensável para alcançar a próxima etapa. As etapas são: 1. Observação da realidade; 2. Pontos Chaves; 3. Teorização; 4. Formulação de hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade.

A primeira etapa, a observação da realidade, exige um olhar detalhado e criterioso do contexto com o intuito de problematizar as situações encontradas. Na segunda etapa são identificados os pontos chaves, as possíveis causas ou determinantes do problema identificado. A terceira etapa implica analisar as informações científicas produzidas sobre o tema com a finalidade de compreender as causas. Na quarta etapa é possível construir hipóteses embasadas no aprofundamento teórico. E na última etapa é o momento de articular a teoria com a prática, intervindo na realidade de modo a transformá-la (Santos et al., 2018).

Figura 1- Esquema Arco de Maguerez



Fonte: Mitre et al. (2008)

A metodologia do arco, sendo uma proposta que visa o ensino, não no formato tradicional, mas sim, o ensino a partir do cotidiano, das vivências e experiências, possibilita criar novos caminhos, novas respostas a situações relacionadas com o ambiente de trabalho (Berbel, 1998). Em vista disso, conforme Berbel (1998, p. 144):

Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes.

O formulário impresso respondido pelos profissionais de saúde antes de iniciar as oficinas possibilitou identificar os principais déficit enquanto aos conhecimentos sobre a realidade da população indígenas, assim como, as dificuldades na assistência a essa população, o que atingiu o objetivo principal do

instrumento aplicado, pois, a partir das informações coletadas e analisadas qualitativamente foi possível selecionar os conteúdos para as oficinas de qualificação.

As atividades planejadas foram construídas seguindo os princípios da Educação Permanente em Saúde, compreendendo tal prática como uma ferramenta de ensino-aprendizagem que incentiva a transformação das práticas em saúde, tomando como referência e ponto de partida os processos de trabalho com suas particularidades. Sendo assim,

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004, p. 13).

As rodas de conversa e a participação nas oficinas também foram analisadas qualitativamente, as informações do diário de campo foram fundamentais para analisar e correlacionar informações e provocar uma reflexão sobre a prática e sobre o projeto de intervenção. Assim se deu a construção das etapas da metodologia do arco, pois, após observar a realidade e identificar o problema, através dos instrumentos citados anteriormente as outras etapas foram construídas coletivamente com a participação ativa dos indígenas e dos profissionais de saúde.

3.5 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Após a realização das oficinas os profissionais de saúde avaliaram a intervenção por meio de um formulário impresso identificado como “Questionário Pós-oficinas”, o qual tinha por finalidade avaliar a partir do ponto de vista de cada profissional, cada atividade ou tema abordado nas oficinas. O instrumento, construído no estilo de escala de avaliação de desempenho, continha três categorias de resposta para cada item, sendo elas: ótimo, bom, razoável, e cada profissional deveria atribuir uma dessas respostas a cada temática.

Nesse sentido, foi possível captar a apreciação de cada uma das partes da intervenção, pois, “Avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões” (BRASIL, 2022 p. 9 apud Contandriopoulos et al., 1997).

As questões da avaliação foram pensadas e elaboradas não só para coletar dados quantitativos, mas e sobretudo, para reunir informações que possam ser relevantes para o fortalecimento de ações que

visem promover a aproximação permanente e humanizada entre os profissionais de saúde e os moradores das aldeias urbanas do território.

Na perspectiva de avaliar também a intervenção junto aos indígenas, foi realizado um encontro com as lideranças das duas comunidades no final de toda a intervenção. Na ocasião, além de acolher as percepções deles, foi possível repassar informações sobre o término das atividades e o desenvolvimento das oficinas realizadas junto com os profissionais de saúde.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta do Projeto de Intervenção foi submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS (SESAU-CG), por envolver intervenção em uma unidade de saúde municipal.

Vale salientar, que como o referido projeto envolveu realização de atividades dentro das Aldeias Urbanas de Campo Grande-MS, assim, a autora do projeto conseguiu junto às lideranças das comunidades indígenas nas quais desenvolveu o projeto, sua autorização.

Após os trâmites informados, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para análise no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e posteriormente à Comissão Nacional de Estudos e Pesquisas (CONEP), por se tratar de estudos junto à população indígena. A CONEP, após a devida análise, emitiu o parecer de aprovação do projeto, sob o CAAE N° 69645123.0.0000.0021, o qual consta nos anexos. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) foi elaborado seguindo as recomendações do CEP e CONEP e disponibilizado aos participantes garantindo o sigilo do anonimato da pesquisa. Foi necessário, segundo orientação do CEP e CONEP, elaborar dois RCLE, um para cada público alvo, ou seja, um para os profissionais de saúde e outro para os indígenas, pois cada registro contém particularidades específicas para cada grupo.

4 RESULTADOS

O projeto de intervenção como já informado, foi desenvolvido a partir da metodologia do Arco que tem como partida a realidade vista e analisada desde diferentes pontos de vista e se caracteriza por ser uma metodologia problematizadora, estruturada em etapas com características bem definidas e que de forma consecutivas contribuem para a discussão de uma temática, como o intuito de transformar a realidade (Colombo; Berbel, 2007).

Tal metodologia possibilitou identificar problemas e conflitos do cotidiano referentes à assistência em saúde da população indígena presente no território da USF Vida Nova, assim como, criar possíveis

estratégias de solução ou ao menos vislumbrar possibilidades de respostas aos desafios na assistência e cuidado à população indígena reconhecidos pelos profissionais de saúde e as demandas e anseios da população indígena, nesse contexto. De acordo com Silva, et al. (2020 p. 44), “esse método possibilita não só desvendar a realidade, mas transformá-la em ação prática”. Vale destacar que os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) aliada à metodologia do arco contribuíram significativamente para o debate da temática e a construção de novos conhecimentos sobre a mesma.

A transformação da realidade perpassa pela transformação dos próprios sujeitos envolvidos, pois, a participação ativa destes e a interação de forma dialógica com a realidade identificada como uma situação problema instiga-os a analisá-la, teorizá-la, levantar hipóteses de resolução e elaborar propostas de solução que possam ser postas em prática e causar um impacto positivo na realidade (Santos et al., 2018 apud Bordenave; Pereira, 2012).

Diante disso, os resultados da pesquisa estão apresentados e organizados seguindo a ordem das etapas da metodologia do Arco de Maguerez, as quais foram desenvolvidas durante a execução do projeto de intervenção.

PRIMEIRA ETAPA: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE.

A primeira etapa tem por finalidade por meio da observação atenta e detalhada da realidade, segundo Silva et al. (2020 p.45 apud Berbel, 1998),

[...] identificar as carências, incongruências e as complexidades, transformando-as em problemas que, posteriormente, serão problematizados em uma discussão entre os grupos, podendo ser elencados vários problemas ou apenas um.

Sendo assim, por meio das informações coletadas no formulário pré-oficinas respondido pelos profissionais de saúde, assim como, nas rodas de conversas com os moradores das aldeias urbanas, foi possível fazer o levantamento de dados relevantes à temática e posteriormente problematizá-los ao longo dos encontros.

Como parte da primeira etapa apresentou-se a temática do projeto: “Indígenas no Contexto Urbano: estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS”, à gestão local da USF Vida Nova, da qual participaram: supervisora do programa de residência, gerente e preceptores. Nesse primeiro momento, surgiu a necessidade de convocar a todos os profissionais da USF para participarem do projeto de intervenção por meio das oficinas de qualificação e de fazer o planejamento desses

momentos formativos. A equipe técnica reconheceu a relevância do tema devido ao número expressivo de pessoas indígenas presentes no território da unidade de saúde.

Sendo assim, foi pactuado dividir a equipe em dois grupos para participar das oficinas, com o intuito de não prejudicar a assistência à população, revezando os profissionais para o atendimento e a participação nas oficinas. Segundo Nunes et al.(2016 p. 5 apud Barth, et al., 2012), a metodologia do arco,

[...]se mostra uma excelente estratégia para o desenvolvimento de um processo que busca uma visão crítica reflexiva e criativa e inicialmente, existe uma insegurança quando não se conhece ao certo como aplicá-lo.

Nesse sentido, percebeu-se uma certa dificuldade ao planejar e organizar junto à gestão local, qual seria o momento mais adequado para ocorrer as oficinas, provocando assim algumas tensões entre a necessidade de atender as demandas da população e a importância da qualificação e capacitação dos profissionais no tema proposto. Situação esta que precisou de uma intervenção mais incisiva da equipe técnica para determinar como se daria a participação e execução das oficinas.

Referente às respostas das questões do formulário pré-oficinas, foi possível identificar que a maioria dos profissionais tinha pouco conhecimentos sobre a realidade da população indígena do território. Dados como quantidade de famílias, povos a que pertencem, práticas tradicionais de cuidado com a saúde, organização própria, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), entre outros, eram desconhecidos pela maioria dos profissionais.

As primeiras rodas de conversa nas aldeias urbanas fizeram parte dessa primeira etapa, alguns assuntos foram colocados como indispensáveis para discutir o tema em questão, tais como: a necessidade de discutir o território como posse coletiva, direitos dos povos indígenas no contexto urbano, atendimento diferenciado, o reconhecimento da identidade indígena, preconceito e discriminação, necessidade de reservar vagas para os profissionais indígena da área da saúde, a falta de uma lei municipal para efetivar o direito a uma assistência diferenciada, negligência dos órgãos públicos para os indígenas do contexto urbano, entre outros.

Tais assuntos revelam a relação diferenciada dos povos indígenas com o processo saúde doença, pois, aspectos como coletividade, território e identidade são fatores fundamentais para a manutenção da cultura e como consequência da saúde. A PNASPI reconhece a importância das práticas tradicionais de cuidado com a saúde e o direito à vivência dos povos originários de suas culturas, incentivando no

SUS o diálogo intercultural com o intuito de integrar os sistemas tradicionais nos serviços oferecidos (BRASIL, 2002).

SEGUNDA ETAPA: PONTOS CHAVES

A segunda etapa implica sintetizar as informações coletadas na primeira etapa, com a finalidade de definir o que será estudado e aprofundado sobre o tema e ir desenhando possíveis respostas aos problemas identificados. Em vista disso, é necessário uma reflexão das problemáticas o que auxiliará para uma melhor compreensão das mesmas. Identificar e associar fatores que estão relacionados aos problemas, contribui para nomear as possíveis causas (Colombo; Berbel, 2007).

As respostas do questionário pré-oficinas foram sistematizadas na Tabela 1, a qual permitiu apreciar as informações coletadas de forma mais detalhada.

Tabela 1 - Conhecimento dos profissionais de saúde da USF Vida Nova, relacionado aos Povos Indígenas em contexto urbano de território adscrito na mesma unidade, no município de Campo Grande-MS.						
Perguntas	Sim		Não		Talvez	
	N	%	N	%	N	%
Tem conhecimento de quantas famílias indígenas residem no território da Unidade de Saúde?	2	12	10	63	4	25
Sabe a quais povos (etnias) pertencem essa população?	7	44	9	56	0	0
Já visitou alguma família indígena do território?	12	75	4	25	0	0
A unidade já organizou ou realiza ações específicas voltada para a população indígena do seu território?	12	80	3	20	0	0
Tem algum conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?	3	19	13	81	0	0
Conhece algumas práticas culturais de cuidado ou tratamento de saúde, da população indígena assistida pela unidade de saúde?	2	14	12	86	0	0
Acha relevante conhecer as especificidades desses povos para seu trabalho como profissional de saúde?	14	86	2	14	0	0

Em relação ao conhecimento da quantidade de famílias indígenas presentes no território, a maioria dos profissionais (63%) respondeu que não sabia, 12% respondeu que sabia e um 25% talvez aproximadamente. Sobre a que povos indígenas pertencem os usuários indígenas, 56% responderam que não tinham conhecimento a quais povos os indígenas do território pertencem e 44% responderam que sim tinham tal conhecimento.

A respeito das visitas feitas pela equipe às famílias indígenas, 75% respondeu que já tinha realizado visitas a alguma família indígena. Enquanto 25% respondeu que nunca visitou alguma família indígena. As respostas sobre as ações específicas voltadas para a população indígena, 80% respondeu que sim, que a USF já realizou ações específicas e 20% respondeu que não. Quando perguntados se tinham

conhecimentos sobre a PNASPI, 81% responderam que não tinham e 19% que sim possuíam algum tipo de informação sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A questão sete indagou sobre práticas culturais de cuidado dos povos indígenas presentes no território da USF, 86% afirmou desconhecer e 14% afirmou conhecer alguma prática cultural de cuidado com a saúde. Sobre a relevância de conhecer as especificidades dos povos indígenas para a prática profissional, 86% responderam ser relevante e 14% responderam não ser relevante.

Os principais desafios e dificuldades encontradas na assistência dos indígenas no contexto urbano, os profissionais apontaram a dificuldade de saber se o usuário indígena realmente compreende as informações e orientações transmitidas e se a comunicação foi clara o suficiente (28%), seguido de: dificuldade na adesão ao tratamento e demais orientações (22%); dificuldades com a língua materna indígena (17%); desafios sobre a pouca informação que se tem dos aspectos culturais e demais especificidades (13%); desafios quanto à associação/adoção de práticas culturais de saúde por parte dos usuários indígenas (9%); dificuldades quanto à abertura e ao acesso ao usuário indígena (5%); e outros (6%).

Os formulários também continham algumas perguntas abertas, as quais, com suas respectivas respostas foram agrupadas no seguinte quadro.

Quadro 3- Respostas dos profissionais de saúde às questões abertas do formulário pré-oficinas.

Por que acha relevante para sua prática profissional ter conhecimentos sobre as especificidades dos povos indígenas do território?	• Conhecendo a cultura, hábitos alimentares, fica mais fácil elaborar plano alimentar. • Para melhorar a comunicação e o vínculo com os pacientes. • Para ter um cuidado em saúde mais
--	--

	específico. Muito válido para o conhecimento profissional. • Pela dificuldade em diversos momentos do atendimento e cuidado dessa população, desde limitações na linguística a crenças e práticas que prejudicam a adesão ao tratamento medicamentoso. • Tem que ter muita paciência com o indígena, eles têm dificuldades em entender o português, sobre administrar a medicação tem que explicar diversas vezes. • Melhorar o vínculo, melhora a terapêutica do paciente. • Para conhecimento e se for atender um paciente me sentir preparada. • Porque através de conhecer as especificidades podemos oferecer um melhor atendimento, e assim, terem uma qualidade de vida melhor, principalmente na saúde indígena. • Para poder melhor assisti-los. Porque eles tem suas particularidades. Conhecendo seus hábitos e costumes podemos abordar assuntos e temas de maneira que sejamos bem compreendidos e aceitos. Para atender e orientar de forma mais específica
Particularidades observadas pelos profissionais de saúde nas visitas às famílias indígenas.	• Resistência, dificuldade da linguagem, observamos que a cultura e os costumes indígenas prevalece mesmo estando urbanizados, principalmente em relação à vulnerabilidade, casa com chão de terra batido, crianças descalças, o indígena tem dificuldades de entendimento, não gosta de tomar medicação de laboratório, dificuldades de entendimento e na comunicação. • Em minha microárea tenho famílias guarani, terenas e kadiwéu, pessoas muito simples, são reservados, tem seus costumes e maneiras de se comportar e de recepcionar as

	pessoas que não fazem parte de seu convívio, muitos ainda não tinham vindo na USF.
Quais outros desafios e dificuldades na assistência aos indígenas no contexto urbano?	● Vulnerabilidade social a qual os povos indígenas estão inseridos, os desafios diários para ter acesso a bens e serviços públicos. ● Moradia sem água potável, fossa a céu aberto, não tem esgoto. ● Uso de medicação correta, aceitar o tratamento. ● Muitas vezes passamos informações sobre o tratamento, acompanhamento e fluxo da unidade, e eles dizem que entenderam, mas no fundo estão cheios de dúvidas.

Nessa perspectiva, os pontos chaves que emergiram a partir da análise da primeira etapa foram: necessidade de discutir com os profissionais de saúde os princípios e objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), perfil demográfico dos povos indígenas, diálogo intercultural, práticas tradicionais, história dos povos indígenas do Brasil e especificamente do Mato Grosso do Sul e a realidade dos povos indígenas do contexto urbano.

A elaboração dos pontos chaves permitiu associar as problemáticas identificadas na primeira etapa, principalmente, com o déficit na qualificação e preparação dos profissionais que atuam com a população indígena. O desconhecimento dos aspectos culturais, além de representar uma barreira de acesso, pode ocasionar a desconsideração das representações sócio culturais do processo saúde-doença, ou seja, dos aspectos subjetivos, biológicos e culturais, prejudicando o vínculo terapêutico e consequentemente o cuidado com a saúde do paciente (Mendonça, 2009).

Para a execução e desenvolvimento das próximas etapas se fez necessário organizar e planejar os espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS), os quais representam no cotidiano da unidade de saúde oportunidades para discutir processos de trabalho, assim como, para apreender no processo de discussão e participação as práticas e saberes presentes no dia a dia de trabalho e as diversas narrativas e especificidades do território. De acordo com Ceccim

(2005), as equipes multiprofissionais seguem uma lógica de resolutividade dos problemas de saúde, colocando em risco a qualidade do trabalho, pois, o foco é a quantidade sem questionar a desatualização e a quantidade de pessoas disponíveis, que pelo geral são poucas, para responderem aos grandes desafios do dia a dia.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (Ceccim, 2005 p. 163).

As primeiras rodas de conversa também fizeram parte dessa etapa e as mesmas aconteceram algumas no espaço comunitário de uma das aldeias e outras na casa das lideranças da comunidade, em um ambiente tranquilo e acolhedor, sendo um espaço de participação democrática, no qual, todos puderam participar de forma livre e espontânea.

TERCEIRA ETAPA: TEORIZAÇÃO

O momento da teorização caracteriza-se pelo embasamento teórico e a fundamentação das informações que foram analisadas na primeira e segunda etapa, com o intuito de apurar explicações e o entendimento da realidade e dos pontos chaves, buscando construir conclusões que auxiliem no desenvolvimento da etapa seguinte (Nunes et al., 2016). Assim sendo, “a etapa permite construir respostas apoiadas na literatura, por meio de informações de especialistas, pesquisas de cunho histórico, técnico e científico e também, por informações de pessoas que vivem o problema” (Colombo; Berbel, 2007 p. 134).

Nessa etapa, foi necessário pesquisar sobre as temáticas elencadas na primeira e segunda etapa. Após pesquisa nas bases de dados, foram selecionados os temas das oficinas sendo eles: Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande; APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS e a prática da competência cultural; Especificidades socioculturais dos povos indígenas; O saber científico e as práticas tradicionais em saúde; Desafios e perspectivas do cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.

A pesquisa da literatura serviu para alinhar a problemática com a realidade/problema identificada e adquirir conhecimentos necessários para discutir com os profissionais cada temática das oficinas.

Nesta etapa foram realizadas as oficinas 1, 2 e 3, planejadas previamente e fundamentadas nas informações obtidas da pesquisa sobre os temas selecionados.

A primeira oficina teve como tema “História dos Povos Indígenas e História da Saúde indígena”. Para abrir o momento da oficina foi apresentado aos participantes o projeto de intervenção: Título, objetivos, metodologia, procedimentos, resultados esperados, cronograma e seguidamente explanado o conteúdo da primeira oficina, utilizando a metodologia expositiva permitindo e incentivando a interação dos participantes.

Participaram dessa etapa: 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 psicóloga (NASF), 1 Nutricionista (NASF), supervisora Angela e 3 Agentes de Combate às Endemias (ACE) (primeiro grupo); 2 médicas residentes, 1 médico preceptor, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 2 técnicos de enfermagem, 2 ACS (segundo grupo). Na segunda oficina, cujo tema foi “História da saúde indígena e realidade demográfica dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul” participaram: 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 funcionário administrativo e a supervisora da unidade (Primeiro grupo), 2 ACE, 1 ACS, 1 Fonoaudióloga, 3 residentes de medicina, 1 preceptor de medicina, 1 dentista, 1 ASB e 1 supervisora técnica (segundo grupo).

Já na terceira oficina o tema abordado foi “APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande”. Atributos da APS e a prática da competência cultural”. Na ocasião participaram: 8 ACS, 1 Assistente Social, a Supervisora da unidade e 2 pessoas do quadro de administrativo (primeiro grupo) e 1 assistente social, 5 ACS, 2 médicos, 1 odontóloga, 2 ASB, 1 fonoaudióloga e a supervisora da unidade (segundo grupo).

Na terceira oficina, foi realizada uma roda de conversa com profissionais indígenas que atuam na saúde indígena tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) como no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul (CONDISI-MS). Também participaram cuidadores tradicionais dos povos indígenas presentes no território e lideranças das aldeias urbanas para discutir o tema “APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande - MS”.

Sendo assim, participaram do momento também o Enfermeiro Responsável Técnico da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI); um professor indígena do povo Terena, na qualidade de pesquisador e cuidador tradicional; a assessora do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); a psicóloga do DSEI, o Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI); e assessora técnica do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); a Cacica da Aldeia Urbana Água Bonita e uma conselheira local de saúde e representante da Aldeia Urbana Tarsila do Amaral.

O momento foi relevante e de muita importância, pois teve como foco o diálogo intercultural e a troca e compartilhamento de saberes, visando a construção de estratégias de atendimento culturalmente adaptado à saúde de indígenas em contexto urbano. A troca de saberes entre os participantes colocou em evidência a complexidade da diversidade cultural, especialmente quando essa realidade se faz presente no contexto urbano, no qual, um único espaço geográfico é habitado por várias culturas.

O encontro entre culturas e saberes diferentes tende a gerar conflitos, tensões e inseguranças, pois, conceitos e ideias pré estabelecidos como absolutos passam a ser questionados. Nessa perspectiva, de acordo com Dantas, (2012 p. 15), “com a globalização, aumentaram os pontos de interação e fricção entre as culturas, originando tensões, fraturas e reivindicações relativamente à identidade”.

O espaço possibilitou discutir a noção de saúde e doença para os povos indígenas, os limites da PNASPI para atender as necessidades dos indígenas no contexto urbano, a importância da APS para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, a relevância de reconhecer e respeitar os valores do outro que é culturalmente diferente, a necessidade ampliar o olhar para poder enxergar as especificidades dos indígenas, entre outros.

Durante a atividade alguns profissionais reconheceram a falta de informações específicas a respeito dos povos indígenas e suas especificidades, falta de reconhecimento das diferenças culturais de parte dos profissionais nos atendimentos, o desconhecimento da existência de práticas de cuidado tradicionais e falhas na comunicação o que prejudica o vínculo do usuário com o profissional de saúde. Ao mesmo tempo, foi destacado o trabalho do ACS que atende as duas aldeias urbanas no território, o qual mantém um vínculo forte com as famílias das comunidades.

A confiança das famílias indígenas com o ACS foi um dado de destaque, tanto pelos indígenas quanto pelos profissionais de saúde, pois, facilita o acesso dos indígenas aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. As contribuições dos convidados também foram de relevância para a discussão, eles enfatizaram, entre outros aspectos, os benefícios de incluir a pluralidade nas relações, pois, desconsiderar as diferenças, acarreta a exclusão e diminui as possibilidade de construir novas formas de cuidado. Vale destacar a participação das representantes das duas aldeias urbanas, as quais apontaram a importância de ter profissionais indígenas na unidade como meio de fortalecimento da assistência diferenciada, assim como o reconhecimento da identidade indígena na assistência.

QUARTA ETAPA: HIPÓTESE E SOLUÇÃO

A etapa de hipótese e solução propicia criar possibilidades que sejam aplicáveis à realidade para responder aos problemas identificados, a partir dos conhecimentos adquiridos nas etapas anteriores, incentivando a visão crítica e a articulação da realidade com a teoria (Prado, et al., 2012).

As oficinas planejadas de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) e os fundamentos da metodologia problematizadora favoreceram momentos de diálogo, escuta, aprendizagem e a criação de possibilidades de solução ou respostas aos problemas identificados. Desse modo, os profissionais de saúde destacaram a relevância dos espaços de Educação Permanente como oportunidade para continuar aprofundando a temática, a necessidade de se aproximar mais da realidade das famílias indígenas com um olhar diferenciado, adquirir noções básicas das línguas indígenas.

Também ressaltaram a importância de incentivar o controle social e participação dos indígenas na gestão, compreender o processo de saúde-doença a partir dos aspectos culturais, promover a criação de uma legislação municipal que garanta a assistência de qualidade e diferenciada aos indígenas em contexto urbano.

As rodas de conversa nas aldeias urbanas, do mesmo modo, possibilitaram problematizar a assistência em saúde e vislumbrar algumas alternativas de solução. Os indígenas apontaram a necessidade de implementar políticas públicas específicas para a realidade das famílias em contexto urbano, o reconhecimento da identidade indígena por parte dos governantes, legalização dos territórios ocupados por eles na cidade de Campo Grande como espaços coletivos, criação de leis municipais para efetivar os direitos e proteger os valores culturais, entre outros.

Na quarta oficina, os profissionais de saúde divididos em duplas e/ou trios, construíram uma matriz para cada atributo da APS (integralidade, longitudinalidade, primeiro contato, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural), com estratégias e possíveis respostas às necessidades identificadas com respeito ao atendimento à população indígena no contexto urbano. A construção de possíveis soluções evidenciou a aquisição de novos conhecimentos, e com isso, mais clareza sobre os aspectos históricos e legais dos povos indígenas.

Para o momento de construção e discussão de possíveis soluções foi feito um encontro com os todos profissionais de saúde sem dividir o grupo, diferente das outras oficinas nas quais eles eram divididos

em grupo 1 e grupo 2 para participarem da formação. Participaram da quarta oficina: 2 médicos, 6 ACS, 2 técnicos de administração e a supervisora da unidade.

O diálogo intercultural só é possível quando os interlocutores possuindo autonomia ocupam seus lugares no processo de transformação e são capazes de expressar suas necessidades e as mesmas são levadas em conta para a tomada de decisões. Assim sendo, entende-se que a construção de estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS, trata-se de um caminho que envolve duas direções, não opostas ou contrárias, mas complementares entre si. Tal entendimento exige uma abertura de ambas partes para a compreensão dos significados que cada uma atribui aos elementos que compõem a temática específica (Arruda, 2012).

Nesse sentido, a quarta etapa do processo significou um espaço de reflexão conjunta, integrando nas propostas elaboradas a necessidade do aperfeiçoamento das práticas em saúde com o viés diferenciado, considerando as especificidades dos usuários indígenas e ao mesmo tempo torná-los protagonistas desse processo. Ao se tratar de relações interculturais o primeiro desafio é a conscientização sobre o etnocentrismo, ou seja, a tendência de cada cultura se julgar melhor que as outras. Ser consciente de tal atitude, pode contribuir para reduzir a resistência para aceitar as diferenças no ser e fazer cotidiano (Carvalho, 2012).

Em vista disso, para alcançar o objetivo da quarta etapa, os profissionais de saúde elaboraram algumas estratégias para se aproximar de uma assistência culturalmente adaptada na APS, vale destacar que as estratégias correspondem a diferentes níveis de governança, sendo que para algumas a responsabilidade está ligada a um nível mais local e outras a níveis que estão fora do alcance direto dos profissionais de saúde, como por exemplo: Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena, Conselho local e distrital de saúde, Conselho Distrital de Saúde Indígena, entre outros.

A seguir, o instrumento utilizado na atividade, contendo as estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS elaboradas pelos profissionais de saúde e as demandas e propostas elencadas pelos indígenas para melhoria da assistência em saúde para os indígenas no contexto urbano.

Quadro 4 - Matriz de intervenção para os atributos da APS, elaborada por profissionais de saúde da USF Vida Nova, em Campo Grande-MS

Atributo da APS	Situação problema	Estratégias/ atividades para melhoramento da situação problema identificada	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Avaliação e Monitoramento
Acesso e Primeiro Contato	Falta de profissionais indígenas na unidade.	Contratação de profissionais principalmente ACS indígenas.	Melhoria da comunicação e entendimento.	Para contratação, secretaria municipal de saúde, conselho local para cobrar as demandas.		Pesquisa de satisfação da população indígena.
	Dificuldades para compreender as demandas da população indígena.	Profissionais que dominassem a língua indígena.	Para vencer os preconceitos, mais equidade.			
	Ausência de um atendimento diferenciado que considere as práticas culturais.	Educação permanente assim como essa (oficinas) com toda a equipe.				
		Aulas específicas para os profissionais de saúde que atuam com população indígena.				
Longitudinalidade	Alta rotatividade dos profissionais de saúde.	Cobrança através da gestão local e do conselho local.	Melhorar o vínculo.	Gerencia, Conselho Local e Equipe	6 meses	Pauta e discussão no conselho local. Pauta das reuniões de equipe.
	Falta de profissionais para compor as equipes.					
	Equipes incompletas.					
	Falta de vínculo com os profissionais da equipe.	Realização de atividades no território para integração da equipe.	Adesão aos tratamentos propostos.			
	Pacientes que transitam entre diferentes municípios	Integração do prontuário eletrônico entre os municípios	Melhorar os indicadores de saúde			
Integralidade	Falta qualificação e capacitação dos profissionais de saúde.	Qualificação para os profissionais de saúde.	Que melhore o acesso adequado à saúde indígena, respeitando as diferenças, as etnias, as crenças de cada um.	Todas as equipes e as lideranças indígenas.	Indeterminado	Através de pesquisas dos ACS, sobre a melhora no atendimento através de visitas domiciliares à população indígena procurando saber a satisfação no acesso à unidade.
	Desconhecimento e falta de informação sobre a cultura.	Reuniões com as lideranças indígenas para aprimorar conhecimentos sobre a cultura.				
	Dificuldades para adaptar alguns procedimentos.					

Quadro 4 - Matriz de intervenção para os atributos da APS, elaborada por profissionais de saúde da USF Vida Nova, em Campo Grande-MS

Coordenação do Cuidado	Dificuldade de aderir ao tratamento.	Ter ações em conjunto com os líderes para eles entenderem o contexto da doença e a importância de utilizar junto dos remédios caseiros os remédios que passamos.	Melhor adesão aos tratamentos.	Médicos. Enfermeiros. ACS e indígenas.	Indeterminado	Dados do ESUS. DSEI.
		Ter acesso a equipe das aldeias para encontros, discutir estratégias de cuidado.	Melhor prevenção de doenças e suas complicações a longo prazo.			
	Os indígenas se deslocam com frequência para as aldeias de origem.	Contato com o DSEI para notificar as referências e contra referências.				
Orientação Familiar e Comunitária	Dificuldades para entender a dinâmica familiar e comunitária própria dos povos indígenas do território.	Realizar uma horta comunitária. Cada família fica responsável por 1 hora de cuidado com a horta e teria como direito usufruir da mesma.	Integração social e familiar.	Moradores	2 meses a 2 anos	Semanal com a visita dos agentes e as visitas domiciliares.
			Não tiraria os pacientes do ambiente que estão acostumados.			
			Melhoria na alimentação, pois, cada família teria direito de levar para casa.			
			Possível fonte de renda.			
			Incentivo às técnicas culturais.			
Competencia Cultural	Ausencia de Lei Municipal que garanta o atendimento diferenciado a população indígena	Incentivá-los à participação em reuniões dos conselhos local, distrital e regional, para maior entendimento sobre as políticas públicas. Incentivá-los aos estudos.	Maior conhecimento da população indígena para valer os seus direitos.	Gestores, Conselho local de saúde, equipe de saúde e lideranças indígenas.	Indeterminado	Com pesquisa e satisfação da comunidade indígena.
	Falta tradutor e profissionais indígenas na unidade de saúde.					
	Preconceito e racismo.					

Quadro 5- Demandas e propostas apontadas pelos indígenas das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral para uma melhor assistência em saúde.

Situação problema	Estratégias/ atividades para melhoramento da situação problema identificada	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Como será realizada a avaliação e monitoramento
Os direitos como indígenas no contexto urbano estão negligenciados. Não temos ACS indígenas, nem profissionais indígenas na unidade de referência, isso dificulta muitas vezes o acesso, a compreensão da nossa cultura. Os profissionais de saúde não conhecem nossa cultura. Não temos uma assistência	Reivindicar o reconhecimento do nosso território por meio de uma lei estadual ou municipal, como espaço coletivo e de cultura. Solicitar perante a secretaria municipal de saúde de Campo Grande a contratação de profissionais indígenas no posto de saúde. Promover espaços de troca de saberes entre os profissionais e a comunidade indígena.	Maior acesso da população indígena aos serviços de saúde. Atendimento diferenciado e humanizado. Efetivação dos direitos garantidos na constituição. Valorização dos aspectos culturais com relação ao cuidado com a saúde. Compreensão da forma de ser dos indígenas.	Lideranças das aldeias e toda a comunidade indígena. Autoridades municipais e estaduais. Conselho local de saúde.	Indeterminado.	Participação ativa no conselho local de saúde. Acompanhar as ações que estão sendo planejadas e desenvolvidas a nível municipal para melhoramento da assistência à saúde das comunidades indígenas em contexto urbano de Campo Grande.

diferenciada, assim como acontece nas aldeias não urbanas. As pessoas mais idosas têm dificuldade de se comunicar pois elas não falam bem o português, falta tradutor no posto					
--	--	--	--	--	--

QUINTA ETAPA: APLICAÇÃO À REALIDADE.

A quinta etapa da metodologia do arco, segundo Villardi et al. (2015 p. 48) “É o momento de planejamento e de execução, de desenvolvimento de um compromisso social, profissional e político”. Nessa compreensão, o projeto de intervenção possibilitou aos profissionais de saúde da USF Vida Nova, além dos espaços de formação e qualificação, a oportunidade de proporem estratégias para alcançar uma assistência culturalmente adaptada na APS para a população indígena presente no território da unidade.

Em conformidade com Dantas (2012 p. 110), “Vivemos tempos em que se promove cada vez mais o contato intercultural, ou seja, o contato entre pessoas de distintas culturas”. Em vista disso, o diálogo e o respeito devem ser ações permanentes para alcançar a harmonia social, neste caso especial, dentro do Sistema Único de Saúde, o qual dispõe da Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada ao sistema de saúde. Portanto, dos temas abordados nas oficinas e das atividades desenvolvidas ao longo da intervenção, emergiram reflexões e debates, que se cultivados podem provocar mudanças significativas no cotidiano e nas práticas de saúde.

Exemplo disso, foi pensar e refletir a concepção de saúde e doença como uma construção social e cultural, e nesse contexto, perceber a importância de incluir esse olhar nos atendimentos, ou seja, as diferentes formas de considerar a saúde e a partir dessas especificidades, criar mecanismos de promoção, prevenção, recuperação, em fim de cuidados. Pode-se vislumbrar assim, um incipiente processo de mudança que começa pelo questionamento da própria prática e perpassa pela inquietação de que poderia existir outras formas de cuidar com resultados eficazes.

Todo processo de mudança e transformação exige desconstruir, construir, aprender e desaprender e envolve a resistência e o medo ao novo, ao que está por vir, ao desconhecido, confirmando o que Zaia (2012 p. 367) afirma, ao escrever que “Em grande parte das vezes, a mudança gera certa dose de angústia no ser humano”. Sentimentos que em alguns momentos permearam os espaços de discussões com os profissionais de saúde.

Devido à limitação do tempo para execução do projeto e à alta complexidade que representa a realidade os povos indígenas no contexto urbano, a aplicabilidade de tais propostas e estratégias vê-se comprometida, porém, o processo de construção e reflexão serviu para pensar em possibilidades que possam melhorar a assistência a essa população, percebeu-se que os profissionais passaram a

observar tal realidade de modo mais detalhada, reconhecendo e identificando algumas demandas específicas dessa população.

Referente a avaliação realizada a partir do instrumento Questionário de avaliação pós-oficinas com os profissionais de saúde foi observado que a maioria dos profissionais avaliou os conteúdos e as atividades abordados nas oficinas como ótimo, evidenciando assim, a relevância da proposta e a coerência da mesma em relação ao contexto das práticas de saúde. A seguir a Tabela 2 mostra os resultados da avaliação dos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Avaliação dos Profissionais de Saúde sobre aos temas e atividades abordados nas oficinas.			
Tema	Ótimo	Bom	Razoável
História dos Povos Indígenas e História da Saúde Indígena.	63%	37%	0%
Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande.	50%	50%	0%
APS aos povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS. A prática da Competência Cultural.	63%	7%	0%
Especificidades socioculturais dos povos indígenas; O saber científico e as práticas tradicionais e saúde.	75%	13%	12%
Desafios e Perspectivas do Cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.	75%	25%	0%
Roda de contribuições e troca de saberes com profissionais indígenas de saúde e cuidadores tradicionais das etnias locais.	100%	0%	0%
Construção de estratégias de atendimento diferenciado à saúde de indígenas em contexto urbano.	88%	0%	12%
Metodologia utilizada nas oficinas.	75%	25%	0%
Contribuição dos temas abordados para sua prática profissional.	78%	22%	0%

Vale ressaltar que os indígenas das aldeias urbanas que participaram das rodas de conversa, incluindo as lideranças, avaliaram os encontros como verdadeiros espaços para debater as dificuldades e possibilidades que o contexto urbano impõe para as culturas indígenas. A pesquisa foi qualificada como relevante para o fortalecimento das reivindicações que os povos indígenas em contexto urbano já vem fazendo por políticas públicas que visem atender suas reais necessidades.

5. DISCUSSÃO

O objetivo geral do presente projeto de intervenção foi de aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, com os profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo atendimento da população

indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na APS. Alcançar tal propósito perpassa pelo conhecimento e aproximação da realidade das populações indígenas que dependem dos serviços da atenção básica de saúde.

Inicialmente percebeu-se que alguns profissionais de saúde desconheciam os aspectos culturais e demográficos dos povos indígenas adscritos no território da USF, o que é compatível com as ideias de Nascimento e Vieira (2015 p. 121), ao se referirem à invisibilidade dos indígenas no contexto urbano, afirmando que:

[...] o fato do governo federal não elaborar leis que amparam as populações indígenas em contexto urbano pode ser entendido como estratégia para manter esses povos invisíveis e, de alguma forma, silenciados.

Ao relacionar o desconhecimento ou o déficit de informações dos profissionais de saúde com as ideias dos autores, entende-se que a intenção política é manter “identidades homogêneas que tornem viável o projeto moderno da governamentabilidade” (Nascimento; Vieira, 2015, p. 121 apud Castro-Gomez, 2005), ou seja, uma postura política que busca evitar o confronto que a interculturalidade implica, relativizando as diferenças culturais e reforçando práticas de dominação, exclusão e preconceito, como relatado pelos indígenas ao verbalizar as dificuldades ao acessar o sistema de saúde local.

A ausência de políticas públicas voltadas para as necessidades e realidade dos povos indígenas em contexto urbano reflete diretamente na atuação dos profissionais de saúde, pois, a falta de capacitação e formação profissional adequada para o atendimento a uma população culturalmente diferenciada e em quantidade expressiva, a tendência é a padronizar os serviços disponíveis desconsiderando as particularidades de cada cultura presente no território. Por tanto, apresenta-se como um desafio o reconhecer e assumir as diferenças culturais, pois isso implica na problematização dos serviços oferecidos. Tal processo envolve sair do âmbito local e provocar outras esferas de gestão que possam intervir para reduzir as dificuldades na assistência à população indígena.

Sendo a USF Vida Nova uma unidade escola, sabendo que o espaço de trabalho torna-se fecundo para a aprendizagem e a transformação da realidade, a formação dos residentes deveria se caracterizar e diferenciar por incluir uma formação mais voltada para o atendimento a essa população, sendo diferente das outras unidades que não possuem quantidade significativa de pessoas indígenas. Segundo Pontes et al. (2012 apud Pereira, 2002), a formação para a atuação profissional ultrapassa o aprendizado técnico, aquele que visa meramente a integração no mercado de trabalho, seguindo mecanicamente regras e funções que se distribuem entre superiores e inferiores, mas, trata-se de um processo com um propósito mais amplo e diversificado, em que a principal preocupação deve ser

formar cidadãos, responsáveis e conscientes dos conflitos e lutas que provém das diversas crenças e tradições.

Em geral, Mato Grosso do Sul por ser o terceiro estado com maior população indígena do país, segundo dados do IBGE de 2023, os currículos acadêmicos dos cursos superiores, neste caso, especialmente da saúde, deveriam incluir conteúdos envolvendo informações sobre os povos indígenas e suas culturas.

Dessa forma, nos posicionamos a favor de uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura (Pontes et al., 2012 p. 266).

Compartilhar o contexto urbano com outras culturas não indígena, não significa perda de direitos nem da identidade, pois, assim como ressaltados pelos moradores da aldeias urbanas durante as rodas de conversa, discutir territorialidade como posse coletiva é fundamental para discutir saúde, assim como, preconceito, discriminação, negligência dos órgãos públicos, entre outros aspectos. Articulando as informações advindas das rodas de conversas e de acordo com Nascimento e Vieira (2015), pode-se afirmar que

Diante desse cenário, alguns grupos indígenas têm procurado se organizar e criar, junto aos governos estaduais e municipais, núcleos, conselhos e organizações para debater e implementar políticas públicas específicas para a população indígena em área urbana. Esses espaços que buscam garantir ações voltadas às populações indígenas na cidade possuem em suas representações um maior número de indígenas residentes no contexto urbano do local. Isso pode ser presenciado na cidade de Campo Grande com a criação do Conselho Municipal de Direitos e Defesas dos Povos Indígenas, no ano de 2005(...) (Nascimento; Vieira, 2015 p. 129).

A resistência dos povos originários em manter e preservar seus modos de vida o que inclui também o significado do processo saúde-doença, não está condicionado ao contexto no qual eles se encontram, mas sim aos vínculos com suas crenças e tradições, às vezes imperceptíveis a um olhar superficial e treinado a enquadrar todas as manifestações da doença nas mesmas categorias biológicas. O modelo biomédico e os mais modernos dispositivos tecnológicos tendem a enquadrar as pessoas em padrões universais, reproduzindo a mesma resposta sobre os corpos, desconsiderando fatores como falta de alimentação adequada, ensino, moradia, rede de apoio, luto, experiências sobre saúde e outros,

[...]e ao tentarem expor essas diferenças aos serviços de saúde, esses grupos reivindicam para si uma identidade singular, merecedora de um reconhecimento sobre sua expressividade simbólica e suas diferenças diante de outros grupos” (Vasconcellos; Adorno, 2012 p.137).

A compreensão de que a saúde é um direito de todos exige um olhar criterioso e atento às particularidades das pessoas especialmente quando se trata de populações culturalmente diferenciadas, em vista disso, a saúde desde essa perspectiva representa um desafio para as políticas públicas, sendo que as doenças e a saúde se relacionam diretamente com o território, ou seja, o espaço que as pessoas ocupam está estreitamente relacionado com os agravos à saúde (Cidade; Faria, 2023 apud Guimarães, 2015).

Sobre as falas de alguns dos profissionais de saúde que revelaram preconceito, de acordo com Santos et al. (2023 p. 134), “O preconceito com indígenas em contexto urbano é bastante conhecido. A ideia de que essas pessoas são menos indígenas é recorrente e está relacionada com o estereótipo que recai sobre elas”. Nessa perspectiva, as práticas de saúde caso sejam pautadas na concepção de que o indígena por estar na cidade perde sua identidade, pode prejudicar os cuidados com a saúde e dificultar o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, e como consequência, fortalecer a resistência na adesão dos tratamentos não tradicionais.

As dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde na assistência à população indígena no contexto urbano, precisam ser analisadas sob a perspectiva de que para os povos originários o viver na cidade implica encarar muitas complicações de vários tipos, especialmente social, sendo que a sociedade não indígena tende a julgar que as pessoas indígenas que ocupam espaços urbanos não fazem mais parte de qualquer grupo étnico. Os profissionais de saúde também fazem parte desse contexto que reproduz tais ideias sobre os indígenas que ocupam as áreas urbanas (Jesus et al., 2023 apud Guirau; Silva, 2013).

Ao proporem estratégias para se aproximar de uma assistência culturalmente adaptada na APS aos indígenas no contexto urbano, os profissionais de saúde da USF Vida Nova após refletirem sobre a PNASPI e os aspectos culturais e históricos dos povos Indígenas do Brasil e de Mato Grosso do Sul, se depararam com a realidade de que a PNASPI como principal dispositivo legal para concretizar o direito a uma assistência diferenciada não contempla o contexto urbano, precisando a mesma de uma atualização e de novos arranjos que permitam abranger a realidade dos povos indígenas em contexto urbano.

A percepção dos profissionais é condizente com a de vários autores, entre eles, Jesus et al. (2023 p.241) quando afirma que,

“No ano de 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Os DSEI, contudo, atuam apenas em territórios indígenas reconhecidos, excluindo-se os indígenas que estão nos centros urbanos”.

Contudo, a atenção primária como porta de entrada aos serviços do SUS, deve reduzir as barreiras de acesso que podem estar diretamente relacionadas com os aspectos culturais e tradicionais dos povos indígenas, alinhado com o desconhecimento de tal realidade por parte dos profissionais. A assistência culturalmente adaptada se baseia em um modelo de cuidado que envolve diversas formas e práticas de cuidado, reconhecendo além das estabelecidas pela sociedade ocidental, outras que fazem parte dos saberes dos grupos culturalmente diferentes. Incluir tais práticas e conhecimentos ancestrais no diálogo e no plano terapêutico configura uma busca pelo cuidado integral do sujeito, objetivando a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento (Nobre et al., 2023).

Avaliar constantemente a efetivação dos atributos da APS no cotidiano das práticas de saúde, assim como as dificuldades para alcançar tal concretização, exige estar disposto a assumir a dinamicidade da própria realidade que demanda por atualizações que respondam às necessidades dos usuários. Desse modo, considerar o “campo da saúde como um locus privilegiado para a compreensão das necessidades básicas” (Vasconcellos; Adorno, 2012 p,133), pode gerar ganhos para o aperfeiçoamento das práticas em saúde em contextos interculturais.

Identificar possíveis barreiras de acesso implica necessariamente o diálogo intercultural, a troca de saberes e a escuta atenta das partes envolvidas, superando a tendência da padronização e se interessando pela diversidade como uma forma de reconhecimento e valorização. Os atributos da APS visam garantir o acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades e iniquidades em saúde, permitindo um conceito ampliado de saúde, por tanto “leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (Oliveira; Pereira, 2013 p. 159).

Ao expressarem a necessidades de conhecer e aprofundar mais as especificidades dos povos indígenas adscritos no território da unidade de saúde, os profissionais estão fazendo referência à competência cultural como atributo derivado da APS, o qual favorece “o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural” (Oliveira; Pereira, 2013 p. 160). Segundo Vasconcellos e adorno (2012), os sistemas de saúde carecem de profissionais que possuam experiência em mediação cultural, ou seja, habilidades e competências para lidar com conflitos e

tensões advindos de diferenças culturais, situação que provoca posturas rígidas que incentivam a rotular o outro como um problema para a equipe de saúde.

Aproximar das demandas das comunidades indígenas do contexto urbano com os profissionais de saúde, implicou percorrer um longo caminho indo até os aspectos históricos, demográficos, sociais, econômicos, culturais, para enxergar com mais clareza a situação atual dos povos indígenas em seus diferentes contextos. Durante o processo de caminhada se fez necessário tentar desconstruir algumas ideias e preconceitos construídos e reproduzidos historicamente e que permanecem até hoje sobre os povos indígenas. Porém, poder discutir a saúde como um direito de todos, também dos povos indígenas, possibilitou despertar o interesse de que novas discussões sobre o assunto precisam ser feitas.

Combater o preconceito e a discriminação contra os povos indígenas não é uma tarefa fácil, nem se consegue em poucos dias, mas problematizar e questionar as ideias pré-formadas, faz parte da desconstrução. Por tanto, deve ser uma ação permanente e constante, abrindo espaço para os debates e a possibilidade de criar novos caminhos junto com aqueles que sempre ficaram alheios e marginalizados de propor e desenhar seus próprios projetos de vida.

A transformação da realidade só é possível se as pessoas que a compõem estão dispostas a mudar e viver o processo de transformação com suas consequências. Tal processo exige entre outras ferramentas e recursos “reuniões e outras estratégias para questionar os valores atuais e criar condições para que as pessoas enxerguem a necessidade de mudança, o que facilita a implantação de novas ideias e processos” (Alonso et al., 2010 p. 374).

Nesse sentido, considerando a quantidade de profissionais da USF, percebeu-se uma baixa adesão à proposta de intervenção, evidenciando uma falta de motivação para participar, assim como, falta de comprometimento e interesse pela temática proposta. Segundo Alonso et al.(2010 p. 373 apud Choo, 2006) “ o processo de implantação de mudanças em conceitos, crenças e formas de trabalhar esbarra em resistência, particularmente quando é desacompanhado de processo de divulgação e compartilhamento de informações.

Contudo, a avaliação positiva por parte dos profissionais que participaram da proposta evidencia o impacto positivo e a relevância do projeto para o dia a dia da unidade de saúde. A maioria demonstrou interesse pelas temáticas e atividades, participando ativamente dos debates e discussões. Ao encerrar a intervenção percebeu-se uma maior compreensão sobre o objetivo do projeto e sobre a importância de considerar as especificidades culturais na assistência, como forma de qualificar e humanizar os

cuidados. Sendo assim, a proposta de continuar com os espaços de educação permanente para discutir assuntos dessa natureza, revela a necessidade de criar rotinas de encontros que visem promover a discussão dos processos de trabalho.

6 CONCLUSÕES

A realidade dos indígenas no contexto urbano é uma realidade complexa e tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Campo Grande -MS, segundo dados do censo do IBGE do ano 2023 é a cidade do Estado de Mato Grosso do Sul com maior presença de povos indígenas, a maioria no contexto urbano. Nesse cenário, espera-se que essa realidade seja considerada pelos governantes e gestores para a implantação de políticas públicas que atendam as demandas dessa população.

A saúde diferenciada preconizada na PNASPI não contempla as especificidades e as vulnerabilidades dos povos indígenas em contexto urbano, mas, vale ressaltar que para além da PNASPI, a Constituição Cidadão Brasileira de 1988 instituiu a saúde como um direito de todos, e se é direito, ela deve contemplar as particularidades do processo saúde-doença de cada cultura e não padronizar as forma de enxergar os agravos à saúde. Para isso, é de extrema importância a formação dos profissionais de saúde de modo geral, mas especialmente, daqueles que atuam em contextos interculturais.

O projeto de intervenção visou aproximar os profissionais de saúde, das demandas de saúde das aldeias urbanas presentes no território da USF Vida Nova, para isso foi necessário aprofundar vários aspectos sobre esta realidade através das oficinas. A intervenção provocou nos participantes várias reações positivas como a empatia, compreensão da situação atual, comprometimento para aprofundar os conhecimentos adquiridos, e também posturas negativas como indiferença, manutenção e fortalecimento do preconceito e resistência para enxergar a realidade de forma diferentes.

Envolver os indígenas nas diferentes etapas do processo foi construtivo, pois, eles são os protagonistas e ouvir suas necessidades e compreender suas reivindicações e suas lutas, representa um ato de solidariedade e reparação pelos anos que ficaram às margens, inclusive, na hora de decidir seus próprios destinos.

Ressalta-se a importância dos espaços de Educação Permanente em Saúde como espaços democráticos e de construção de novos saberes e formas de agir. A transformação social perpassa pela transformação das pessoas que compõem o cotidiano. Incentivar o encontro dos diferentes saberes e do diálogo intercultural é um caminho que traz muitos benefícios para todos os que se

propõem transformar as práticas em saúde, superando os modelos rígidos que não admitem a diversidade.

O presente trabalho encontra-se longe de esgotar a temática, ao contrário, muitas oportunidades podem surgir a partir das reflexões e resultados da intervenção. Espera-se que os resultados e impactos do presente projeto possam incentivar e promover novas pesquisas e debates, assim como auxiliar na construção e implementação de ações estratégicas visando uma assistência culturalmente adaptada na APS para os povos indígenas em contexto urbano.

REFERÊNCIAS

ALONSO, L. B. N.; CASTILHO, S. B.; HEDLER, H. C. Sistema Único de Saúde: a busca do entendimento de seus princípios e sistemas de valores para profissionais do serviço público.

Revista do Serviço Público, [S. l.], v. 61, n. 4, p. p. 371-386, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v61i4.56. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/56>. Acesso em: 11 jan. 2024.

AROUCA, C; LIMA, N. T. Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. / organizado por Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo. / — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 262 p. : il. ; tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

ARRUDA, R. S. V. Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior. Londrina: EDUEL, 1998 a

BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. Ed., Petrópolis: Vozes, 1982

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

_____. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena : relatório final

/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 305 p.

_____. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

CARVALHO, M. L. B. Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 16, p. 161-168, set 2005.

CIDADE, F. C; FARIA, I. F. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

COIMBRA, C; SANTOS, R. V; ESCOBAR, A. L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bsmtd>>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DAMASCENO, R. F; DA SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 9, 2018.

DANTAS, S. D. (org.). Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões? Ciência & Saúde Coletiva, n. 22, v. 12, p. 3821-3830, 2017.

GARNELO, L. (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos) ISBN 978-85-7994-063-7. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em 16 de Fevereiro de 2023.

_____, Luiza. Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. / organizado por Carla Costa Teixeira e Luiza Garnele. / — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

GUIMARÃES, B. N. Entre Demografia e Antropologia: povos indígenas no Brasil. / organizado por Ricardo Ventura Santos et al. — Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2019. 264 p. : il. ; tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2023. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro, 2023.

JESUS, F. O. et al. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

KROEF, R. F. S; GAVILLON, P. Q; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 464-480, ago. 2020 . Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 jan. 2024.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Revista Saúde em Redes, Porto Alegre, 1 (1): 7-14, jul. 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em 15 jan. 2023

MENDONÇA, S; RODRIGUES, D. Política indigenista de saúde. Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP / EPM. 2008.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais [Active teaching-learning methodologies in health education: current debates]. Cien Saude Colet. 2008 Dec;13 Suppl 2:2133-44. Portuguese. doi:

10.1590/s1413-81232008000900018. PMID: 19039397 acesso em 13 jan.2023.

MOTA, S. E. C; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. Saúde e Sociedade, v. 27, p. 11-25, 2018.

NOBRE, P. F. et al. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

NASCIMENTO, A. C.; VIEIRA, C. M. N. (2015). O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na cidade *The indian and the urban area: brief observations on the indigenous context in the city. Cordis: Revista Eletrônica De História Social Da Cidade, (14). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/view/26141>. Acesso em 15 jan. 2023.

NUNES, T. C. F et al. Brasil Anais do 14º Congresso Internacional de Tecnologia na Educação Brasil | Recife | Setembro de 2016 ISSN: 1984-6355

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2013, v. 66, n. spe [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. 158-164. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang%3Dpt&sa=D&source=docs&ust=1705376820793197&usg=AOvVaw3Fb_HegE-2P_T-ri8QVA3Pu. Acesso em 13 jan. 2023.

PAGLIARO, H; AZEVEDO, M. M; VENTURA, R. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil/Heloísa Pagliaro, Marta Maria Azevedo e Ricardo Ventura Santos (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005.

PONTES, A. L. M. Políticas Antes da Política de Saúde Indígena / organizado por Ana Lúcia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado e Ricardo Ventura Santos. — Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2021.

PONTES, A. L.; STAUFFER, A; GARNELO; L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnele; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos).

PRADO, M. L. DO . et al. Arco de Charles Magueres: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. Escola Anna Nery, v. 16, n. 1, p. 172–177, mar. 2012.

ROSADO, R. M. Equidade étnicorracial no SUS : pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas [recurso eletrônico] / organizadores: Daniel Canavese ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 209 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 15).

SANTOS, A. G. et al. Aplicação do Arco de Magueres na atenção à saúde da criança hospitalizada. Blending active learning technology, and social justice. Santa Clara.

California. USA. 2018.

SANTOS, M. A. S. et al. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

SILVA, L. A. R. et al. O arco de Magueres como metodologia ativa na formação continuada em saúde. Interfaces Científicas - Educação, 8(3), 41–54.

<https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54> Acesso em 13 jan. 2023.

SCHAPER, M. et al. Atenção básica na saúde indígena: mudando para reconstruir. Curso de Especialização em Saúde Indígena da UAB – Universidade Aberta do Brasil, 2009.

SILVA, S. O. A ação do serviço de apoio à atenção da população indígena nas CASAls e DSEIs: um olhar da psicologia da saúde. 2017. 89 f. + anexos. Disponível em: Anexo.cdr (ucdb.br) Acesso em 10 jan. 2023.

SOUZA F. C. F. M. de. A saúde como cultura, a cultura como direito . Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 109-114, 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p109-114.

Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13132>. Acesso em: 6 jan. 2024.

SOUSA, V; DE MOURA, M. B; MAI, L. D. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. Iniciação Científica CESUMAR, v. 14, n. 1, 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TOBIAS, R. et al. A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos

Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

VASCONCELLOS, M. P; ADORNO, R. C. F. Diálogos Interculturais: Reflexões

Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

VILLARDI, M. L; CYRINO, E. G; BERBEL, N. A. A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades. In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf&sa=D&source=docs&ust=1705377023490327&usg=AOvVaw3FsmNxHzOdMjuPvQ_fLjTQP.

Acesso em 15 jan. 2023.

ZAIA, M. C. Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

Capítulo 28



10.37423/250209731

PERCEPÇÃO DA INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL NO DESEMPENHO ACADÊMICO

Júlia Famelli Ferret

Unicesumar (campus Maringá-PR)

Sandra Cristina Catelan-Mainardes

Unicesumar (campus Maringá-PR)

Jhainieiry Cordeiro Famelli Ferret

Unicesumar (campus Maringá-PR)

Isadora Moreira da Silva

Unicesumar (campus Maringá-PR)

Mariana de Freitas Gouveia Moraes

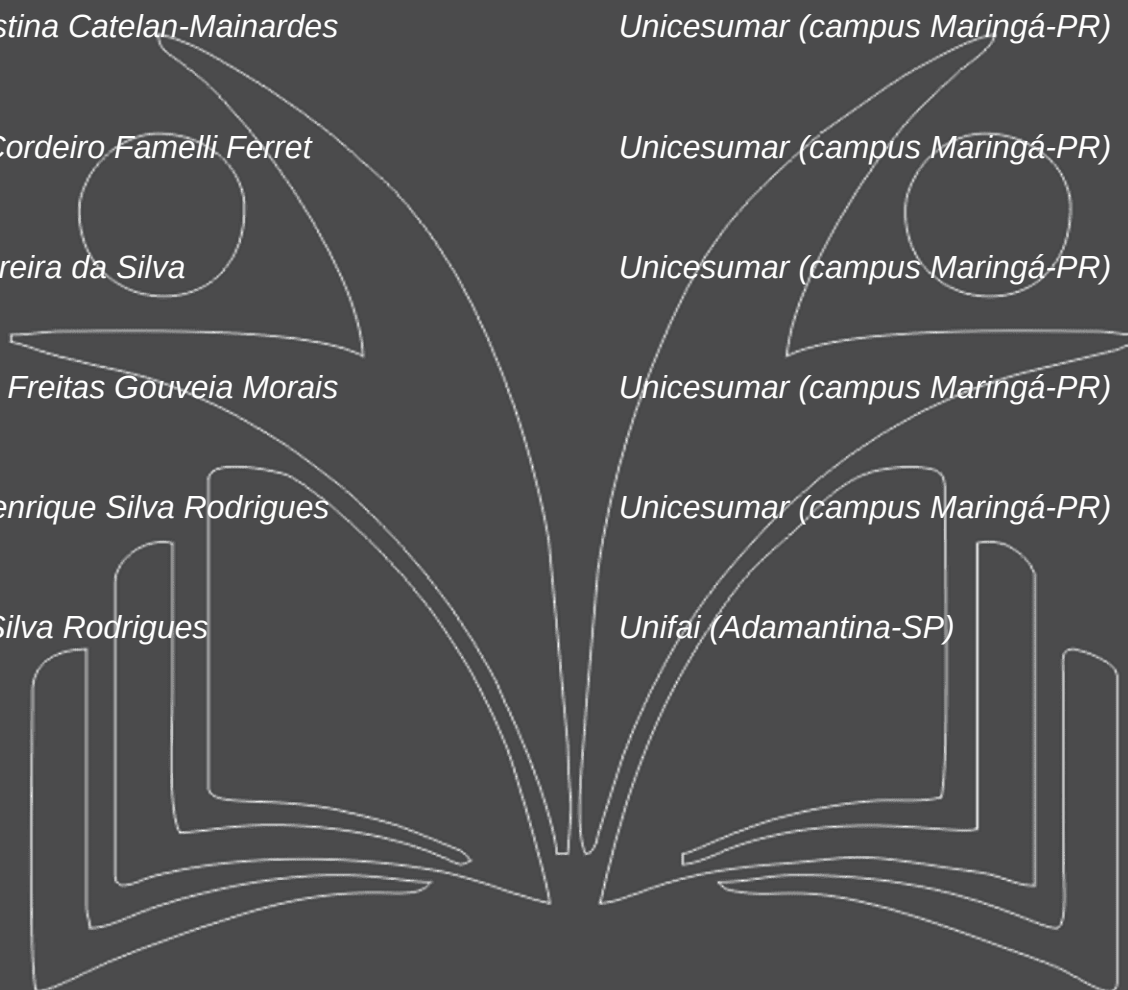
Unicesumar (campus Maringá-PR)

Gustavo Henrique Silva Rodrigues

Unicesumar (campus Maringá-PR)

Giovanna Silva Rodrigues

Unifai (Adamantina-SP)



Resumo: O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma especificação de transtorno depressivo que se inicia após o período ovulatório e é restrito ao gênero feminino. Seus sintomas manifestam-se através de mudanças físicas, emocionais e comportamentais, interferindo nos âmbitos acadêmicos e sociais. O objetivo do presente artigo foi entender a percepção sobre o TDPM em ambiente universitário e o seu impacto no desempenho acadêmico das universitárias. A metodologia utilizada baseou-se nas literaturas das bases de dados PubMed e EBSCO e em uma pesquisa quantitativa por meio de um questionário adaptado do WHOQOL-100. O instrumento de coleta de dados foi estruturado em duas partes: questões iniciais do perfil sócio demográfico e questões finais modificadas do WHOQOL-100, às quais permitiram avaliar a percepção individual do TDPM. O questionário foi formatado em um formulário digital do Google Forms enviado ao público-alvo de modo online, por meio das redes sociais, e obteve 103 respostas, o que permitiu a geração de gráficos e tabelas. A análise e organização dos dados coletados utilizou o Software Excel, o teste qui-quadrado, a frequência absoluta e a porcentagem. Como resultado, observou-se que apenas 20,38% (n=21) das participantes apresentaram conhecimento pleno sobre o transtorno, demonstrando que é um tema pouco disseminado. Ao fim desta pesquisa entendeu-se que a percepção sobre o TDPM em ambiente universitário e o seu impacto no desempenho acadêmico é relativamente baixa, o que reflete no distanciamento dos pacientes ao seu respectivo tratamento, além de gerar sentimentos como não pertencimento social em quem sofre com o transtorno.

Palavras-chave: Disforia pré-menstrual; Performance universitário; Compreensão.

1 INTRODUÇÃO

O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma especificação de transtorno depressivo, estrito ao gênero feminino, que se inicia após o período ovulatório e encerra após a menstruação (DSM-5, 2013, p.171). A sintomatologia é clínica e envolve alterações emocionais e cognitivas, sendo que, dentre os principais sintomas, destacam-se alteração de humor repentina, irritabilidade, disforia e dificuldade de concentração, sendo mais intensos quando comparados com o temperamento pré-menstrual e a síndrome pré-menstrual (Le J et al. , 2020). Embora o TDPM seja caracterizado por sintomas fisiológicos vividos durante o ciclo menstrual, sendo uma variação intensa da tensão pré-menstrual (TPM), esse tema ainda é desvalorizado e banalizado pela sociedade, percebido como frescura ou drama é considerado como “loucura feminina”(Aparecida. V. , 1998). Esse bloqueio social afeta principalmente o processo informativo sobre a fisiologia e as causas do transtorno, o que distancia cada vez mais as pacientes do respectivo tratamento e gera um sentimento de invalidação e não pertencimento social, fato que pode diminuir mais a qualidade de vida do que o próprio TDPM.

Mundialmente, o TDPM afeta cerca de 1-8% das mulheres em idade fértil(Le J et al. , 2020), enquanto que no Brasil acomete em torno de 17% das mulheres, um número significativamente maior (Tiranini L et al. , 2022). Os critérios diagnósticos são claros: além de estarem presentes na semana antecedente da menstruação ao menos cinco dos sintomas, – diminuição do interesse pela rotina, dificuldade de concentração, sensação desobrecarga, inchaço das mamas, dores articulares ou musculares, hipersonia ou insônia, sensação de ganho de peso, acentuação da labilidade afetiva, da irritabilidade, da raiva, do humor deprimido, da ansiedade, da letargia e da alteração de apetite – também deve ocorrer melhora dias após o início menstrual e minimização dos efeitos na semana posterior (DSM-5, 2013).

A busca por justificativas para a etiologia do TDPM inclui várias propostas. Os fatores fisiológicos como as alterações hormonais e de neurotransmissores, bem como psicológicos e ambientais parecem estar envolvidos, mas não há desfecho preciso que justifique. O padrão dos sintomas do TDPM sugere uma relação entre os hormônios femininos e o neurotransmissor serotonina. Há uma semelhança expressiva entre o TDPM e os quadros depressivos, fato este que desencadeou protocolos para tratamentos farmacológicos com objetivo de equilibrar os níveis de serotonina. Dessa maneira, o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual pode ser atrelado à predisposição genética, fatores ambientais como alimentação e sedentarismo, fatores internos como a sensibilização do sistema nervoso central perante as mudanças dos níveis hormonais, ou pela própria fisiologia ovariana, fato que demonstra a

improbabilidade da existência de uma causa única para o desenvolvimento do transtorno disfórico pré-menstrual (Valadares, G. C. et al., 2006).

Em relação ao tratamento, algumas substâncias podem ser administradas em períodos do ciclo menstrual para a redução dos sintomas. Dentre os possíveis recursos terapêuticos, destacam-se os inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRSs), classe de antidepressivos administrados 14 dias antes da menstruação, e a Leuprolida, regido mensalmente com dosagem específica (Carlini SV; Deliiannidis KM. 2020). Os princípios ativos dos inibidores seletivos de receptação de serotonina eficazes para o TDPM são a sertralina, a fluoxetina, a paroxetina e o escitalopram (Carlini SV; Deliiannidis KM. ,2020) e funcionam inibindo o transportador de serotonina nos neurônios pré-sinápticos, aumentando, assim, o tempo de ação do hormônio nos neurônios pós-sinápticos (Chu A; Wadhwa R. , 2022). Essa classe de medicamento é aplicada de maneira oral e apresenta menos riscos de efeitos colaterais, pois possuem baixo poder efetivo sobre outros neurotransmissores (Chu A; Wadhwa R. , 2022), sendo, portanto, bem indicados para o tratamento de TDPM. Por outro lado, existem contraindicações relacionadas ao uso conjunto de outros medicamentos moduladores da serotonina pois pode culminar em síndrome da serotonina. A Leuprolida é um medicamento que age a favor do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) e, com o uso contínuo, diminui o estrogênio nas mulheres. É administrado por via subcutânea ou intramuscular, com dosagens específicas para o tempo de tratamento em meses e possui ampla variedade de efeitos colaterais, sendo contraindicados à mulheres que estão amamentando, pacientes com predisposição a perda óssea ou com insuficiência cardíaca (Swayzer DV; Gerriets V. , 2023).

Além do tratamento farmacológico também existem medidas não medicamentosas, de eficácia comprovada e segura, tais como acupuntura e fitoterapias, que são capazes de aliviar expressivamente os sintomas físicos, como dores nas mamas, e levemente os sintomas psicológicos, como irritabilidade. É válido ressaltar que essas formas de tratamento não revelaram evidências de efeitos colaterais consideráveis. Dentro da acupuntura diferentes métodos são aplicados, tais como acupuntura coreana, tradicional, método com aurículo ponto Shenmen e técnica de moxabustão, sendo que a última foi considerada com maior taxa de alívio dos sintomas gerais. As sessões de tratamento por acupuntura não são limitadas a períodos específicos da menstruação e podem ser realizadas durante ou fora da fase lútea, ademais, um tratamento com 2 à 4 sessões é suficiente para aliviar até 77,8% dos sintomas. Em contrapartida, a fitoterapia pode ser realizada em forma sólida, como pós ou comprimidos, e em forma líquida, com os compostos Vitex Agnus, Xiao yao san, Ginkgobiloba, Cirsium

japonicum, Hypericum perforatum e Elsholtzia splendens, sendo que cada componente apresenta uma taxa diferente para melhora de cada sintoma específico (Jang SH, et al).

Diante do exposto, é concludente que, por ocasionar inúmeras mudanças fisiológicas e emocionais, pode ter impacto significativo na cognição. O TDPM pode modular os avanços intelectuais de acadêmicas e interferir, portanto, em seu processo educacional.

A partir da conexão entre esses dois aspectos, é imprescindível os questionamentos: Qual a percepção que as universitárias têm sobre o TDPM? O que causa o transtorno disfórico pré-menstrual? Quais as consequências sobre o rendimento acadêmico? Sendo assim, o presente estudo pretende apresentar a percepção dos acadêmicos sobre a influência do TDPM no desempenho universitário.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 JUSTIFICATIVA

O transtorno disfórico pré-menstrual é uma alteração hormonal que ocorre durante a fase lútea do ciclo menstrual e culmina em mudanças emocionais, comportamentais e físicas. Com isso, existe a necessidade de entender suas consequências, principalmente na vida acadêmica, e elucidar seus tratamentos, a fim de empoderar a parcela de mulheres brasileiras que sofre com TDPM para que possam aumentar suas qualidades de vida.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Entender a percepção sobre TDPM em ambiente universitário e o seu impacto no desempenho acadêmico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Esclarecer causas, consequências e tratamentos para o TDPM.

Alertar por meio das mídias digitais a percepção sobre o transtorno.

Indicar medidas não farmacológicas para a melhora na qualidade de vida das acadêmicas

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo metodológico transversal quantitativo, realizado com usuárias das redes sociais digitais (Facebook, Instagram, WhatsApp)e e-mail

2.3.2 PARTICIPANTES

Participaram desse estudo estudantes universitários que utilizam as redes sociais digitais citadas. O critério de inclusão eram: ser usuária das redes sociais, estar cursando curso superior e possuir 18 anos ou mais. Os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos e/ou não cursar ensino superior. Os usuários que não deram o aceite online no Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) serão excluídos.

2.3.3 INSTRUMENTOS

O instrumento para coleta de dados foi um formulário enviado de modo online, disponível no link:

<https://forms.gle/wMV6s38JGHCwjGBF8>. Foi estruturado em duas partes:

- I. Questões relacionadas ao perfil sócio demográfico (sexo, idade, área de graduação);
- II. Avaliação da percepção TDPM através da adaptação do instrumento WHOQOL-bref contendo questões indicativas de como as estudantes percebem o TDPM, conforme segue:
 - 1) O questionário teve 5 perguntas para a entrevistada julgar como verdadeiro ou falso:
 - A. O TDPM é fisiológico (normal ao ciclo menstrual), portanto todas as mulheres passam ao menos uma vez no mês (mito)
 - B. O TDPM é acentuado por práticas normais de atividade física (mito)
 - C. O TDPM é causado apenas por fatores genéticos (mito)
 - D. O TDPM afeta o desempenho de realizar atividades diárias (verdade)
 - E. O TDPM é exagero feminino (mito)
 - 2) Além das afirmativas acima, o questionário teve outras 11 questões para as entrevistadas assinalarem:1.
 1. Em que medida você acha que a dor física, durante o TDPM, atrapalha os estudos?
 2. O quanto o TDPM atrapalha a concentração?
 3. O quanto essas pessoas precisam de algum tratamento médico para seguir suas vidas diariamente?
 4. Em que medida você acha que o TDPM afeta a prática de atividades de lazer?

5. O quanto o TDPM afeta o sono?
6. O quanto o TDPM afeta o desempenho de atividades relacionadas à faculdade?
7. O quanto você acredita que os sintomas do TDPM afetam o desempenho em provas?
8. O quanto o TDPM pode afetar as relações pessoais?
9. Com que frequência as pessoas durante o TDPM podem sentir sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão?
10. Como você avaliaria a qualidade dos estudos de alguém com TDPM?
11. Como você avaliaria a qualidade de vida de quem sofre com esse transtorno?

2.3.4 PROCEDIMENTO E ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação dos principais achados basearam-se nas respostas do questionário e foram colocados em quadros descritivos, tabulados com auxílio da plataforma Google Forms, por meio de planilhas, que possibilitaram o manejo dos dados e integralidade das informações coletadas. A análise dos resultados foi feita por meio da estatística descritiva, sendo acrescentados testes inferenciais (Qui-quadrado) para comparar a frequência das respostas, de acordo com a faixa etária das participantes, com nível de significância estabelecido em ($p < 0,05$).

2.3.5 ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar (CEP/CONEP) para as respectivas deliberações. Os participantes que concordaram com a pesquisa assinaram e aceitaram de forma online o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) é caracterizado como um transtorno depressivo exclusivamente associado ao sexo feminino (DSM-5, 2013) que não possui uma etiologia única ou determinada, podendo ser atribuído a fatores intrínsecos, como a genética e a fisiologia ovariana, e a fatores extrínsecos, como a alimentação e a prática de atividades físicas. Os possíveis tratamentos farmacológicos incluem os inibidores seletivos de recombinação de serotonina (ISRSs) que devem ser administrados dias antes da menstruação, ou Leuprolida, administrado mensalmente. Tratamentos não medicamentosos, como acupuntura e fitoterapia, têm comprovações científicas de alívio de sintomas sem apresentar efeitos adversos graves.

A prevalência mundial do TDPM é relativamente baixa, acometendo 1-8% da população geral, entretanto, a prevalência nacional desse transtorno atinge aproximadamente 17% das mulheres brasileiras sendo, portanto, relevante para o público feminino brasileiro, especialmente estudantes universitárias, visto que grande parte das acadêmicas está em período fértil, sendo consideradas como grupos de risco para o desenvolvimento do transtorno (TIRANINI; NAPPI, 2022).

Este estudo teve como finalidade entender a percepção do TDPM no desempenho acadêmico de universitárias e, para isso, foi realizada esta pesquisa com 103 participantes do gênero feminino, acima de 18 anos e em idade fértil. As questões estavam em ordem e os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos que ilustram os achados desse estudo. As tabelas foram expostas conforme a faixa etária.

A tabela 1 apresenta as características das participantes em relação à idade. O grupo foi estratificado em três subgrupos com idades de 18 a 20 anos, de 21 a 30 anos e acima de trinta anos. A maior proporção das participantes tem idade entre 21 e 30 anos (55,34%), com o grupo com idade entre 18 e 20 anos representando 26,21% do total e as acadêmicas com idade superior a 30 anos representando 18,45% da amostra.

Tabela 1. Característica das participantes da pesquisa (n=103)

Categorizado por faixa etária	Frequência (n)	%
de 18 a 20 anos	27	26,21
de 21 a 29 anos	57	55,34
30 anos ou mais	19	18,45
Total	103	100

As tabelas 2 a 6 indicam as respostas das 5 questões sobre “verdade” e “mito”, categorizadas pela faixa etária.

A tabela 2 apresenta os resultados da afirmação A: “O TDPM é fisiológico (normal ao ciclo menstrual), portanto todas as mulheres passam ao menos uma vez no mês”. Percebe-se que esta questão obteve mais respostas considerando como “verdade”, sendo assim, a taxa de erros foi maior em relação aos

acertos, uma vez que o TDPM é uma patologia derivada do transtorno depressivo, não sendo considerada fisiológica e, portanto, não é universal à todas as mulheres. O grupo jovem teve menor proporção de erros em comparação aos outros.

A tabela 3 procurou identificar como os participantes percebiam a influência da prática de atividade física sobre o TDPM, por meio do julgamento da alternativa B: “O TDPM é acentuado por práticas normais de atividade física”. A alternativa B teve altas taxas de acertos, onde mais de 85% das participantes de todos os grupos assinalaram “mito”, o que demonstrou o entendimento de que práticas normais de atividade física não possuem relação com o desenvolvimento do TDPM. Nota-se também que a maior taxa de acertos foi do grupo de mais de 30 anos, alcançando 100% de respostas corretas.

Os resultados da alternativa C – “O TDPM é causado apenas por fatores genéticos” – estão expostos na tabela 4, os quais foram semelhantes ao da questão B, com altas taxas de acertos em todos os grupos e, para isso, a grande maioria das participantes assinalou a alternativa como “mito, apontando o conhecimento sobre uma causalidade não única relacionada ao desenvolvimento do transtorno. Nota-se novamente que o grupo de mais de 30 anos acertou em totalidade, alcançando os 100% de acertos.

Os dados da alternativa D – “O TDPM afeta o desempenho de realizar atividades diárias” – foram expostos na tabela 5, mantendo semelhança com os resultados da alternativa B. Acertos acima de 88% em todos os grupos, sendo que no grupo de mais 30 anos houve totalidade de acertos novamente. Com essa questão, as participantes expressaram reconhecer as consequências do transtorno, que impactam a rotina diária das mulheres que sofrem com ele.

A tabela 6 expõe os dados da alternativa E – “O TDPM é exagero feminino”. Seguindo a tendência já observada nas questões anteriores, todos os grupos exibiram altos índices de acerto, sendo 85% a porcentagem aproximada do grupo de menos acertos (grupo mais jovem) e 100% a porcentagem do grupo de mais acertos (grupo 30 anos mais).

O teste χ^2 qui-quadrado) não revelou diferenças significativas na proporção de respostas entre as diferentes faixas etárias para as 5 questões de “verdadeiro” ou “mito”

Tabela 2. Respostas à questão A – “O TDPM é fisiológico (normal ao ciclo menstrual), portanto todas as mulheres passam ao menos uma vez no mês”

Faixa etária até 20 anos	Frequência (n)	%
Mito	12	44,44
Verdade	15	55,56
Total	27	100
Faixa etária de 21 até 29 anos		
Mito	24	42,11
Verdade	33	57,89
Total	57	100
Faixa etária 30 anos ou mais	Frequência (n)	%
Mito	8	42,11
Verdade	11	57,89
Total	19	100

Tabela 3. Respostas à questão B – “O TDPM é acentuado por práticas normais de atividade física”

Faixa etária até 20 anos	Frequência (n)	%
---------------------------------	-----------------------	----------

Mito	23	85,19
Verdade	4	14,81
Total	27	100
Faixa etária de 21 até 29 anos	Frequência (n)	%
Mito	50	87,72
Verdade	7	12,28
Total	57	100
Faixa etária 30 anos ou mais	Frequência (n)	%
Mito	19	100,00
Verdade	0	0,00
Total	19	100

Tabela 4. Respostas à questão C – “O TDPM é causado apenas por fatores genéticos”

Faixa etária até 20 anos	Frequência (n)	%
---------------------------------	-----------------------	----------

Mito	3	11,11
Verdade	24	88,89
Total	27	100
Faixa etária de 21 até 29 anos	Frequência (n)	%
Mito	3	5,26
Verdade	54	94,74
Total	57	100
Faixa etária 30 anos ou mais	Frequência (n)	%
Mito	0	0,00
Verdade	19	100,00
Total	19	100

Tabela 5. Respostas à questão D – “O TDPM afeta o desempenho de realizar atividades diárias”

Faixa etária até 20 anos	Frequência (n)	%
---------------------------------	-----------------------	----------

Mito	23	85,19
Verdade	4	14,81
Total	27	100
Faixa etária de 21 até 29 anos	Frequência (n)	%
Mito	50	87,72
Verdade	7	12,28
Total	57	100
Faixa etária de 21 até 29 anos	Frequência (n)	%
Mito	3	5,26
Verdade	54	94,74
Total	57	100
Faixa etária 30 anos ou mais	Frequência (n)	%
Mito	0	0,00
Verdade	19	100,00
Total	19	100

Tabela 6. Respostas à questão E – “O TDPM é exagero feminino”

Faixa etária até 20 anos	Frequência (n)	%
---------------------------------	-----------------------	----------

Mito	23	85,19
Verdade	4	14,81
Total	27	100
Faixa etária de 21 até 29 anos	Frequência (n)	%
Mito	50	87,72
Verdade	7	12,28
Total	57	100
Faixa etária 30 anos ou mais	Frequência (n)	%
Mito	19	100,00
Verdade	0	0,00
Total	19	100

As figuras 1 e 2 ilustram o resumo de respostas às 5 questões iniciais, separadas em “mito” ou “verdade”



Figura 1. Proporção (%) de respostas (mito) em ordem crescente apresentadas pelas universitárias às questões do tipo 1 (A, B, C, D e E)



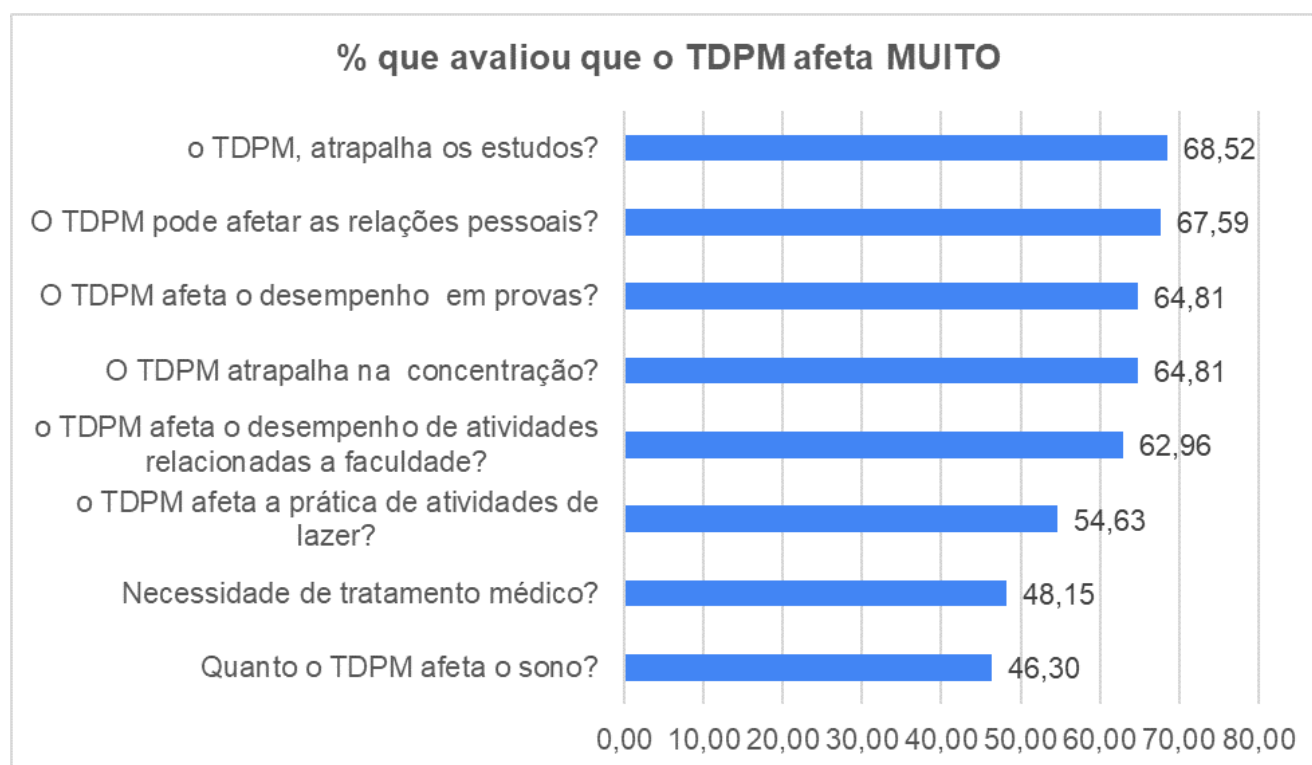
Figura 2. Proporção (%) de respostas (verdade) em ordem crescente apresentadas pelas universitárias às questões A, B, C, D e E.

A figura 1 ilustra a frequência de respostas marcadas como “mito”, em geral, sem separar por grupo etário, em ordem crescente. A afirmativa de que o TDPM é um exagero feminino foi mais frequentemente considerada um mito. Ou seja, as universitárias compreendem que o TDPM afeta as mulheres de diversas formas, impactando as suas rotinas. Na sequência, com mais de 90% das respondentes consideram que o TDPM não é causado apenas por fatores genéticos e mais de 87% compreende que o TDPM não é acentuado pela prática regular de atividades físicas, o que representa um alto índice de acerto pelas participantes sobre a questão B, C e E.

A figura 2 indica as respostas consideradas como “verdade”. A maioria das participantes concorda que o TDPM afeta o desempenho de atividades diárias, portanto, a alternativa foi assinalada como “verdade” por 94% das participantes. A alternativa que infere sobre o TDPM ser fisiológico teve respostas divididas, com 57% das universitárias considerando “verdade” e 43% considerando ser um “mito” o que indica uma lacuna de conhecimento do público-alvo sobre o transtorno.

O gráfico a seguir representa as respostas das questões 1 à 8. Como ilustrado, as entrevistadas, em maioria, consideram que o TDPM afeta muito os estudos (68,5%), as relações pessoais (67,6%), o desempenho em provas (64,5%), a concentração (64,8%) e o desempenho em atividades universitárias (62,9%).

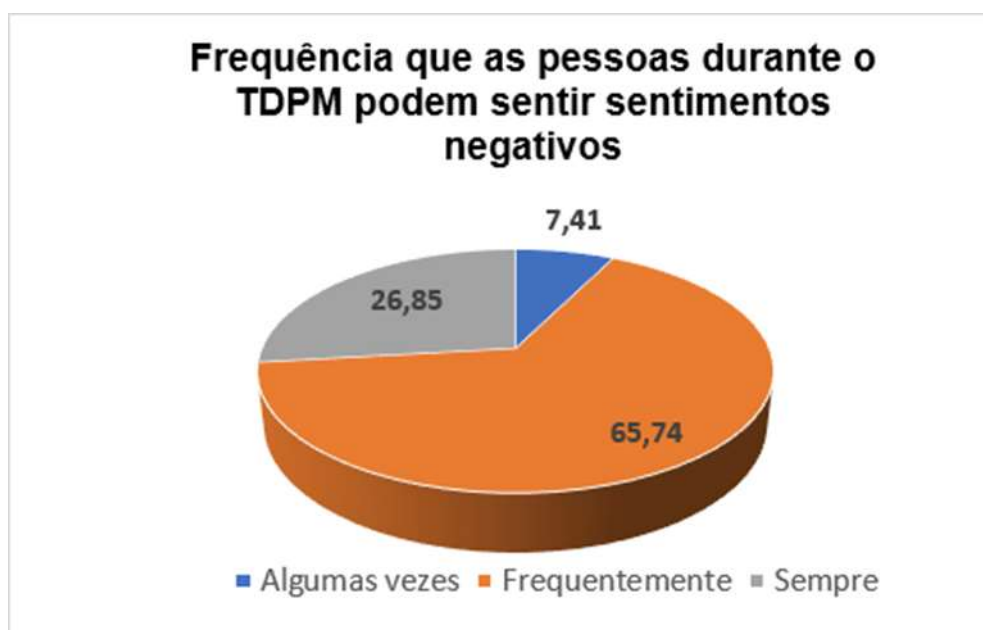
Figura 3. Proporção (%) de participantes que consideram que o TDPM afeta muito os seus estudos, relações pessoais, desempenho em provas, a concentração, as atividades da faculdade, a prática de atividades de lazer, que leva a necessidade de tratamento médico e que afeta o sono, classificação decrescente de respostas.



A seguinte imagem (Figura 4) apresenta os resultados da resposta 9: “Com que frequência as pessoas durante o TDPM podem sentir sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão? ”.

Nota-se que a maior proporção das universitárias indicou que o TDPM frequentemente (65%) as afeta negativamente, com mais de um quarto das respondentes indicando que sempre são afetadas negativamente e apenas 7,4% indicando que essa influência negativa ocorre algumas vezes.

Figura 4. Proporção (%) de participantes de acordo com a percepção de frequência com que o TDPM pode induzir a sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade ou depressão.



Por fim, a figura 5 e 6 ilustram as respostas das questões 10: “Como você avaliaria a qualidade dos estudos de alguém com TDPM?” e 11: “Como você avaliaria a qualidade de vida de quem sofre com esse transtorno?”. Pode ser observado que a maioria assinalou “Ruim” (68,5% e 87%, respectivamente), uma parte significativa de entrevistadas assinalou “normal” (29,6% e 11,1%, respectivamente) e uma pequena parcela assinalou “boa” (1,9%). Com isso, pode-se reafirmar a compreensão da maior parte das participantes sobre os resultados desfavoráveis do TDPM sobre os estudos e sobre a vida como um todo. Evidencia-se que 1,9% de entrevistadas assinalaram “boa”, podendo ser interpretado como uma grande lacuna de conhecimento sobre o tema, o que reforça a importância do trabalho e da divulgação dessas informações para o público.

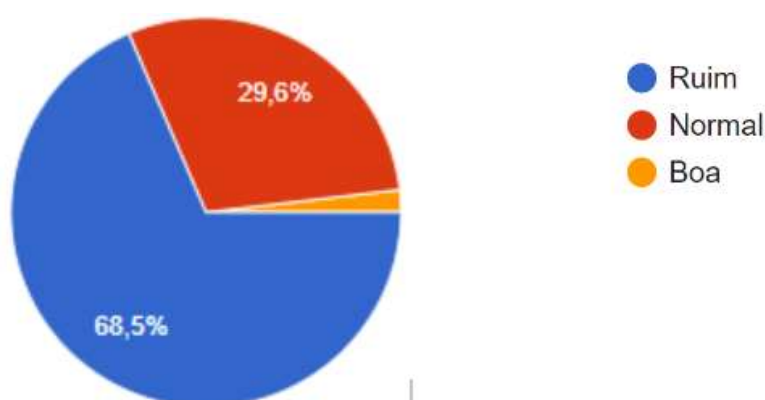


Figura 5. Proporção (%) respostas sobre a pergunta 10: “Como você avaliaria a qualidade dos estudos de alguém com TDPM?”

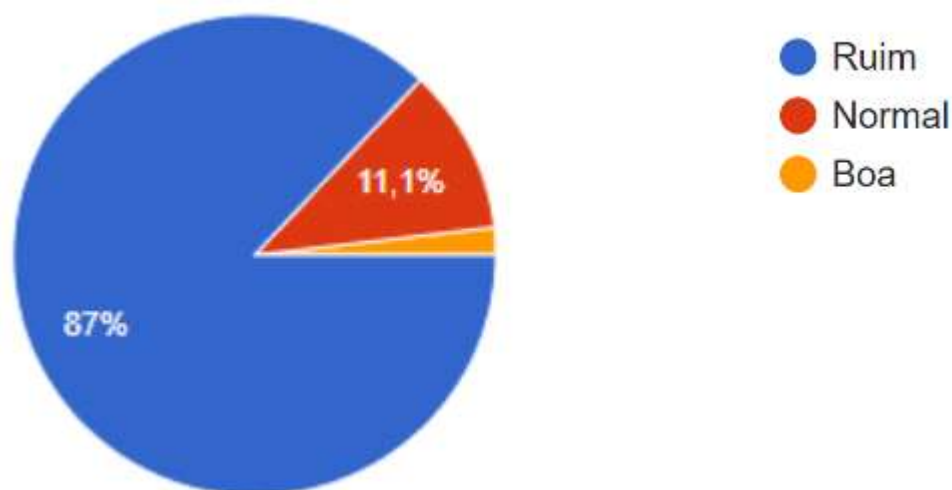


Figura 6. Proporção (%) respostas sobre a pergunta 11: “Como você avaliaria a qualidade de vida de quem sofre com esse transtorno?”

Das 103 participantes, apenas 33,98% (n=35) acertaram em totalidade as cinco questões objetivas iniciais (demarcadas como A, B, C, D e E), por conseguinte, demonstraram entendimento, no geral, sobre o transtorno.

Entretanto, somente 20,38% (n=21) delas apresentaram acertos nas demais questões, fato que representa a percepção coerente e plena das implicações do TDPM no cotidiano de quem sofre com ele, como exemplo no sono, no lazer, no desempenho em provas e na qualidade de vida como um todo. Por conseguinte, torna-se claro a baixa proporção de reconhecimento completo do transtorno pelas entrevistadas, mesmo com a maioria cursando áreas da saúde tais como medicina e psicologia.

A partir dos resultados apresentados, evidenciou-se que, de modo geral, as participantes apresentaram um conhecimento razoável sobre o assunto e que reconhecem o TDPM como um fator importante e de impacto negativo nas mulheres em idade fértil, além de influenciar o desempenho acadêmico e social. Porém, os acertos não foram integrais e, por isso, pode-se afirmar que existem lacunas de conhecimento do tema em grande parte das entrevistadas, destacando que ainda há a necessidade de maior atenção dedicada a este transtorno. Neste viés, é válido ressaltar que o TDPM é um transtorno pouco atualizado em estudos e pesquisas, o que pode tornar decrescente a visibilidade do tema, e consequentemente aumentar os lapsos de entendimento da população.

O reconhecimento global do TDPM como um transtorno de elevado impacto sobre a saúde física e mental é de grande importância para que abordagens apropriadas sejam implementadas e o devido processo de cuidado seja proporcionado, uma vez que, o entendimento do transtorno favorece a

empatia e a aceitação da sociedade a este público afetado, proporcionando acolhimento e evitando sentimentos negativos como invalidação e não pertencimento social, de modo a favorecer a busca de tratamentos e melhoria de qualidade de vida dessas mulheres. Dessa maneira, a disseminação de informações pertinentes ao TDPM ao público geral pode ser considerada uma medida não farmacológica que, em longo prazo, contribuirá para uma sociedade íntegra.

Segundo o artigo “Síndrome pré-menstrual: existência, conhecimento e atitude entre estudantes universitárias em Karachi” de 2018, o autor discute o fato de que grande parte das mulheres participantes conhece sobre TPM, mas apenas uma parcela menor conhece sobre o TDPM. O artigo ressalta que apenas 19% das entrevistadas reconheceram o transtorno, mesmo sendo estudantes de medicina, acontecimento que comprova a falta de disseminação global sobre este assunto de grande importância social, assim como os resultados obtidos nesta pesquisa.

Por conseguinte, propõe-se que o TDPM seja objeto de mais estudos e de divulgação, com a finalidade de possibilitar o acesso a conhecimentos e recursos terapêuticos para as mulheres universitárias que necessitem de tal atenção.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu entender a percepção sobre TDPM em ambiente universitário e o seu impacto no desempenho acadêmico para empoderar a parcela de mulheres brasileiras que sofre com TDPM a fim de aumentar suas qualidades de vida, a partir de estudo metodológico transversal quantitativo realizado através de um questionário estruturado em duas partes: questões iniciais do perfil sócio demográfico e questões finais modificadas do WHOQOL-100 que foi enviado por e-mail e pelas redes sociais digitais (Facebook, Instagram, WhatsApp) e respondido por mulheres universitárias em idade fértil.

Para se atingir uma compreensão da percepção sobre TDPM em ambiente universitário e o seu impacto no desempenho acadêmico, definiu-se três objetivos específicos. O primeiro concentrou-se em esclarecer causas, consequências e tratamentos para o TDPM, junto como segundo, que focou em indicar medidas não farmacológicas para a melhora na qualidade de vida das acadêmicas. Verificou-se que o transtorno em menção não é fruto de uma causalidade única e possui etiologias diversas, tais como fatores intrínsecos (genética e função ovariana) e extrínsecos (alimentação e atividade física), além disso, observou-se que as consequências são presentes em inúmeros âmbitos de vida e afetam desde a rotina diária, por exemplo, a qualidade do sono e o desempenho acadêmico, até atividades

de lazer e relações pessoais. Sobre os possíveis tratamentos, contemplou-se as vias medicamentosas, incluindo a Leuprolida e os Inibidores Seletivos de Receptação de Serotonina, além das vias não medicinais, exemplificadas pela acupuntura e pela fitoterapia. Depois, dedicou-se em alertar, por meio das mídias digitais, a percepção sobre o transtorno. A análise permitiu concluir que o TDPM tem um baixo entendimento por universitárias em idade fértil e deve ser objeto de mais estudo e divulgação, a fim de atingir pessoas de todas as idades, gêneros e profissões com a finalidade de informar a população para que as mulheres com o transtorno possam se aproximar cada vez mais dos tratamentos disponibilizados e não fiquem coagidas pelo sentimento de invalidação perante a sociedade.

Com isso, a hipótese do trabalho de que o Transtorno Disfórico Pré-menstrual é banalizado e pouco difundido se confirma, pelo motivo da baixa porcentagem de acertos totais no questionário embora tenha sido respondido por mulheres de ensino superior, principalmente de cursos da área da saúde, tais como medicina e psicologia. Sendo assim, a percepção das universitárias sobre o TDPM é razoável, porém há consideráveis lacunas de conhecimento, principalmente sobre as consequências na vida cotidiana. As etiologias são diversas e pouco fundamentadas até o presente momento, e o impacto na vida acadêmica de quem sofre com o transtorno é alto, abrangendo diversos aspectos da vida.

O instrumento de coleta de dados permitiu identificar a perspicácia individual de cada participante da pesquisa sobre o tema proposto, deforma a evidenciar a carência de conhecimento perante um transtorno que acomete aproximadamente 17% da população feminina brasileira e tem um alto impacto em atividades diárias. Perante às informações, propõe-se que, em pesquisas futuras, seja avaliado a percepção populacional geral, incluindo homens e mulheres fora de idade fértil e pessoas de menores graus de educação para que algum dia o tema seja contemplado e bem entendido por todos.

5 AGRADECIMENTO

Agradeço ao Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI) pela bolsa concedida pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC MED / ICETI), a qual possibilitou o amadurecimento acadêmico e o conhecimento oferecido durante a realização deste trabalho. Agradeço também a todos que participaram dessa pesquisa e foram solícitos para responder o questionário, sua ajuda foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa.

6 REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 Edition. Washington: Artmed, 2013.

CARLINI, S. V.; DELIGIANNIDIS, K. M. Evidence-Based Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/jcp.19ac13071>

CHU, A.; WADHWA, R. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. StatPearls, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554406/>

JANG, SH. Et al.. Effects and treatment methods of acupuncture and herbal medicine for pré-menstrual syndrome/pré-menstrual dysphoric disorder: systematic review. BMC Complement Altern Med, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-11>

LE, J.; THOMAS, N.; GURVICH, C. Cognition, The Menstrual Cycle, and Premenstrual Disorders: A Review. Brain Sciences, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/brainsci10040198>

SWAYZER, D. V.; GERRIETS, V. Leuprolide. Stat Pearls, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551662/>

TIRANINI, L.; NAPPI, R. E. Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. Faculty Reviews, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12703/r/11-11>

VALADARES, G. C. et al.. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. Archives of Clinical, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000300001>

ZOLDAN, V. A. DE C. Tensão pré-menstrual – loucura feminina? Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47141998002009>

 conhecimentolivre.org/home
 contato@conhecimentolivre.org
 [editoraconhecimentolivre](https://www.instagram.com/editoraconhecimentolivre)



CIÊNCIAS DA SAÚDE: ESTUDOS PARA MANUTENÇÃO E MELHORIA DA VIDA

VOLUME XIV