EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



ENFERMAGEM: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME IX

Plínio Ferreira Pires

Enfermagem: a ciência da vida

9ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre

Copyright© 2026 por Editora Conhecimento Livre

9ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pires, Plínio Ferreira
P638E Enfermagem: a ciência da vida

/ Plínio Ferreira Pires. – Goiâna-GO

Editora Conhecimento Livre, 2026

53 f.: il
DOI: 10.37423/2026.edcl1247
ISBN: 978-65-5367-749-4
Modo de acesso: World Wide Web
Incluir Bibliografia

1. cuidados 2. prevenção 3. saúde-pública I. Pires, Plínio Ferreira II. Título

CDU: 613

https://doi.org/10.37423/2026.edcl1247

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

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Conselho 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 Guilherme Fernando Ribeiro

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 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

Editora Conhecimento Livre
Goiânia-GO
2026

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 5
CONTEXTO PANDÊMICO NA AMAZONIA PARAENSE E A ENFERMAGEM PELO DIREITO DO VIVER PLENAMENTE: VIVA O SUS!
Marta Giane Machado Torres
Renata de Oliveira Durval
Tânia Sena Conceição
Mikely Roseane Mendes da Silva
Eliana Maria dos Santos
DOI 10.37423/260110577

CAPÍTULO 2 10
VIVÊNCIAS E PERSPECTIVAS MATERNAS QUANTO À INTERNAÇÃO E PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO DE BEBÊS PREMATUROS
Laura Zago de Mello
Giovana Secco Alberto Souza
Ariane Victoria Cunha de Santiago
Maria Julia Luciano
Lara Fernandes Silva
Cinara Oliveira
Luciana Velasco
Célia Cristina Diogo Ferreira
Fernanda Amorim de Morais Nascimento Braga
DOI 10.37423/260110596

CAPÍTULO 3 28
VIVÊNCIA COTIDIANA DO ENFERMEIRO OBSTETRA FRENTE À DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
Tania de Sousa Pinheiro Medeiros
Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa
Maiara Oliveira da Silva
Samely Ketlen Almeida Machado
Ana Cristina Fernandes Teles
Karen karolaine barbosa Batista
Maysa Cristina Ferraz Anunciação
Laianny Karoliny Barros Lira
Renata Cruz Alcântara
Vanilton Lacerda Medeiros
DOI 10.37423/260110602

CAPÍTULO 4 36
ANÁLISE GEOESPACIAL DA MORTALIDADE POR AIDS EMPESSOAS IDOSAS AMAZÔNIDAS, NO PERÍODO DE 2007 A 2018.
NILTON LUCAS TELIS DE SOUSA
Wanne Letícia Santos Freitas
Abigail de Castro Pontes
Yves Matheus Vale dos Reis
Adriely Cardoso Silva
SANDRA HELENA ISSE POLARO
Julyana Falcão Madeira
André Emiliano de Oliveira Arnoud
Maria Olyntha Araújo de Almeida
João Batista Pereira da Silva
DOI 10.37423/260110631

SUMÁRIO

Capítulo 1

10.37423/260110577

CONTEXTO PANDÊMICO NA AMAZONIA PARAENSE E A ENFERMAGEM PELO DIREITO DO VIVER PLENAMENTE: VIVA O SUS!

Marta Giane Machado Torres
Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Pará

Renata de Oliveira Durval
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Amazônia da Universidade Federal do Pará

Tânia Sena Conceição
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido da Universid. Fed. do Pará

Mikely Roseane Mendes da Silva
Especialista em Saúde Indígena pela Faculdade Holística

Eliana Maria dos Santos
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará

1 INTRODUÇÃO

Nossa vivência como enfermeiras no tempo recente da pandemia. Imersa no campo das estratégias adotadas pelos governos para conter a disseminação do novo coronavírus na capital paraense. Por dentro de um dentre outros serviços articulados emergencialmente para enfrentamento da pandemia. Reflete a experiência da prática e especificidades da enfermagem dos cuidados do fazer cotidiano. Exercido no âmbito da prevenção da disseminação do Sars-CoV-2 às populações em situação de rua acolhidas no complexo esportivo e escolas em Belém. Trabalho realizado entre 2020 e 2022. A prevenção da Covid-19, no contexto social, intercultural se mostrou imensamente importante e desafiador. As intervenções de saúde voltadas para o público em questão envolveram conhecimentos, habilidades de se fazer entender e compreender a trajetória de construção pela seguridade social no Brasil. Da evolução e reorganização das ações desenvolvidas. Da necessária Lei nº 10.424/2002 e seus acrescento de capítulos e artigos à Lei nº 8.080/90. A regulamentar medidas que proporcionaram força e consistência na dinâmica do trabalho da saúde e direcionamentos aos grupos de risco específicos. Engrenagem de assistência que pode reduzir a fragmentação das ações, aprimorando o fortalecimento das políticas públicas em busca de equidade e integralidade.

2 OBJETIVOS

Comungar o intercâmbio de uma das experiências vivenciada no município de Belém, localizado na Amazônia paraense. Com aporte de uma prática bem-sucedida sustentada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo a enfermagem no desenvolvimento das ações e cuidados específicos juntos às pessoas em situação de rua acolhidas em abrigos emergenciais para o enfrentamento da pandemia.

3 MÉTODOS

Aporte na observação participante e interlocução com a dinâmica das práticas desenvolvidas no campo de trabalho entre profissionais e usuários do SUS. Em espaços de abrigamento emergencial direcionado à população específica que vive em situação de rua. Tempo marcado a partir da data caracterizada pela Organização Mundial de Saúde apontando a Covid-19 como uma pandemia, e o agenciamento das medidas de proteção perpetrada pelo estado e município em março de 2020. Com recorte às pessoas sob assistência integral e ininterrupta em cuidados prestados pela enfermagem nas

24 horas diariamente. Dimensionamento da atenção integral a partir da perspectiva ambulatorial com extensão para a conexão com a rede assistencial de Belém e em determinados situações aos casos de abrangência da região metropolitana contribuindo para o processo terapêutico.

4 RESULTADO

Esta experiencia começou com o abrigamento de aproximado 700 pessoas em situação de rua. Se estendendo entre ações compartilhada, cooperada, intersetorial, multiprofissional e transdisciplinar. Somando esforços para conter a disseminação do novo coronavírus. Intensificaram-se as ações de atenção básica e de educação em saúde com medidas preventivas à Covid-19, incluindo testagens, vacinação e cuidados assistenciais. Um grande número de pessoas com demandas de adoecimentos crônicos somado ao acometimento agudo provocado pela Covid-19. Com a enfermagem nos cuidados ininterruptos. Curativos de extensas feridas infectadas, administração medicamentosa, aferições dos sinais vitais. Gripes, crises de abstinência, surtos psiquiátricos entre outras intercorrências. Eram constantes os encaminhamentos para os serviços de urgência/emergência. Importante registrar que havia grande resistência para o uso de máscara por parte dos abrigados. Esta conjuntura propiciou um trabalho coletivo, integrado e contextualizado no âmbito sanitário. Os abrigados saíram do complexo esportivo sendo transferidos para outro abrigo e escolas. Cuidados se expandiram para a rede assistencial do SUS, dando continuidade na atenção aos problemas de saúde. Conectados ao tratamento ambulatorial. Tuberculose, sífilis, hepatites, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, saúde mental e processo transexualizador. Inclusa também reversão exitosa da colostomia para abrigado que há dez anos usava bolsa coletora.

5 CONCLUSÃO

Cenário mediado pelos impactos sociais, econômicos e sanitários da pandemia. O fazer saúde, o cuidado e desenvolvimento das práticas e serviços de atenção primária foi um dos caminhos percorrido pela enfermagem. A atuação na linha de frente foi uma realidade distinta. Situação de crise desencadeada num país aprofundado em instabilidade governamental, negacionista. Incertezas, ansiedade e o medo permearam nossas vivencias. Devido ao desconhecido e as inúmeras dificuldades do trabalho. Dentre gerenciamento dos cuidados e mobilização também pela aprovação do PL 2564/220 (luta histórica pelo piso salarial e jornada de trabalho da enfermagem). As ações bem-sucedidas em Belém. Fluência de direitos sustentada pelo SUS. Com políticas públicas de saúde que

reconhece as demandas e especificidades das populações em condição de vulnerabilidade. Afirmadas aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do SUS. Seguimos acreditando que melhores dias virão. Primamos por mais avanços nas medidas de inclusão social. Pela retomada das pautas estratégicas a debater os sistemas universais de saúde. Pelo financiamento público, recursos humanos e defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde. Venceremos!

REFERÊNCIAS

1 Das,V. Vida e palavras: a violência e sua descida ao ordinário. São Paulo: Editora Unifesp, 2020.

2. Oliveira, T, Matos, LO, Santos, MG, Oliveira, AF, Regitano, A. Pra que serve a antropologia em tempos de Covid? Cadernos de Campo (São Paulo, online), vol.29, (suplemento), USP 2020, p.1-15. https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/issue/view/11526 Acesso em: 05 ago. 2022.

3. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid19 no mundo. Notícia online publicada em 28 mai. 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-covid-19-no-mundodizem-entidades_80181 Acesso em: 16 nov. 2021.

4. Machado, MH, Pereira, EJ, FranciscoNeto, RGX, Wermelinger, MCMW. Enfermagem em tempos de COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. Enferm Foco [Internet]. 2020 , 11 (ed. espe.): 32-39. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/3994-21245-1-PB.pdf Acesso em: 28 ago. 2022.

5. Neto, M, Gomes, TO, Cunha, CS, Souza, HAN, Marcos Vinicius Mendes Macena, MVM, Fonseca, MHS, Porto, FR. Lições do passado no presente: notícias da pandemia de gripe espanhola à Covid-19. Rev Bras Enferm. 2022; 75 (1):e20201161. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/MbQ5XYqMCjy4HyrYN9SrrCG/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 28 ago. 2022.

DESCRITORES: Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Covid–19.

Capítulo 2

10.37423/260110596

VIVÊNCIAS E PERSPECTIVAS MATERNAS QUANTO À INTERNAÇÃO E PRÁTICAS DO ALEITAMENTO MATERNO DE BEBÊS PREMATUROS

Laura Zago de Mello — *Nutricionista*

Giovana Secco Alberto Souza — *Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Ariane Victoria Cunha de Santiago — *Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Maria Julia Luciano — *Enfermeira*

Lara Fernandes Silva — *Enfermeira*

Cinara Oliveira — *Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Luciana Velasco — *Hospital Público de Macaé / Prefeitura Municipal de Macaé - RJ*

Célia Cristina Diogo Ferreira — *Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Fernanda Amorim de Morais Nascimento Braga — *Universidade Federal do Rio de Janeiro*

RESUMO

Objetivo: Realizar um estudo quantitativo e qualitativo, sob a perspectiva da mulher, a fim de compreender o significado da amamentação para o bebê prematuro internado em UTI Neonatal. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa *online* com mães de prematuros internados em UTI Neonatal, por meio de um questionário divulgado em mídias sociais de agosto a setembro de 2021. Foram investigados dados maternos, gestacionais, do bebê, benefícios e dificuldades da amamentação e os sentimentos maternos durante a internação. Os dados quantitativos foram analisados pela média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa. Os qualitativos foram analisados individualmente. **Resultados:** Participaram do estudo 59 mulheres, que relataram 62 partos, a maioria cesarianas e o principal motivo da prematuridade foram as doenças hipertensivas da gestação. O total de bebês foi 67, sendo 94,0% com baixo peso (<2500g) e 66,1% receberam fórmula infantil no hospital. Cerca de 75% das mães receberam orientação sobre amamentação e pega correta e 81,4% se sentiram estimuladas a amamentar. Todas as mães relataram benefícios da amamentação para o bebê, como o vínculo, a imunidade e a nutrição. A maioria associou o momento da internação com sentimentos negativos, como angústia, e vivenciou dificuldades com a amamentação, sendo as principais a baixa produção de leite e pega incorreta. **Conclusão:** Observou-se que a maioria das mães teve dificuldades com a amamentação, relatou sentimentos negativos durante a internação e a maioria dos bebês recebeu fórmulas infantis no hospital.

Descritores: Aleitamento materno. Prematuridade. Nutrição da criança.

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema de saúde pública mundial, cuja prevalência é variável entre os países e, no Brasil, os dados da pesquisa '*Nascer no Brasil*' mostraram que a prematuridade foi 11,5%[1]. É considerado prematuro, o bebê que nasce antes da 37ª semana de gestação, sendo pré-termo extremo (< 28 semanas), muito pré-termo (28 a < 32 semanas), pré-termo moderado (32 a < 37 semanas) e pré-termo tardio (34 a < 37 semanas). Normalmente, muitos neonatos prematuros também são classificados com baixo peso ao nascer (BPN < 2.500 gramas), que se divide em muito baixo peso ao nascer (MBPN < 1.500 gramas) e extremo baixo peso ao nascer (EBPN < 1.000 gramas)[2,3].

Sabe-se que o nascimento prematuro eleva o risco para o desenvolvimento de doenças e complicações, o que pode necessitar de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neo)[2]. Por isso, um dos fatores importantes para a recuperação e evolução clínica do prematuro é a alimentação. Desta forma, o leite humano (LH) é o alimento mais completo e adequado para todos os bebês e, para os prematuros, as pesquisas já mostraram que o LH auxilia no crescimento, desenvolvimento, previne infecções e possui componentes imunológicos que reduzem as chances de mortalidade do prematuro[4].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebês recebam leite materno de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida. Para os prematuros, quando não é possível favorecer a amamentação, a oferta do LH deve ser priorizada por outros meios (ex. sondas ou copinhos) e deve ser oriundo preferencialmente da própria mãe ou fornecido por um Banco de Leite Humano (BLH)[4]. No entanto, a prevalência do aleitamento materno em prematuros ainda é considerada baixa, sendo maior em hospitais que possuem políticas de proteção ao aleitamento[5]. As dificuldades maternas na amamentação são complexas e, embora a maioria das mulheres tenha o desejo de amamentar exclusivamente o seu bebê, muitas declaram obstáculos na prática, como por exemplo, a pega incorreta e a sensação de baixa produção de leite[6,7].

O Ministério da Saúde (MS) possui estratégias para a promoção do aleitamento materno, como o Método Canguru, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o BLH, que para o prematuro, contribuem para a redução da morbimortalidade neonatal[8]. Além disso, o atendimento humanizado é essencial nesse contexto, de modo a minimizar os sofrimentos e angústias da família[9]. Dessa forma, corroborando com a produção de conhecimento sobre a realidade das mães de bebês prematuros e as práticas de aleitamento adotadas, esta pesquisa visa realizar um estudo quantitativo e qualitativo,

sob a perspectiva da mulher, a fim de compreender o significado da amamentação para o bebê prematuro internado em UTI Neonatal.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo quantitativo e qualitativo, com o público de mães de bebês prematuros internados em UTI Neonatal, realizado por meio de entrevista *online*. A escolha desta via de comunicação e pesquisa deu-se com o aumento do conhecimento e uso das tecnologias de comunicação nos recursos digitais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), vinculado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ – Campus Macaé sob o número CAAE: 46597221.8.0000.5699 e foi iniciada após a autorização.

Para a divulgação, foi elaborada uma arte na plataforma Canva©, contendo todas as informações necessárias para a compreensão e acesso à pesquisa. A distribuição das imagens, que davam acesso ao questionário, e a divulgação de um texto informativo explicando a pesquisa ocorreram por meio do compartilhamento das imagens e das informações da pesquisa em mídias sociais, como Instagram©, WhatsApp© e Facebook©, além de listas de *e-mail* para contatos selecionados previamente.

Todos os formulários foram incluídos no banco de dados da pesquisa. Porém, somente aqueles que corresponderam aos critérios de inclusão foram analisados e, posteriormente, tabulados e documentados como resultados da pesquisa. Foram incluídas na pesquisa as mulheres que: tinham entre 20 e 40 anos de idade; tiveram bebê prematuro e internado em UTI Neonatal e que completaram todas as perguntas. Foram excluídas as mães menores de 20 anos e maiores de 40 anos.

Figura 1. Imagem de divulgação da pesquisa



Fonte: Autoria própria.

A participação na pesquisa foi totalmente voluntária e sem qualquer custo ou recebimento financeiro para ambas as partes. Assim, foi necessário que a participante lesse e aceitasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que estava disponível no início do questionário. Somente as participantes que concordaram com a pesquisa e marcaram "aceito" no TCLE tiveram acesso ao formulário e perguntas da pesquisa.

Os dados analisados contaram com perguntas abertas e fechadas (do tipo múltipla escolha), sendo estes: (1) dados econômicos e sociodemográfico (idade, moradia, renda, escolaridade, cor e estado civil); (2) dados gestacionais e de saúde (tipo de parto, semanas gestacionais, motivo da prematuridade); (3) dados do nascimento da criança (peso ao nascer, sexo, aleitamento e tempo da internação na UTI Neonatal); (4) amamentação (orientação no pré-natal, rede de apoio, orientação sobre o aleitamento e sentimentos maternos).

A tabulação dos dados quantitativos foi feita por pesquisadores treinados, no programa Excel (Microsoft®). A análise dos dados quantitativos ocorreu pelo cálculo da média, desvio padrão, frequência absoluta e frequência relativa. Para a análise da avaliação do apoio ao aleitamento materno recebido pelas mães durante a internação, os dados foram divididos em grupos: *"Companheiro(a)", "Familiares", "Profissionais da saúde" e "Amigos e amigas",* e as categorias *"muito apoio", "pouco apoio", "nenhum apoio"* e *"não sei avaliar"*. Assim, cada grupo foi analisado de acordo com a frequência de cada categoria recebida.

A tabulação dos dados qualitativos, obtidos por respostas discursivas dadas pelas próprias participantes, ocorreu por meio da transcrição na íntegra das respostas enviadas no formulário eletrônico e analisadas individualmente por pesquisadores treinados previamente. Ainda, foram construídos sistemas de categorias para a análise dos dados, a partir da identificação dos temas e tópicos, divididos pelas perguntas realizadas no questionário (entrevista). O tema foi tido como uma ideia e o tópico como um assunto, no qual o tema envolve um nível maior que o tópico[10]. Os temas foram divididos em: (1) benefícios da amamentação (saúde materna, saúde do bebê e saúde de ambos); (2) dificuldades em relação à amamentação (baixa produção de leite, pega incorreta, estado clínico do bebê e distanciamento mãe-bebê, confusão de bicos e introdução das fórmulas infantis, intercorrências com o manejo clínico da amamentação e falta de rede de apoio); (3) sentimentos durante o período de internação (sentimentos positivos, negativos e mistos).

3 RESULTADOS

A coleta dos dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2021. Foram incluídas no estudo 73 mulheres que aceitaram o TCLE e responderam ao questionário eletrônico. No entanto, após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 59 mulheres (n=59), que atendiam a esses critérios, sendo essa a amostra final avaliada.

A amostra foi composta, principalmente, por mulheres com idade entre 20 e 30 anos (54,2%; n=32), residentes da Região Sudeste (55,9%; n=33). A maioria atua em profissões da área da saúde (23,7%; n=14), enquanto 16,9% (n=10) relatou ser dona de casa/do lar e 8,5% (n=5) desempregada. A Tabela 1 mostra esses dados, além dos dados socioeconômicos, onde predominou-se o Ensino Médio completo (30,5%; n=18) e renda familiar de um a três salários-mínimos (42,4%; n=25). Ainda, a maioria relatou não receber qualquer benefício do governo (79,7%; n=47). A maior parte relatou ser casada (50,8%; n=30) e se declarou branca (44,1%; n=26) ou parda (42,4%; n=25) (Tabela 1).

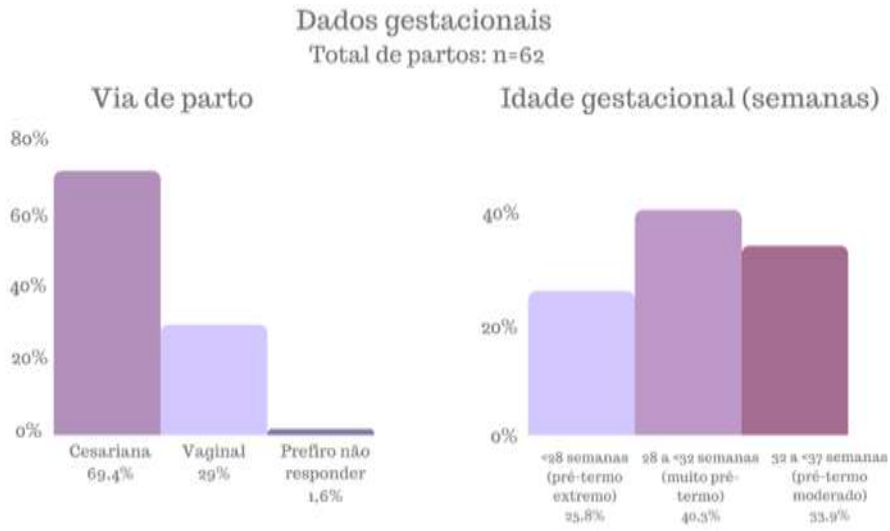
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de mulheres que tiveram a experiência do parto prematuro, 2021.

Variáveis (N=59)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Idade materna		
Entre 20 e 30 anos	32	54,2
Entre 30 e 40 anos	27	45,8
Localidade		
Região Sudeste	33	55,9
Região Sul	12	20,3
Região Centro-oeste	6	10,2
Região Norte	4	6,8
Região Nordeste	3	5,1
Fora do Brasil	1	1,7
Ocupação/profissão		
Área da saúde	14	23,7
Administração e finanças	12	20,3
Outras	11	18,6
Dona de casa/do lar	10	16,9
Comércio e vendas	5	8,5
Desempregada	5	8,5
Estudante	2	3,4
Estado civil		
Solteira	13	22,0
União estável	14	23,7
Casada	30	50,8
Divorciada	1	1,7
Viúva	0	0,0
Prefiro não responder	1	1,7
Cor/etnia		
Branca	26	44,1
Parda	25	42,4
Preta	5	8,5
Amarela	2	3,4
Indígena	0	0,0
Prefiro não responder	1	1,7
Escolaridade materna		
Ensino Fundamental incompleto	1	1,7
Ensino Fundamental completo	1	1,7
Ensino Médio incompleto	3	5,1
Ensino Médio completo	18	30,5
Ensino Superior incompleto	11	18,6
Ensino Superior completo	13	22,0
Pós-graduação	12	20,3
Renda familiar (salário-mínimo)		
Até 1	9	15,2
De 1 a 3	25	42,4
Acima de 3	18	30,5
Prefiro não responder	7	11,9
Recebe benefício do governo?		
Não	47	79,7
Sim	9	15,2
Prefiro não responder	3	5,1

No que diz respeito aos dados gestacionais, a idade gestacional média no momento do parto prematuro foi de 29,9 semanas (±3,05), enquanto a média de número de filhos por mulher foi 1,6

(±0,98). Para esta análise, como três mulheres tiveram duas gestações diferentes, nas quais os partos foram prematuros, totalizou-se 62 partos. A maioria (40,3%; n=25) ocorreu entre a 28ª e 32ª semana gestacional e a principal via de parto foi a cesariana (69,4%; n=43). Observou-se também que a maior parte das mulheres teve gestação única (91,5%; n=54).

Figura 2: Frequência absoluta da via de parto e idade gestacional (semanas) das mulheres que tiveram a experiência do parto prematuro, 2021.



Quando investigados os problemas de saúde pré-gestacionais, 27,1% (n=16) das participantes afirmaram que tinham algum, sendo que algumas relataram mais de uma doença. Para fins do cálculo da frequência, foi considerado o número total de relatos de cada doença citada, totalizando 21. Para as situações clínicas relatadas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença mais presente com 42,9% (n=9). Já em relação ao motivo da prematuridade, também houve mais de um motivo relatado em alguns partos. Portanto, do mesmo modo, foi considerado o total de relatos para o cálculo da frequência, totalizando 73 casos dos quais as doenças hipertensivas da gestação (aumento da pressão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP) foram as causas mais citadas, estando presente em 28,8% (n=21) dos relatos. Em seguida, foi citado o trabalho de parto precoce, bolsa rota e oligoidrâmnio, com 20,5% (n=15) (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os dados relativos ao nascimento dos bebês, onde obteve-se um total de 67 prematuros presentes no estudo, considerando todas as gestações relatadas e os gemelares. Assim, observou-se que a maioria dos bebês era do sexo feminino (58,2%; n=39) e somente quatro deles nasceram com peso adequado (6,0%), ou seja, os demais nasceram com baixo peso (<2500g; 94,0%; n=63), sendo: 38,1% classificados como baixo peso (n=24), 33,3% com muito baixo peso ao nascer

(n=21) e 28,6% com extremo baixo peso ao nascer (n=18) (Tabela 3). O peso médio ao nascer foi de 1408,9g (±590) e a média do número de dias de internação dos bebês em UTI Neonatal foi de 51 dias (±45). Para esse dado, foram considerados os gêmeos e as múltiplas gestações relatadas (n=64). O bebê que ficou mais tempo internado vivenciou 210 dias de internação, porém, algumas crianças ainda estavam internadas no momento da pesquisa.

Tabela 2: Motivos da prematuridade de mulheres que tiveram a experiência do parto prematuro, 2021.

Variáveis (N=73)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Motivo da prematuridade		
Doenças Hipertensivas da Gestação	21	28,8
Trabalho de parto precoce, bolsa rota, oligoidrâmnio	15	20,5
Infecções	7	9,6
Problemas relacionados ao útero	6	8,2
Problemas placentários	6	8,2
Sofrimento fetal	5	6,8
Restrição de crescimento intrauterino	5	6,8
Não identificado/não sabe	5	6,8
Centralização fetal	2	2,7
Diabetes Mellitus Gestacional	1	1,4

Tabela 3: Dados relativos ao nascimento (sexo e peso ao nascer) dos bebês de mulheres que tiveram a experiência do parto prematuro, 2021.

Variáveis (N=67)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Sexo do bebê		
Feminino	39	58,2
Masculino	28	41,8
Peso ao nascer		
<2500g (baixo peso ao nascer)	63	94,0
>2500g	4	6,0
Classificação de baixo peso ao nascer (1)		
Baixo peso (1500-2500g)	24	38,1
Muito baixo peso (1000-1500g)	21	33,3
Extremo baixo peso (<1000g)	18	28,6

Legenda: (1) Número da amostra: N= 63

No que se refere às informações sobre a alimentação recebida pelo bebê durante a internação, os dados mostraram que dos 67 bebês, 88% deles (n=59) receberam algum leite que não fosse o da mãe. Ao detalharmos esta análise, viu-se que somente 10,5% das crianças (n=7) receberam leite da própria mãe. Dos que receberam outros tipos de leite, 5,1% (n=3) receberam apenas leite do BLH, e outros 5,1% (n=3) receberam leite do BLH associado à fórmula infantil. Os dados apontam que a grande maioria dos bebês (66,1%; n=39) foi alimentada com fórmula infantil. Outro dado interessante foi que em 23,7% (n=14) dos casos, as mulheres não sabiam que tipo de alimentação o bebê recebeu. Ainda,

dos que receberam fórmulas infantis, a maioria recebeu fórmulas poliméricas (53,8%), seguido de fórmulas poliméricas especiais (33,3%), que incluem as fórmulas para prematuros, fórmulas sem lactose e fórmulas antirrefluxo (Tabela 4).

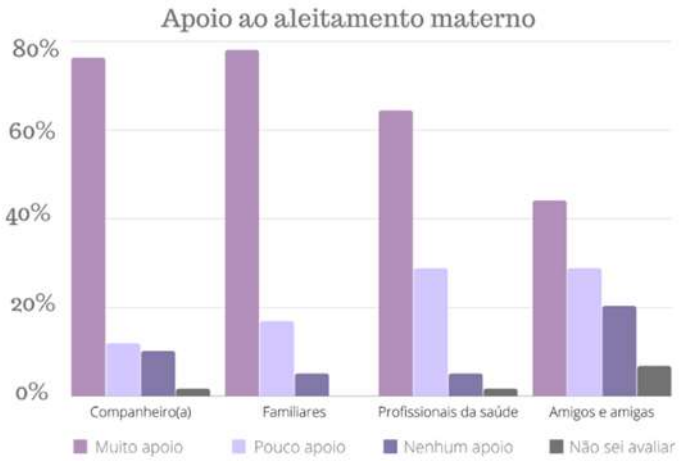
Tabela 4: Caracterização da alimentação dos bebês em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de mulheres que tiveram a experiência do parto prematuro, 2021.

Variáveis (N=67)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
O bebê recebeu algum outro tipo de leite que não fosse o da mãe?		
Sim	59	88,0
Não	7	10,5
Não sei	1	1,5
Outros tipos de leite (1)		
Fórmulas infantis	39	66,1
Não informou/não sabe	14	23,7
Leite do Banco de Leite Humano	3	5,1
Leite do Banco de Leite Humano + fórmula	3	5,1
Classificação das fórmulas infantis (2)		
Fórmulas poliméricas	21	53,8
Fórmulas poliméricas especiais	13	33,3
Não especificado	4	10,3
Fórmulas monoméricas ou elementares	1	2,6
Fórmulas oligoméricas ou semielementares	0	0,0

Legenda: (1) Número da amostra: N= 59; (2) Número da amostra: N= 39

A figura 3 apresenta a avaliação do apoio ao aleitamento materno recebido pelas mães no período de internação dos seus bebês em UTI Neonatal. A análise foi dividida em categorias entre: "*muito apoio*" e "*nenhum apoio*" para cada grupo. Em todos os grupos, a avaliação "*muito apoio*" foi predominante. Observou-se que o grupo "*Familiares*" foi o que obteve mais avaliações de "*muito apoio*" (78%; n=46), seguido do grupo "*Companheiro(a)*", com 76,3% (n=45). Já o grupo "*Amigos e amigas*" foi o que mais recebeu "*nenhum apoio*", com 20,3% (n=12) dos relatos nessa categoria.

Figura 3: Frequência relativa da avaliação do apoio ao aleitamento materno recebido pelas mães no período de internação dos bebês em UTI Neonatal (n=59).



A Tabela 5 apresenta as fontes de informações sobre aleitamento materno e rede de apoio das mulheres que tiveram parto prematuro. A maioria das mulheres (55,9%; n=33) buscou informações nos profissionais da saúde, seguida dos sites oficiais (16,9%; n=10). Em relação ao apoio à amamentação durante o período de internação em UTI Neonatal, grande parte das mulheres (81,4%; n=48) afirmaram terem se sentido estimuladas a amamentar. Dessas, 64,4% (n=29) das que descreveram o motivo de se sentirem estimuladas (n=45) atribuíram o impacto dos profissionais da saúde no incentivo à amamentação. Entretanto, 55,5% (n=5) daquelas que não se sentiram estimuladas também mostraram a influência dos profissionais da saúde na experiência negativa, como a pressão por parte dos profissionais e introdução de fórmulas infantis. Além disso, a maioria das participantes (74,6%; n=44) relatou ter recebido orientação sobre amamentação e a pega correta do bebê no pré-natal ou na UTI Neo, e 66,1% (n=39) realizou o Método Canguru no hospital.

Tabela 5: Fontes de informações sobre aleitamento materno e rede de apoio das mulheres que tiveram parto prematuro, 2021.

Variáveis (N=59)	Frequência absoluta N	Frequência relativa %
Local onde busca/buscou informações sobre aleitamento materno		
Profissionais da saúde	33	55,9
Sites oficiais	10	16,9
Prefiro não responder	6	10,2
Amigos e familiares	4	6,8
Redes sociais	4	6,8
Outros	2	3,4
Se sentiu estimulada a amamentar?		
Sim	48	81,4

Não	11	18,6
Orientação sobre amamentação e pega correta no pré-natal ou na UTI Neo		
Sim	44	74,6
Não	15	25,4
Realizou Método Canguru?		
Sim	39	66,1
Não	18	30,5
Prefiro não responder	2	3,4

A análise qualitativa da pesquisa mostrou que, em relação aos benefícios da amamentação, todas as participantes citaram benefícios para o bebê. Os principais benefícios abordados nas respostas foram, respectivamente, a criação do vínculo e afeto entre mãe e bebê, a imunidade e a nutrição do bebê. Dentre as mães que relataram benefícios para elas, observou-se um foco maior na saúde mental e bem-estar materno, como é visto no relato da participante M1:

> (...) para mim foi bom especialmente na parte psicológica, pois como eu tinha uma boa produção eu doava (então ajudei outros bebés), além de conseguir fazer algo palpável por minhas filhas. (M1)

No entanto, outros benefícios também foram mencionados, como a nutrição da criança, relatado pela participante M2:

> A amamentação pra mim é uma conexão mãe bebê que vai muito além da alimentação (que aliás, acredito ser o melhor alimento do mundo). Onde o bebê é atendido física e emocionalmente. (M2)

Ao serem questionadas sobre as dificuldades enfrentadas em relação à amamentação, a grande maioria das mulheres relatou ter tido dificuldades nesse período da internação, sendo as queixas mais comuns: a baixa produção de leite, pega incorreta, estado clínico do bebê, o distanciamento mãe-bebê, confusão de bicos, introdução das fórmulas infantis, intercorrências com o manejo clínico da amamentação e a falta de rede de apoio. No que se refere à baixa produção de leite, viu-se que esta foi relacionada a alguns fatores como o distanciamento durante o tempo de internação e as preocupações e anseios maternos. A relação da saúde mental materna com a produção de leite foi evidenciada nas falas de algumas participantes, como a M3 e M4, que relataram:

> Dei fórmula já q meu leite secou pois mtas notícias ruins na UTI fiquei abalada psicologicamente. (M3)

> Como ela fico muito tempo na utei e com minha preocupação acabou secando (M4)

A confusão de bicos também foi relatada pelas mulheres do nosso estudo, principalmente devido à introdução de fórmulas infantis na UTI Neonatal, como mostra o relato das participantes M5 e M18:

> Minha bebê mamou chuquinha no hospital e agora não suga o peito. (M5).
>
> (...) comprei bico para facilitar mas infelizmente acostumaram ela com bico de mamadeira, ela não quis mamar no peito porque na mamadeira era mais fácil pra ela e com menos de um mês meu leite secou mesmo puxando com maquina de tirar leite pra dar à ela (...) (M18).

Já em relação à pergunta "Se você pudesse descrever como se sentiu (emocionalmente) naquele período, como descreveria?", as repostas foram classificadas em sentimentos negativos, positivos e mistos. A maioria das mulheres citou sentimentos negativos, como é visto nos relatos abaixo.

> As vzs frustada, culpadya e com certeza muito triste por ter feito ela passa por tudo isso por essa batalha desde pequena. (M6)
>
> Me senti muito pressionada por todos, desde médicos a familiares e amigos. (M7)

Nesse mesmo sentido dos sentimentos, algumas mulheres relataram insegurança e o medo vivenciados no período de internação, tais como:

> Medo, angústia, frustação. (M8)
>
> Apreensiva. (M10)

Apesar das misturas de sentimentos apresentadas, algumas mães demonstram como a rede de apoio e o papel da Unidade de Saúde ou profissionais são capazes de influenciar a prática do aleitamento materno.

> Emocionalmente frustrada, mas muito abraçada, pois no regional onde fiquei tem um quarto para as maezinhas ao lado da uti o que me permitiu ficar 20 dias com meu pacotinho ali ate a tão sonhada alta. (M11).
>
> Não tive apoio da equipe para fazer canguru, só consegui fazer por insistência. Não senti apoio em geral para amamentar. Meu leite não era oferecido em copo ou colher, e sim em mamadeiras (...) (M15)
>
> (...) sempre tive apoio da equipe médica e enfermagem. (M16)

Por fim, destaca-se que muitas mulheres declaram sentimentos positivos para a amamentação, que incluíram:

> Me senti super feliz de poder amamentar meus filhos, de poder oferecer o alimento mais importante pra eles, principalmente por serem prematuros. (M12)
>
> Potente. (M13)
>
> Útil. (M14)

4 DISCUSSÃO

Observando os dados gestacionais, a maioria dos partos relatados ocorreu entre a 28ª e 32ª semana gestacional, sendo classificados de acordo com a OMS como muito pré-termo. No presente estudo, foi encontrado um percentual de 69,4% de cesarianas, corroborando com o estudo de Rosa et al.[11], que encontraram uma prevalência de 65,5% de partos cesáreos prematuros em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, por exemplo.

Sabe-se que o peso ao nascer é um fator que influencia a saúde do bebê, e os prematuros, por não completarem o desenvolvimento intrauterino, podem nascer com baixo peso. A grande maioria (94%) dos bebês estudados, nesta pesquisa, nasceu com BPN, sendo a maior parte entre 1500g e 2500g. 18 bebês nasceram com EBPN (<1000g), sendo 610g o menor peso encontrado. Dados da literatura mostram que bebês com BPN e prematuros possuem maior risco de comprometimento do desenvolvimento neurológico[12]. O peso ao nascer está relacionado a diversas comorbidades, e quanto menor é o peso, maior é o risco de apresentar problemas clínicos que podem levar ao óbito. Um estudo realizado em Maringá (PR) encontrou um risco de óbito 44 vezes maior em nascidos vivos com baixo peso que em nascidos vivos com peso adequado[13]. Cabe ressaltar a importância do pré-natal e dos profissionais da saúde na prevenção dos nascimentos prematuros e do BPN a fim de evitar problemas clínicos nesses bebês.

Além disso, o pré-natal é importante para que a gravidez transcorra da melhor forma possível para a saúde das mulheres e da criança[14]. Nos dados desta pesquisa, viu-se que a maioria das mulheres afirmou ter algum problema de saúde pré-gestacional, como a HAS, sendo este o principal motivo da prematuridade neste estudo. Esses dados corroboram com Pereira et al.[15], que encontraram a pré-eclâmpsia como principal fator de risco para o parto prematuro e a principal causa de morte materna.

No âmbito do apoio recebido para o aleitamento materno, no que tange aos familiares, amigos, companheiro(a) e profissionais da saúde, todos receberam a classificação de “muito apoio”. No entanto, destes, destaca-se que o grupo “amigos e amigas” foi o mais avaliado com “nenhum apoio”, enquanto o grupo “familiares” foi aquele que deu o maior apoio para a amamentação. O estudo de Scorupski et al.[16], que avaliou a rede de apoio sob a percepção de puérperas em um hospital de Ponta Grossa (PR), observou que o apoio nesse período foi proveniente, principalmente, da mãe, avós e outros membros da família, corroborando com esse achado.

Em relação ao aleitamento materno, sabe-se que o leite humano possui componentes importantes para o bebê, principalmente na prematuridade. A OMS recomenda que seja oferecido o LH aos bebês prematuros, mesmo aqueles com extremo baixo peso.[4] Observou-se uma baixa oferta de leite do BLH aos bebês internados, prevalecendo as fórmulas infantis. Além disso, a existência de um BLH permite o acesso a uma boa fonte nutricional para os bebês internados e consiste em uma rede de apoio ao aleitamento. Branco et al.[17] mostraram que os profissionais de saúde do BLH influenciam positivamente no sucesso do aleitamento.

O Método Canguru é outra iniciativa que se mostra importante na promoção do aleitamento materno, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê pelo contato pele a pele. É uma experiência válida para as mães que vivenciam o parto prematuro e a internação dos filhos, pois nesse período a separação e o distanciamento da mãe e do bebê pode causar angústias e preocupações, como é visto no estudo de Silva et al.[18]. Esses sentimentos foram evidenciados no presente estudo, onde observou-se que a maioria das mães associaram o período de internação com sentimentos negativos, como angústia, medo, preocupação e insegurança. Além disso, pode-se perceber a influência da equipe do hospital como apoio a essas mães nesse momento, com alguns relatos negativos para este momento.

Em relação às dificuldades vivenciadas pelas mulheres na amamentação, nesta pesquisa, viu-se que a sensação da baixa produção de leite foi uma das dificuldades presentes. Cabe dizer que a baixa produção de leite pode se relacionar com problemas no início da estimulação láctea e na execução da ordenha, sendo muito importante o estímulo da mama o mais cedo possível. Sabe-se que o leite materno é produzido de acordo com a demanda, e o distanciamento da mãe durante a internação pode diminuir a frequência da amamentação[19].

Apesar da maioria das mulheres afirmar ter recebido orientação sobre a pega no pré-natal ou na UTI Neonatal (74,6% das participantes), a segunda dificuldade mais citada em relação à amamentação foi a pega correta. A pega incorreta e a confusão de bicos, quando há a entrada de chupetas e mamadeiras, podem contribuir para o desmame precoce, como foi observado por algumas mulheres participantes deste estudo. Silva et al.[20] encontraram que os bebês que utilizavam bicos artificiais e mamadeiras apresentaram predomínio de pega incorreta, podendo levar ao desmame precoce.

Além disso, fatores emocionais também influenciam o aleitamento materno. É importante mencionar que a ocitocina, hormônio que promove a ejeção do leite, é liberada em resposta a estímulos como o cheiro e choro da criança e é ligada a sentimentos como tranquilidade, autoconfiança e motivação.

Sentimentos como estresse, desconforto, dor, medo e ansiedade podem atrapalhar esse processo, prejudicando a lactação. Gorgulho e Pacheco[19] evidenciam isso em seu estudo, que buscou entender a vivência de mães durante o processo de amamentação de seus filhos prematuros em uma Unidade Neonatal no Rio de Janeiro, onde observaram as dificuldades com a ordenha e com a baixa produção de leite.

No presente estudo, a maioria das mães associou o período de internação com sentimentos negativos, onde mesmo aquelas que mencionaram sensações mistas citaram o medo, insegurança e angústia devido, principalmente, ao estado clínico do bebê e distanciamento do filho. Esses achados corroboram com o estudo de Melo et al.[21], que buscaram identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante a internação do RN prematuro e após a alta hospitalar e observaram que todas as mães enfrentaram anseios nesse momento de cuidados intensivos. Além disso, as mães enfrentaram a insegurança em relação à alimentação do prematuro e o ganho de peso do bebê, o que também foi observado em nosso estudo.

Por fim, esta pesquisa tenta destacar a importância da equipe multiprofissional no hospital, para promover uma rede de apoio e incentivo ao aleitamento materno, com medidas de implantação do Método Canguru, BLH e alojamento conjunto como pontos essenciais para acolhimento da família e para a recuperação clínica do bebê prematuro internado.

5 CONCLUSÃO

Neste estudo, participaram mulheres residentes de todas as regiões do Brasil e de todos os níveis de escolaridade, sendo predominante a Região Sudeste e a escolaridade “Ensino Médio Completo”, respectivamente. A principal causa para a prematuridade foi a doença hipertensiva da gestação, enquanto a via de parto majoritária foi a cesariana. Quanto à saúde e nutrição dos bebês, constatou-se que a maioria nasceu com baixo peso ao nascer e foi alimentada com fórmula infantil e não com o leite materno. Neste sentido, a maioria das mulheres relatou ter tido dificuldades com a amamentação (sensação de baixa produção de leite, pega incorreta), e que esta foi associada com sentimentos negativos, como a insegurança ou angústia. Porém, ao passo que estes sentimentos tenham sido relatados, houve mulheres que destacaram conhecer os benefícios do aleitamento para a saúde do bebê e que o apoio recebido foi importante para a prática da amamentação.

REFERÊNCIAS

Almeida AHV, Gama SGN, Costa MCO, Carmo CN, Pacheco VE, Martinelli KG et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública. 2020;36(12).

Organização Mundial da Saúde. Born Too Soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Novembro: mês da Prevenção da Prematuridade. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DocCient-Neonatol-SBP_Prematuridade_18112019__1_.pdf>. Acesso em: 28 nov 2020.

Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations on Newborn Health. Geneva: WHO; 2017.

Lamounier JA, Chaves RG, Rego MAS, Bouzada MCF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência o Brasil. Rev. Paul. Ped. 2019;26(2):161-169.

Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev. Latino-Am. Enf. 2004;12(4).

Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev. Bras. Enfermagem. 2014;67(1).

Robles CS. Políticas Públicas a favor do Aleitamento Materno. Rio de Janeiro, 2017, 62p. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Nutrição, Centro Universitário IBMR/Laureate International Universities.

Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru. Brasília: 2017. 3 ed.

André MEDA. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. Cad Pesqui. 1983;45:66-71.

Rosa NP, Mistura C, Leivas DVP, Veiga TM, Neves ET, Pereira, LD. Fatores de riscos e causas relacionados à prematuridade de recém-nascidos em uma instituição hospitalar. Research, Society and Development. 2021;10(9).

Pessoa TA, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. Avances en Enfermería; Bogotá. 2015;33:401-411.

Maran E, Uchimura TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. Rev. Eletr. Enferm. 2009;10(1).

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: 2013. v. 32, 1 ed., 318 p.

Pereira SSM, Oliveira MNJ, Koller JMRC, Miranda FCA, Ribeiro IP, Oliveira ADS. Profile of the Pregnant Women Affected by Preterm Birthin a Public Maternity Hospital. J. res.: fundam. care. 2018;10(3):758-763.

Scorupski RM, Ravelli APX, Baier LCD, Skupien SV, Paula PP, Amaral I et al. Rede de Apoio ao Aleitamento Materno: percepções de puérperas. Braz. J. of Develop. 2020;6(10):77654-77669.

Branco MBLR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza RMP, Lopes FO, Marinho TF. Proteção e apoio ao aleitamento materno: uma contribuição do banco de leite humano. J.res.: fundam. care. 2016;8(2):4300-4312.

Silva ACB, Carvalho APF, Cunha GFO, Santos TFT, Costa CCP, Pontes APM et al. Ser mãe de recém nascido prematuro internado em UTI Neonatal: sentimentos e vivências. Revista Presença, 2017;3(9):14-35.

Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(1):19-24.

Silva TF, Cavalcanti SH, Lima BRFS, Rodrigues TMM, Cavalcanti LMA, Bezerra CT et al. Influência dos bicos artificiais na amamentação em lactentes atendidos em um banco de leite humano. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2020;12(12).

Melo LM, Machado MMT, Leite AJM, Rolim KMC. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós alta. Revista Rene. 2013;14(3):512-520.

Capítulo 3

10.37423/260110602

VIVÊNCIA COTIDIANA DO ENFERMEIRO OBSTETRA FRENTE À DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Tania de Sousa Pinheiro Medeiros — *Universidade do Estado do Pará*

Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa — *Universidade do Estado do Pará*

Maiara Oliveira da Silva — *Universidade do Estado do Pará*

Samely Ketlen Almeida Machado — *Universidade do Estado do Pará*

Ana Cristina Fernandes Teles — *Universidade do Estado do Pará*

Karen karolaine barbosa Batista — *Universidade do Estado do Pará*

Maysa Cristina Ferraz Anunciação — *Universidade do Estado do Pará*

Laianny Karoliny Barros Lira — *Universidade do Estado do Pará*

Renata Cruz Alcântara — *Universidade do Estado do Pará*

Vanilton Lacerda Medeiros — *Faculdade UNA*

Introdução: Diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer nível de intolerância a carboidratos, resultando em hiperglicemia de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. A atuação do enfermeiro obstetra no cuidado de gestantes com diabetes gestacional é crucial para garantir a saúde da mãe e do bebê. Suas responsabilidades abrangem diversas áreas, desde o diagnóstico até o acompanhamento pós-parto. **Objetivo:** descrever a experiência da enfermeira obstetra que atuar no pré-natal de alto risco (PNAR) frente ao diabetes gestacional **Método:** estudo descritivo do tipo relato de experiência, qual o correu durante a prática profissional das enfermeiras obstétricas do PNAR, no município de Tucuruí, no interior do Pará. **Resultados:** O ambulatório do PNAR recebe em medida 300 pacientes por ano, oriundas da atenção primaria de Tucuruí para acompanhamento do pré-natal de alto risco. Sob essa ótica, após ter adotado os critérios do Ministério da Saúde, as enfermeiras desse programa têm vivenciado diariamente diagnósticos da DMG entre as gestantes referenciadas, em sua maioria ocorrendo durante a consulta de acolhimento no PNAR, o qual era necessário ser realizado no pré-natal de risco habitual, na atenção primária assim, observam o papel crucial da educação em saúde para minimizar os impactos dessa patologia. A orientação eficaz garante que as gestantes compreendam a natureza da DMG, suas causas e os riscos associados ao não tratamento, adaptando a linguagem e as estratégias educativas às necessidades individuais, considerando fatores culturais e socioeconômicos. A orientação sobre o tratamento, incluindo dieta, atividade física e, quando necessário, o uso de insulina, deve ser clara e detalhada, abordando dúvidas e receios, e incentivando a adesão ao plano terapêutico para garantir o bem-estar materno e fetal. **Conclusão:** Portanto, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo, juntos, atuam como potencializadores para a adesão das mães ao tratamento assim como para redução dos riscos maternos e fetais. Logo, a importância do cuidado especializado, ofertados pelas enfermeiras obstetras do PNAR, junto a educação em saúde são fundamentais para minimizar os impactos da DMG no binômio mãe-filho. O exercício da enfermagem obstétrica requere profissionais comprometidos com uma prática capacitada para tal, com condutas pautadas em evidências científicas atualizadas, manejo para o fortalecimento do vínculo gestante-profissional evitando o abandono do tratamento, e estratégias para contornar problemas relacionados aos aspectos socioeconômicos e culturais que permeiam a mulher e influenciam diretamente em seu estilo de vida. Desse modo, o incentivo ao aperfeiçoamento dos conhecimentos de forma constante faz-se primordial para a garantia de uma assistência padronizada e qualificada.

Palavras-chave: Padrões de Prática em Enfermagem, Enfermagem Obstétrica, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gestação é um período marcado por intensas alterações fisiológicas, hormonais e metabólicas, que podem desencadear condições clínicas capazes de comprometer a saúde materna e fetal. Entre essas condições, a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) destaca-se como uma das intercorrências mais prevalentes durante o ciclo gravídico, configurando-se como importante problema de saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2023).

A DMG é definida como qualquer grau de intolerância aos carboidratos, com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (IADPSG, 2010). No Brasil, sua prevalência apresenta crescimento progressivo, influenciada por fatores como aumento da obesidade, sedentarismo, idade materna avançada e desigualdades socioeconômicas (TORLONI et al., 2014; GOMES; MALTA; SILVA, 2018).

Estudos apontam que a DMG está associada a importantes desfechos adversos, como pré-eclâmpsia, macrossomia fetal, parto operatório, hipoglicemia neonatal e maior risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 ao longo da vida da mulher e de sua prole (Crowther *et al.,* 2005; Federação Internacional de Diabetes, 2021).

Nesse contexto, o Pré-natal de Alto Risco (PNAR) desempenha papel fundamental na organização da assistência à gestante com DMG, ao possibilitar acompanhamento especializado e multiprofissional. Inserido nessa lógica de cuidado, o enfermeiro obstetra assume posição estratégica, atuando desde o acolhimento inicial até o acompanhamento contínuo, com ênfase na educação em saúde, no monitoramento clínico e no fortalecimento do vínculo com a gestante (Narchi; Cruz, 2013; COFEN, 2016).

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

A fisiopatologia da DMG está relacionada à resistência periférica à insulina induzida por hormônios placentários, especialmente no segundo e terceiro trimestres da gestação. Em mulheres com reserva pancreática insuficiente, essa resistência resulta em hiperglicemia persistente (Merzouk; Kharoubi, 2020).

A Organização Mundial da Saúde recomenda o rastreamento universal da DMG, com glicemia de jejum no primeiro trimestre e teste oral de tolerância à glicose entre a 24ª e a 28ª semanas de gestação, o

Ministério da Saúde reforça a importância do diagnóstico precoce como estratégia para redução da morbimortalidade materna e perinatal (Organização Mundial da Saúde, 2013; Brasil, 2012).

Apesar das diretrizes estabelecidas, a literatura aponta falhas no rastreamento oportuno da DMG na Atenção Primária à Saúde, o que contribui para diagnósticos tardios e maior necessidade de intervenções no PNAR (Brasil, 2016; SBD, 2023).

O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

O enfermeiro obstetra possui competências técnico-científicas que o habilitam a atuar de forma autônoma e integrada no cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Sua atuação no PNAR é respaldada por políticas públicas e diretrizes profissionais que reconhecem sua importância na promoção da saúde materna (COFEN, 2016; Brasil, 2022).

No cuidado à gestante com DMG, o enfermeiro obstetra atua no acolhimento, na estratificação de risco, no monitoramento glicêmico e na orientação quanto às mudanças no estilo de vida. A educação em saúde é apontada como uma das principais ferramentas para o controle glicêmico e para a adesão ao tratamento (Oliveira; Rocha, 2017; Silva; Bezerra; Sousa, 2019).

Além disso, o acompanhamento longitudinal e a escuta qualificada favorecem a construção do vínculo profissional-gestante, elemento essencial para evitar o abandono do tratamento e garantir a continuidade do cuidado (Ribeiro; Gomes, 2018).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, fundamentado nas vivências profissionais de enfermeiras obstétricas atuantes no serviço de Pré-natal de Alto Risco de um município do interior do estado do Pará.

O relato de experiência constitui importante estratégia metodológica para a sistematização do conhecimento produzido no cotidiano do trabalho em saúde, permitindo a reflexão crítica sobre a prática profissional (Souza; Kerbauy, 2017; Minayo, 2014).

Por se tratar de estudo baseado em experiências profissionais, sem identificação de sujeitos e sem utilização de dados individuais, este trabalho dispensa apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

A narrativa baseia-se na observação participante e na análise dos processos de trabalho desenvolvidos com gestantes referenciadas pela atenção primária. O relato contempla o período de acolhimento, diagnóstico e acompanhamento terapêutico, sob a ótica da assistência humanizada e baseada em evidências.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) do município de Tucuruí, instituído no ano de 2016, configura-se como um serviço estratégico na rede de atenção à saúde local. Atuando em nível municipal, a unidade dispõe de uma equipe multiprofissional composta por duas enfermeiras obstetras, uma técnica de enfermagem, uma médica obstetra e uma nutricionista.

Atualmente, o serviço atende uma média de 300 gestantes por ano, todas referenciadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). No cotidiano da assistência, observa-se uma elevada frequência de diagnósticos de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), muitos dos quais são identificados tardiamente apenas durante a consulta de acolhimento no serviço especializado. Esse cenário corrobora achados da literatura que apontam fragilidades no rastreamento precoce e na coordenação do cuidado entre os níveis de atenção (Torloni et al., 2014; SBD, 2023).

A vivência demonstra que a entrega de um diagnóstico de DMG gera ansiedade e medo. Aqui, a educação em saúde torna-se a principal intervenção da enfermagem, mostrando-se como eixo central da atuação das enfermeiras obstétricas, sendo direcionada à compreensão da doença, adesão ao plano alimentar, prática de atividade física e, quando necessário, uso de insulina.

Estudos demonstram que intervenções educativas individualizadas contribuem significativamente para o controle glicêmico e redução de complicações. A adaptação da linguagem às condições socioculturais das gestantes revelou-se fundamental para a efetividade das ações educativas (Teixeira e Nitschke, 2008; Crowther et al., 2005; HOD et al., 2015).

O sucesso do tratamento está diretamente ligado à confiança da gestante no profissional. O enfermeiro obstetra, ao exercer a escuta qualificada, evita o abandono do pré-natal. O fortalecimento do vínculo

profissional-gestante foi identificado como fator determinante para a adesão ao tratamento. A literatura destaca que relações terapêuticas baseadas no acolhimento e na escuta qualificada favorecem melhores desfechos em gestações de alto risco (Ribeiro; Gomes, 2018; Narchi; Cruz, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada no PNAR evidencia que o diagnóstico precoce da DMG, aliado ao acompanhamento contínuo e à educação em saúde, constitui estratégia fundamental para a redução de riscos maternos e fetais, corroborando recomendações nacionais e internacionais (Brasil, 2012; OMS, 2016).

A vivência das enfermeiras obstetras no PNAR de Tucuruí reforça que o combate ao DMG não se faz apenas com protocolos, mas com a presença ativa e educadora da enfermagem. O diagnóstico precoce, aliado a um acompanhamento contínuo e humanizado, é a estratégia mais eficaz para reduzir a morbimortalidade no binômio mãe-filho.

Torna-se imperativo o incentivo ao aperfeiçoamento constante dos profissionais, garantindo que a assistência seja pautada nas melhores evidências científicas e sensível às necessidades sociais das mulheres amazônidas.

O cuidado à gestante com DMG exige profissionais capacitados, comprometidos com práticas baseadas em evidências científicas e sensíveis às desigualdades sociais que permeiam o contexto da mulher. O investimento em educação permanente é essencial para garantir assistência segura, humanizada e qualificada (COFEN, 2016; FEBRASGO, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2023. Diabetes Care, v. 46, supl. 1, p. S1–S291, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 32: atenção ao pré-natal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Atuação do enfermeiro obstetra e obstetriz. Brasília: COFEN, 2016.

CROWTHER, C. A. et al. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. New England Journal of Medicine, v. 352, n. 24, p. 2477–2486, 2005.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Diabetes mellitus gestacional. São Paulo: FEBRASGO, 2021.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. IDF diabetes atlas. 10. ed. Brussels: IDF, 2021.

GOMES, C. B.; MALTA, D. C.; SILVA, A. G. Diabetes gestacional: aspectos clínicos e epidemiológicos. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 40, n. 5, p. 286–292, 2018.

HOD, M. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on gestational diabetes mellitus. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 131, supl. 3, p. S173–S211, 2015.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DIABETES AND PREGNANCY STUDY GROUPS (IADPSG). Recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. Diabetes Care, v. 33, n. 3, p. 676–682, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERZOUK, H.; KHAROUBI, O. Gestational diabetes mellitus: pathophysiology and management. World Journal of Diabetes, v. 11, n. 3, p. 79–92, 2020.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F. Atuação da enfermagem obstétrica no cuidado à mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. esp., p. 20–27, 2013.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. London: NICE, 2020.

OLIVEIRA, A. C.; ROCHA, S. M. M. Educação em saúde no pré-natal: papel do enfermeiro. Revista de Enfermagem UFPE, v. 11, n. 5, p. 2022–2029, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva: WHO, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2016.

PEREIRA, S. S.; OLIVEIRA, M. F.; COSTA, R. H. Cuidado de enfermagem à gestante com diabetes mellitus gestacional. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 9, e2592, 2019.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

RIBEIRO, J. P.; GOMES, G. C. Vínculo e adesão ao pré-natal de alto risco. Texto & Contexto Enfermagem, v. 27, n. 2, e3360016, 2018.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024. São Paulo: Clannad, 2023.

SILVA, R. M.; BEZERRA, A. L. Q.; SOUSA, L. B. Práticas educativas no cuidado à gestante com diabetes gestacional. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, supl. 3, p. 265–272, 2019.

SOUZA, K. R.; KERBAUY, M. T. M. Relato de experiência: fundamentos metodológicos. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 60, p. 547–560, 2017.

TEIXEIRA, E.; NITSCHKE, R. G. Educação em saúde e práticas emancipadoras. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 61, n. 4, p. 492–497, 2008.

TORLONI, M. R. et al. Prevalence of gestational diabetes mellitus in Brazil. PLoS ONE, v. 9, n. 5, e94836, 2014.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. 3. ed. Barueri: Manole, 2019.

Capítulo 4

10.37423/260110631

ANÁLISE GEOESPACIAL DA MORTALIDADE POR AIDS EMPESSOAS IDOSAS AMAZÔNIDAS, NO PERÍODO DE 2007 A 2018.

NILTON LUCAS TELIS DE SOUSA — *UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ*

Wanne Letícia Santos Freitas — *UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ*

Abigail de Castro Pontes — *HOSPITAL MEDVIDA*

Yves Matheus Vale dos Reis — *Hospital Municipal de Canaã dos Carajás*

Adriely Cardoso Silva — *Hospital MEDVIDA*

SANDRA HELENA ISSE POLARO — *UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ*

Julyana Falcão Madeira — *UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNIPIO DE CANAÃ DOS CARAJÁS*

André Emiliano de Oliveira Arnoud — *Hospital Municipal de Canaã dos Carajás*

Maria Olyntha Araújo de Almeida — *Hospital MedVida*

João Batista Pereira da Silva — *Hospital Medvida*

RESUMO

Desde o início da epidemia do HIV, no Brasil foram registrados 349.784 óbitos, sendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida como causa principal, as regiões mais afetadas são a região sudeste e sul, já região norte corresponde a apenas 5,5%. De 2010 a 2020 foi possível observar uma queda no coeficiente de mortalidade nacional com 29,9%. No entanto, observa-se que a região norte não acompanhou a tendência nacional e apresentou um acréscimo de 6,5% no índice de mortalidade. Desse modo, o presente trabalho tem por objetivo analisar a expressão geográfica e mortalidade por Aids entre os anos de 2007 a 2018 da população de idosos com 50 anos ou mais no estado do Pará, bem como traçar o perfil epidemiológico da Aids nesta parcela populacional. Logo, o estudo comprovou que há a existência de correlação espacial nas regiões sudeste e sudoeste do estado. O que pode está associado as grandes obras que aconteceram nessas regiões, atraindo um número grande de pessoas em busca de trabalho, aliado a ausência de serviçõe de saúde disponíveis para essa população.

Descritores: Análise Espacial; Idoso; HIV/Aids; Mortalidade; Perfil Epidemiológico.

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira enfrenta um processo de envelhecimento populacional e com isso diversas transformações no perfil epidemiológico de principais doenças, inclusive as sexualmente transmissíveis[1]. A epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda apresenta um grave problema de saúde pública, contudo, o avanço das terapias antirretrovirais promoveu um aumento da sobrevida dos pacientes vivendo com HIV e possibilitaram o processo de senescência [1]. Em contrapartida, há um expresso número de idosos que tem se infectado na velhice, exigindo assim, novos meios de combate à epidemia [2].

Desde o início da epidemia no Brasil foram registrados 349.784 óbitos, tendo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) como causa principal, as regiões mais afetadas são a região sudeste e sul, já região norte corresponde a apenas 5,5% do total de mortos. De 2010 a 2020 foi possível observar uma queda no coeficiente de mortalidade nacional com 29,9%. No entanto, a região norte não acompanhou a tendência nacional e apresentou um acréscimo no índice de mortalidade, chegando a 6,5 % [3].

Em 1980 quando surgiram os primeiros casos no Brasil o perfil da doença era em homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, sendo as principais medidas de combate à epidemia destinadas aos grupos de jovens e adultos e quase inexistente na população de idosos [4]. A partir da década de 2000 a infecção começou a apresentar outro perfil, avançou entre os heterossexuais, intensificou os processos de feminização, interiorização, pauperização e aumento proporcional em todas as faixas etárias, atingindo a população de idosos do país [2].

No entanto, a sexualidade na velhice ainda é um paradigma na sociedade, a visão de que o idoso não mantém uma vida sexual ativa é ultrapassada e corrobora para que o tema seja pouco discutido, resultando em um comportamento de risco para essa parcela da população. A prática sexual, desprotegida, na velhice é a principal causa da infecção pelo HIV, a camisinha para os idosos ainda é vista como método contraceptivo e não de prevenção. Portanto, considerar a sexualidade dos idosos é respeitar as necessidades biopsicossociais, realçando a importância de planejar ações cuidativas educacionais para o controle das infecções sexualmente transmissíveis [5].

Ademais, o processo de envelhicimento é acompanhado de muitas alterações fisiológicas que influenciam de forma significativa nas capacidades e habilidades do individuo. Além disso, outros tipos de alterações podem estar relacionadas a capacidade ecocômica, relações sociais, perdas de familiares

e/ou pessoas próximas. Dessa maneira, torna-se evidente a importância de estudos que visem a elucidação dos fatores que interferem na qualidade de vida desses individuos [6].

Diante disso, um índice que permite uma avaliação satisfatória dos dados referentes a situação epidemiológica da infecção por HIV é a taxa de mortalidade por Aids, entendida aqui como a intensidade de óbitos ocorridos devido a uma determinada doença. Além disso, uma análise detalhada do perfil sociodemográfico do grupo alvo de estudo permite a caracterização e identificação dos fatores sociais, ambientais e comportamentais relacionados a determinado contexto epidemiológico [7].

Além disso, um conceito que traduz a influência daqueles fatores para com essa realidade epidemiológica é o de determinantes sociais de saúde, pois conforme define *Center for Diseases control and Prevention-CDC:*

> Os determinantes sociais da saúde (SDOH) são as condições nos ambientes onde as pessoas nascem, vivem, aprendem, trabalham, brincam, adoram e envelhecem que afetam uma ampla gama de riscos e resultados de saúde, funcionamento e qualidade de vida [8].

Outrossim, a análise geoespacial, constitui-se como uma ferramenta essencial no enfrentamento dessa questão de saúde pública. A mesma permite a verificação de possível relação territorial com a situação epidemiológica, visto que há forte influência da conjuntura política e social. Dessa forma, é possível estabelecer ás áreas territoriais com maior pressão epidemiológica e entender seus fatores agravantes. Permitindo, dessa maneira, maiores subsídios no combate a essa epidemia causada pelo HIV/Aids (9).

Desse modo, o presente trabalho tem por objetivo analisar a expressão geográfica e mortalidade por Aids entre os anos de 2007 a 2018 da população de idosos com 50 anos ou mais no estado do Pará, bem como traçar o perfil epidemiológico da Aids nesta parcela populacional.

2 MÉTODO

Estudo ecológico descritivo de caráter quantitativo realizado com os registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), por meio da Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará (SESPA). Os dados remanescentes foram verificados e agrupados por meio do Microsoft Office Excel 2016, dos municípios do Pará, no período que compreende os anos de 2007 a 2018.

Este intervalo foi escolhido pois verifica-se que este é um período de transição de novas medidas de prevenção e obrigatoriedade da notificação dos casos. Nesse sentido, foram lançadas a Profilaxia Pre-exposição (PREP) E Profilaxía Pós-exposição (PEP) que tiveram impactos diretos no número de infectados [10]. Já a portaria nº 1.271, de 2014, determinou a notificação de casos de HIV obrigatória, o qual permitiu aos gestores de saúde identificar as populações mais vulneráveis e áreas com maiores riscos [11].

Nesta análise, foram consideradas somente indivíduos que possuíam idade igual ou superior a 50 anos, independente do sexo. Devido ao seu quadro clínico, e a predisposição até quatro vezes mais para ocorrência de comorbidades a população de 50 anos ou mais vivendo com HIV é considerada idosa [12]. Além disso, eles deveriam ter residido no estado, em algum dos 144 munícipios no período estudado, totalizando 1294 indivíduos.

O perfil sóciodemográfico (sexo, cor/raça, faixa etária, escolaridade, estado civil) dos indivíduos falecidos em decorrência de complicações relacionadas a Aids no período de 2007 a 2018 do estado do Pará foi analisado utilizando-se o programa Microsoft Excell 2016, o mesmo permitiu a caracterização dessa população bem como dos Determinates Sociais de Saúde relacionados a infecção por HIV. Conforme observa Barata:

> A determinação social é o processo pelo qual os determinantes (fatores essenciais) põem limites ou exercem pressão sobre outras dimensões da realidade, sem serem necessariamente determinísticos. O processo de produção se completa com a mediação que os componentes das dimensões subsumidas exercem sobre esses determinantes, daí resultando a conformação de distintos perfis epidemiológicos [13] .

Diante disso, o presente estudo direcionou esforços na elucidação desses determinantes sociais com o intuito de oferecer subsídios para formulação de estratégias de saúde. As variáveis consideradas para este estudo foram: ano do óbito, faixa etária, sexo, raça, estado civil e escolaridade. Considerando-se que as mesmas possam apresentar os seguintes valores:

a) Características particulares do indivíduo: Sexo: masculino ou feminino; Raça: parda, preta, branca ou indígena; Faixa etária: 50 a 54, 55 a 59 e maior ou igual a 60 anos. Ano de óbito: de 2007 a 2018.

b) Características sociais do indivíduo:Escolaridade: ignorado, fundamental 1 (1ª a 4ª série). Fundamental 2 (5ª a 8ª série), superior incompleto, médio (antigo 2º grau), superior incompleto e sem escolaridade; Estado civil: casado, solteiro, viúvo, separado judicialmente/divorciado, união estável e ignorado.

Para a análise espacial foi empregada a taxa de mortalidade por Aids em quadriênios (2007-2010, 2011-2014, 2015-2018) de modo a evitar as flutuações anuais. A taxa de mortalidade foi calculada levando-se em consideração a média populacional de cada município e número de óbitos para cada um dos quadriênios definidos para o estudo.

Depois disto, foi realizada a análise espacial da taxa de mortalidade através do método de autocorrelação espacial de Moran global. O índice de Moran global (I) varia de -1 a 1, no entanto, valores negativos e p-valor ≤0,05 indica a autocorrelação inversa, município com alta taxa de mortalidade envolto por municípios com baixa taxa de mortalidade, ou vice-versa (agrupamento alta-baixa ou baixa-alta mortalidade, respectivamente); quando o valor de I é positivo e p-valor ≤0,05, ocorre a autocorrelação direta (agrupamento baixa-baixa e alta- alta mortalidade). No entanto, para casos contrários entende-se como distribuição aleatória [14].

Para essa análise foi utilizado o software Arcgis (10.5). A análise de Moran global permite saber se há, ou não, algum grau de associação espacial no conjunto dos municípios analisados. Para indicar quais cidades apresentavam relação espacial, ou seja, apresentavam agregação espacial, entendido aqui como o cálculo estatístics em áreas onde uma camada de entrada sobrepõe uma camada de limite [15].

Utilizou-se a análise de Moran local por meio do método de indicador local de associação espacial (LISA), com a matriz de primeira ordem de contiguidade do tipo rainha e o p-valor obtido através de 999 permutações, que destacaria os agrupamentos formados.

O estudo foi conduzido conforme as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que abordam sobre os aspectos éticos, direito e deveres em pesquisa com seres humanos. O estudo faz parte de um macroprojeto “projeto guarda-chuva” intitulado: Diagnóstico situacional das infecções sexualmente transmissíveis no contexto amazônico: análise geoespacial, rastreio e desenvolvimento de tecnologias cuidativas educacionais. Submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA).

3 RESULTADOS

3.1 Perfil da população

O resultado da análise do perfil epidemiológico está apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1: perfil sóciodemográfico da mortalidade. Período de 2007 a 2018. Dados:SIM.

Característica		Quantidade (número absoluto ou porcentagem)
Sexo	Masculino	74%
	Feminino	26 %
Cor/raça	Parda	1035
	Branca	146
	Preta	107
	Amarela	05
	Indigena	01
Faixa etária	≥ 60	32%
	50 a 54	40%
	55 a 59	28%
Escolaridade	Ignorada	10%
	Sem escolaridade	3%
	Ensino fundamental I	15%
	Fundamental II	26%
	Ensino médio	23%
	Ensino Superior incompleto	17%
	Ensino superiro Completo	6%
Estado cívil	Ignorado	8%
	Solteiro	44%
	Casado	28%

	Separado	6%
	Viúvo	8%
	União Estável	6%

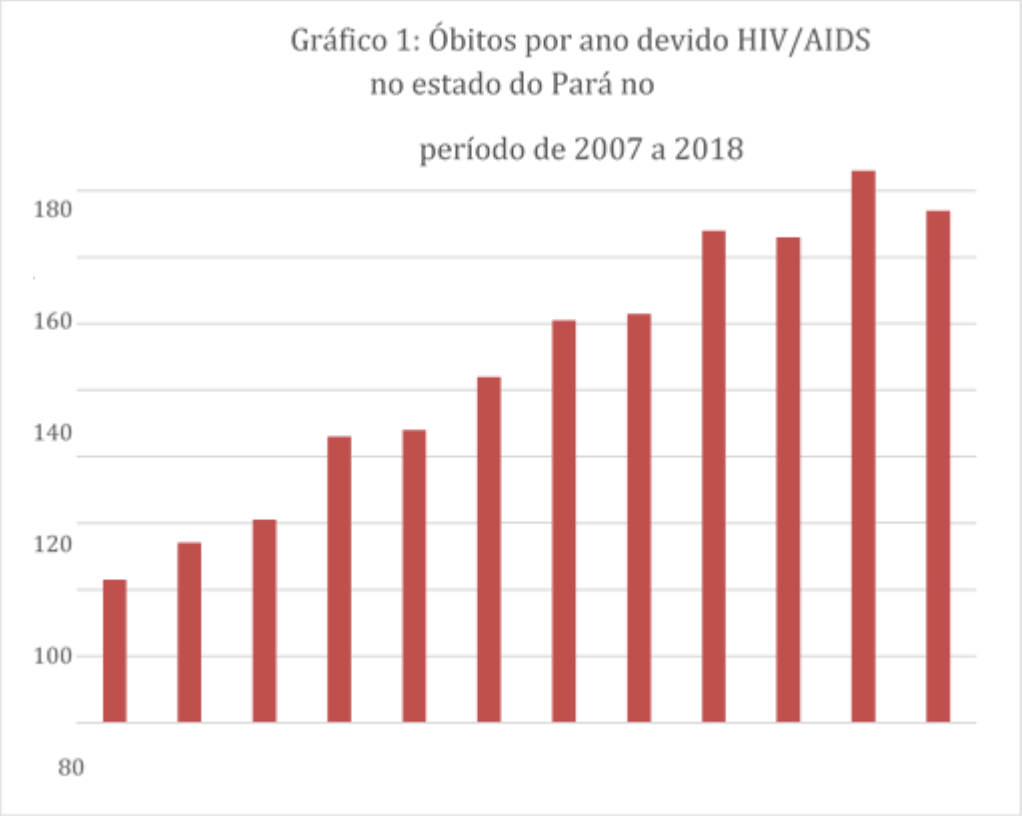
A tabela 1, apresenta a porcentagem de óbitos por Aids ocorridos de acordo com o sexo, além disso, denota o número de óbitos levando em consideração a cor/raça do indivíduo para o período de 2007 a 2018. Destaca-se o número elevado de óbitos na população parda, cerca de (80%) do total de óbitos, evidenciando-se a vulnerabilidade deste grupo para contrair IST. Em seguida, aparecem as populações branca e preta, representando cerca de (11%) e (8%) respectivamente. Já as raças amarela e indígena foram os grupos com menos ocorrência (0,39%) e (0,08%) respectivamente.

O grupo etário mais prevalente na pesquisa foi de 50 a 54 anos, apresentando 514 (40%) mortes, seguida pelo grupo com idade igual ou superior a 60 anos com 418 óbitos (32%), e pela faixa etária de 55 a 59 anos que contabilizou um total de 362 casos (28%) de falecimento em decorrência de Aids. Verifica-se uma alta taxa de mortalidade para a faixa etária acima de 60 anos.

Em relação à escolaridade dos indivíduos que vieram a óbito devido a Aids, observa-se que há um número maior de óbitos na população com o nível de escolaridade fundamental 2, cerca de 26%, seguida pelos indivíduos que possuem o nível médio de formação, (23%), sucedidas pela população com formação superior incompleta, (17%). Destaca-se a baixa ocorrência de casos entre os indivíduos com ensino superior e sem escolaridade, (6%) e (3%) respectivamente.

Quanto ao estado civil das populações observadas, evidencia-se a porcentagem de mortes no grupo de indivíduos solteiros (44%) apresentando-se como mais propensos a contrair infecções sexualmente transmissíveis, seguidos pelo grupo de indivíduos casados (28%) ignorados e viúvos, ambos com (8%) de óbitos, união estável e separados judicialmente, cada um com (6*%).*

O número de casos registrados por ano no período considerado está expresso no gráfico a seguir:

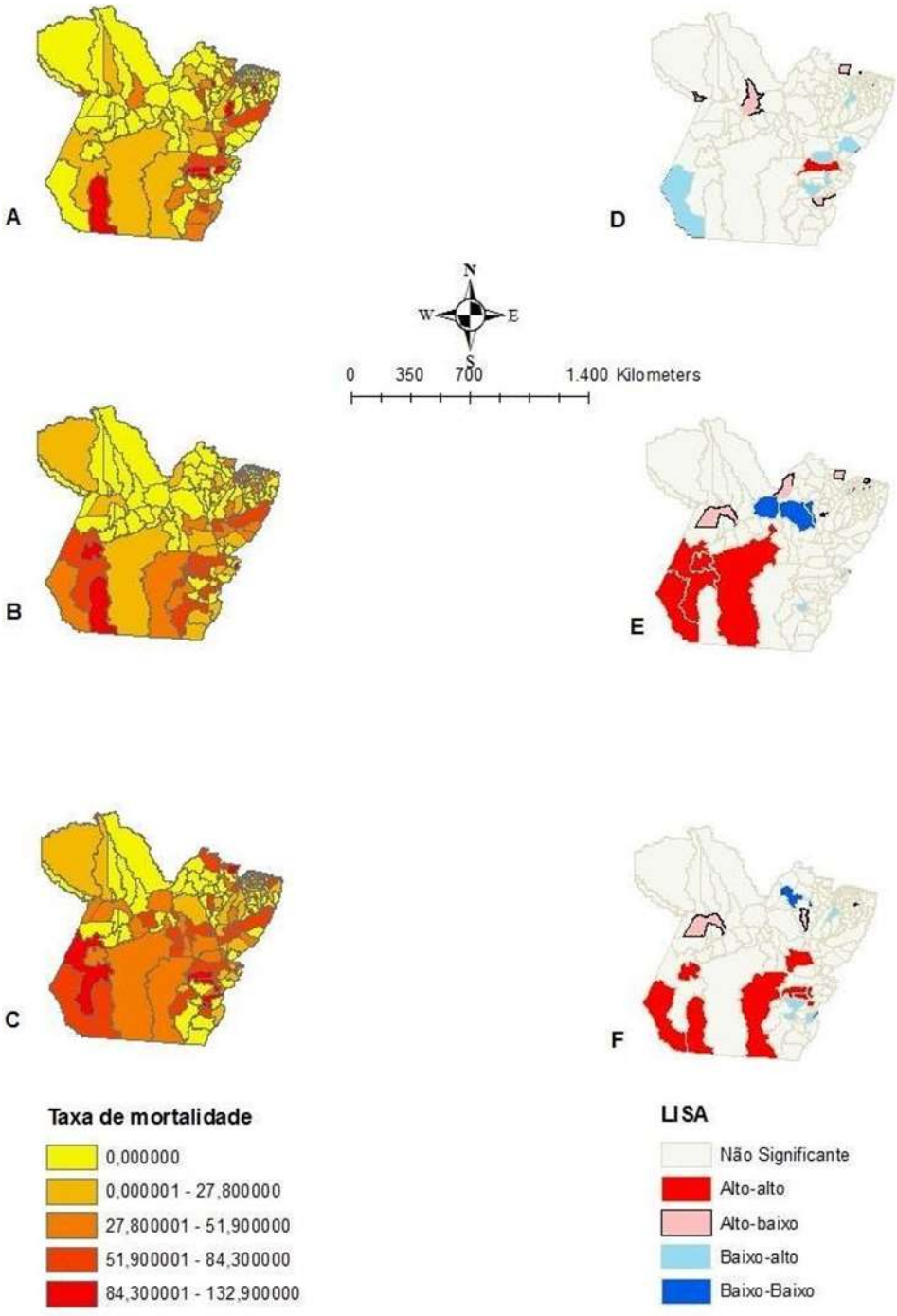


Observa-se, no gráfico 1, a quantidade de mortes devido complicações causadas pela Aids ocorridos a cada ano, desde 2007 a 2018. É possível observar a evolução na quantidade de ocorrências notificadas; verificou-se uma tendência de aumento no período de 2007 a 2015, , seguida por uma redução discreta em 2016, depois sucedida por um aumento em 2017 e uma retração significativa em 2018.

4 ANÁLISE GEOESPACIAL

A figura 1, a seguir, apresenta o mapa da mortalidade pela análise de Moran. O mesmo permite verificar se há relação de interdependência espacial entre dois polígonos de uma área de estudo.

Figura 1: Distribuição espacial da taxa de mortalidade HIV. Pará 2021.



Na figura 1, os mapas da coluna esquerda (A, B e C) correspondem respectivamente a análise de autocorrelação espacial de Moran Global dos municípios considerados nos quadriênios (2007 a 2010, 2011 a 2014 e 2015 a 2018). Já o Moran local, mapas da coluna da direita (D, E e F), apresenta os municípios com correlação espacial observada pelo Moran global. Nos primeiros quatro anos analisados, mapas A e D, o índice de mortalidade no estado foi de 0,075437, e p-valor 0,094376.

Já para o segundo quadriênio estudado (mapas B e E) o índice de Moran foi de 0,136617 e p-valor de 0,003367, apontando correlação espacial direta, que coaduna com os agrupamentos encontrados no mapa (figura 1-E). No mesmo, destaca-se o aglomerado formados na região do Marajó pelos municípios de Portel, Porto de Moz e Baião e um segundo compreendendo as regiões do sudoeste paraense e o baixo Amazonas, formado pelos municípios de Itaituba, Trairão, Altamira e Jacareacanga.

Em relação aos anos de 2015 a 2018 (mapas C e F) o índice de mortalidade no estado foi de 0,188244, e p-valor igual a 0,000084, sinalizando, assim como no primeiro quadriênio, a existência de correlação espacial. Este achado é corroborado pela identificação do aglomerado encontrado na região sudeste do estado, mapa 1-F, formado pelas seguintes cidades: São Félix do Xingu, Parauapebas, Canaã dos Carajás, Curionópolis e Sapucaia.

5 DISCUSSÃO

A tabela 1, apresenta a porcentagem de óbitos por Aids ocorridos de acordo com o sexo. Verifica-se que o sexo masculino mostrou-se mais susceptível a apresentar a infecção por HIV. Isso se deve, muito provavelmente, pela dificuldade que os homens possuem de procurar serviços de saúde em razão, muitas vezes, de uma masculinidade idealizada hegemônica em que o homem não pode aparentar ser vulnerável, assumindo, portanto, um comportamento de risco que ameaça seu bem-estar [16].

Além disso, observou-se o predominio na população de cor parda, seguida pela população branca e preta. Tal achado, está de acordo com o resultado de outros estudos de mesma natureza. Fry PH et al. evidencia em seu estudo o rápido crescimento dessa epidemia na população de Negros e Pardos [17]. A literatura que versa sobre HIV/Aids traz uma taxa de mortalidade segundo cor/raça, no ano de 2000, no Brasil, de 10,61/100 mil habitantes para mulheres brancas e 21,49/100 mil para as negras e 22,77/100 mil habitantes para homens brancos e 41,75/100 mil para os negros. Estes dados refletem a mesma discrepância entre cor/raça do estudo em questão [17].

Com relação a faixa etária, segundo Schneider et al (2008), ocorre pelo maior tempo de exposição destes a situações de risco e menos informações preventivas, além da dificuldade no uso de preservativos nos casos de disfunção erétil entre os homens [18]. Outrossim, a escolaridade, apresentou-se como um fator relevante para a epidemia. Nota-se que os indivíduos de menor grau de escolaridade apresentam maior porcentagem de casos de óbitos HIV, caracterizando a pauperização da epidemia [19].

Além desses, o estado civil mostrou-se, também, relevante para a compreensão do contexto epidemiológico. Segundo Gabriel; Barbosa e Vianna , tanto homens como mulheres demonstram mínimo de conhecimento sobre a transmissão do HIV e a forma de prevenção, no entanto não cogitam o uso de preservativo na relação sexual, mesmo sabendo que seus parceiros mantêm relações extraconjugais ou se recusarem manter relação sem o uso do preservativo, podem gerar suspeitas de infidelidade [20].

Já com relação a taxa de mortalide por ano, observou-se uma tendência de aumento. Isso se deve, muito provavelmente, a obrigatoriedade de notificar-se os novos casos. Além disso, no último quadriênio analisado,2015-2018, foram lançados a Profilaxia Pre-exposição (PREP) e Profilaxia Pós-exposição (PEP) que tiveram impactos diretos no número de infectados [10].

Em relação a análise geoespacial, o primeiro quadriênio analisado não apresentou correlação espacial direta, e de que se trata, provavelmente, de distribuição aleatória, confirmada pela inexistência de agrupamentos visíveis no mapa (figura 1-D). Isso se deve, muito possivelmente, à carência de dados registrados causada pela subnotificação das ocorrências no período analisado.

Além disso, Estudos mostram que muitos fatores contribuíram para a expansão do número de casos de HIV/ AIDS entre os idosos no Brasil, destacando: a) atividade sexual desse público mais ativa e, muitas vezes, desprotegida; b) grande parte desse público constituída de homens, viúvos, solteiros ou divorciados; c) falta de percepção do risco da doença; d) invisibilidade do sexo na velhice; e) orientação não adequada para esse público; f) expansão dos tratamentos de reposição hormonal e da impotência sexual; g) melhoria da renda, devido à permanência desses indivíduos no mercado de trabalho após as aposentadorias; h) aumento da expectativa de vida, e i) hábitos mais saudáveis de vida, entre outros [21].

Vale destacar que a região de Carajás tem tido forte atividade do setor da mineração que tem absorvido grande quantidade de mão de obra, além dessa, a região do Sudoeste experimentou recentemente investimentos na construção de grandes obras para a geração de energia por meio de hidrelétricas que mobilizou, também, grande contingente populacional. Estudo realizado na África Subsaariana indica que há forte relação entre o deslocamento populacional e a aquisição da infecção por HIV [22].

Estes achados, coadunam com outros estudos realizados no Brasil, por exemplo, Maranhão (2018), ao analisar a distribuição espacial e temporal da incidência e da mortalidade por AIDS no estado do Piauí, concluiu que áreas com alta concentração populacional (por exemplo, Teresina – capital do estado) tendem a apresentar taxas elevada dessas variáveis [23]. De modo análogo, Rodrigues et al. (2015) confirma esses achados em estudo desenvolvido para o estado do Rio de Janeiro [24].

Além disso, observa-se uma fraca estrutura da atenção primária no estado do Pará, verificada pela baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que contribui para o agravamento da situação [25].

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a construção deste trabalho, observou-se uma quantidade significativa de artigos disponíveis sobre perfil epidemiológico e análise espacial para a faixa etária estudada. No entanto, vale destacar que é fundamental a compreensão desses fatores a nível local para uma melhor aproximação da realidade, bem como para a produção de informações que possam ser usadas em outros estudos ou levadas em consideração na formulação de políticas de saúde.

5.2 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Diante dos resultados expostos, espera-se que haja uma superação dos estereótipos associados a velhice, além disso que os profissionais de saúde possam traçar estratégias para o cuidado da pessoa idosa que vive com HIV/Aids, levando em consideração suas particularidades e venham, dessa maneira, realizar a promoção e a manutenção da qualidade de vida do idoso com HIV/Aids.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu a análise geoespacial da taxa de mortalidade dos adultos idosos com Aids, bem como a identificação do perfil epidemiológico dessa população pertencente ao estado do Pará. O perfil epidemiológico traçado neste estudo proporciona o conhecimento dos determinantes sociais de saúde que permitem a formulação de ações adequadas para as necessidades identificadas a partir da influência desses fatores. Além disso, a avaliação de correlação espacial permitiu a identificação das áreas de pressão epidemiológica, constituindo-se como importantes informações na elaboração de políticas públicas de saúde para essas áreas.

O estudo revelou que os homens continuam sendo o sexo mais susceptível a infecção e morte por Aids, apesar do acréscimo significativo entre as mulheres. Além disso, o grupo racial que se mostrou mais vulnerável foi o da população de pessoas pardas, seguida pela população branca e preta, mostrando-se como um fator heterogênico. Outrossim, a faixa etária de 50 a 54 anos destacou-se como a faixa etária onde se identificou um maior número de óbitos da população estudada. Além desses, com relação ao estado civil e escolaridade, indivíduos com baixa escolaridade e solteiros apresentaram maior expressão com relação a taxa de mortalidade dentre as outras variaveis.

Além dessas informações, o estudo identificou no território paraense, as áreas com maior taxa de mortalidade, com destaque para as regiões de Carajás e Sudoeste do estado, que tiverem grande alteração populacional que não foi acompanhada pela ampliação dos serviços de saúde, que impossibilitaram o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Portanto, há a necessidade de se ampliarem os Centros de Testagem e Aconselhamento, fortalecimento da atenção básica e das redes de apoio para as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Ademais, torna-se evidente a necessidade de se intensificarem os estudos para identificação e caracterização dessa população que tem sido, erroneamente, considerada uma população inativa sexualmente, bem como a superação desse estigma. Além disso, deve haver esforços para uma maior notificação desses casos de mortalidade, bem como a ampliação dos serviços de saúde para a pessoa com HIV/Aids, especialmente para aquelas áreas identificadas como regiões de alta pressão epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1- SOUZA, Itamara Barbosa et al . Perfil sociodemográfico de idosos com vírus da imunodeficiência humana em um estado do nordeste brasileiro. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e190016, 2019. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190016.

2- Aguiar, Rosaline Bezerra et al. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 2 [Acessado 3 Abril 2022] , pp. 575-584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018. Acessado em 29/03/2022.

3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021. Acesso em: 30/03/2022.

4- MELO, M.C; ALMEIDA, V.C; DONALÍSIO, M.R. Tendência da incidência de HIV-aids segundo diferentes critérios diagnósticos em Campinas-SP, Brasil de 1980 a 2016. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 01, pp. 297-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08652019>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08652019. Acessado em 31/03/2022.

5- FERNANDES, I.; ALVES DE TOLEDO BRUNS, M. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do hiv/aids. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, *[S. l.]*, v. 32, n. 1, 2021. DOI: 10.35919/rbsh.v32i1.916. Disponível em: https://sbrash.emnuvens.com.br/revista_sbrash/article/view/916. Acesso em:30/03/2022.

6- BRANDÃO, Bárbara Maria Lopes da Silva et al. Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 12, n. 3, dez. 2021. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3743/1190>. Acesso em: 31 mar. 2022. doi:https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743.

7- GONÇALES L. F. R.; MONTANHA R. M.; RodriguesR.; KerbauyG.; FuruyaR. K.; FerreiraN. M. de A.; BolorinoN.; TiroliC. F.; RibeiroL. C. G.; PieriF. M. Caracterização epidemiológica e clínica do HIV/Aids: associações com a mortalidade. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, p. e5293, 8 jan. 2021. Disponível em : https://doi.org/10.25248/reas.e5293.2021. Acessado em 08/04/2022.

8- Healthy People 2030, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde.

Recuperado de https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social- determinants-health. Acesso em 08/04/2022.

9- CARVALHO, M; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 361-378, Apr. 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200003. Acessado em 10/04/2022.

10- MONTEIRO, S.S. et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 24, n. 5, pp. 1793-1807. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017. Acessado em 30/03/2022.

11- BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2014. 6p. Disponível em: http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf#:~:text=PORTARIA%20MS%20N%C2%BA%201.271%2C%20DE%206%20DE%20JUNHO,nos%20termos%20do%20anexo%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acessado em 10/04/2022.

12- UNAIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic: June 1998. [sem local]: [sem editora]; 1988. Disponível em: https://data.unaids.org/pub/report/1998/19981125_global_epidemic_report_en.p df. Acessado em 10/04/2022.

13- Barata, Rita BarradasEpidemiologia social. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2005, v. 8, n. 1, pp. 7-17. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>. Epub 12 Jun 2007.

ISSN 1980-5497. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002. Acessado em 08/04/2022.

14- ANSELIM, L. Local indicators of spatial association- LISA. Geographical Analysys, 27, n.2,93/115. 1995 disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1538- 4632.1995.tb00338.x, acessado 10/04/2022.

15- ArcGis. Agregação Espacial. Esri. Disponível em: https://doc.arcgis.com/pt-br/insights/latest/analyze/spatial-aggregation.htm. Acesssado no dia 30/03/2022.

16- Figueiredo, WagnerAssistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2005, v. 10, n. 1, pp. 105-109. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413- 81232005000100017>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561.

https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017. Acessado em 05/04/2022.

17- Fry PH, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):2497-523.

18- SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola et al. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008.

19- DORNELAS NETO, J.et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 12, p. 3853-3864, 2015.

20- GABRIEL, Rosimeire; BARBOSA, Dulce Aparecida; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Ago. 2005.

21- SILVA, A. T. da et al. Prevalência da AIDS em idosos no centro-oeste brasileiro. Revista Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 23, p. e434, 2019.

22- Dobra, Adrian; Bärnighausen, Till; Vandormael, Alain; Tanser. Padrões de migração no espaço-tempo e risco de aquisição do HIV na África do Sul rural, AIDS: 2 de janeiro de 2017 - Volume 31 - Edição 1 - p 137-145 doi: 10.1097/QAD.0000000001292.

23- MARANHÃO, THATIANA ARAÚJO. Distribuição Espacial e Temporal Dos Casos e Óbitos por Aids no Piauí e sua Relação com Determinantes Sociais da Saúde. 2018. 211 f. Tese (Doutorado em 2018) - Universidade Estadual do Ceará, , 2018. Disponível em:

<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=83248> Acesso em: 25/03/2022.

24- RODRIGUES, N. C. P. et al. Spatial dynamics of AIDS incidence in the elderly in Rio de Janeiro, Brazil, 1997-2011. Cad. Saúde de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p.1721-1731, 2015.

25- Neves, Rosália Garcia et al. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. 2018, v. 27, n. 3, e2017170. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>. Epub 03 Set 2018. ISSN 2237-9622. https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008. Acessado em 10/04/2022.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



conhecimentolivre.org/home
contato@conhecimentolivre.org
editoraconhecimentolivre

ENFERMAGEM: A CIÊNCIA DA VIDA

VOLUME IX