

# TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



VOLUME 1



Editora Poisson

Editora Poisson

# Tópicos em Ciências da Saúde Volume 1

1ª Edição

Belo Horizonte  
Poisson  
2019

**Editor Chefe:** Dr. Darly Fernando Andrade

**Conselho Editorial**

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais

Msc. Davilson Eduardo Andrade

Msc. Fabiane dos Santos Toledo

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia

Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

**T674**

**Tópicos em Ciências da Saúde-Volume 1/  
Organização Editora Poisson - Belo  
Horizonte - MG: Poisson, 2019**

**Formato: PDF**

**ISBN:** 978-85-7042-088-6

**DOI:** 10.5935/978-85-7042-088-6

**Modo de acesso: World Wide Web**

**Inclui bibliografia**

**1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem**

**I. Título**

**CDD-610**

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

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

[contato@poisson.com.br](mailto:contato@poisson.com.br)

# SUMÁRIO

**Capítulo 1:** Investigação de óbito infantil no Estado de Pernambuco dentre os anos de 2001 A 2011..... 6

Thaís de Almeida da Silva, Eliana Lessa Cordeiro, Liniker Scolfield Rodrigues da Silva, Barbara Ellen Almeida Aires, Roberta Marcelli de Holanda Cavalcanti, Nathália da Silva Correia

**Capítulo 2:** Atuação dos enfermeiros na orientação, detecção de sinais clínicos e tratamento do zika vírus no período gestacional ..... 14

Denise Mary Costa de Oliveira, Gabriela Batista Santos, Rebeca Melo de Freitas, Vagner de Oliveira Soares

**Capítulo 3:** Cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/AIDS ..... 26

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva, Carlos Henrique da Silva Ferreira, Maurício Caxias de Souza, Eliana Lessa Cordeiro, Clarissa Silva Pimenta, Letícia Alessandra de Oliveira, Camila Mendes da Silva, Cristina Albuquerque Douberin, Edivaldo Bezerra Mendes Filho

**Capítulo 4:** Sentimento de mulheres grávidas ao ser diagnosticada com HTLV: UMA VISÃO DA ENFERMAGEM..... 36

Sthphanie Grace Rodrigues dos Santos, Driele Caroline Noronha Gomes, Luciany Lopes Silva, Juliana Fernandes Souza, Aline Valéria Santa Brígida Martins, Margareth Braun Imbiriba

**Capítulo 5:** A enfermagem e o tratamento da mulher com Sífilis: narrativas de vida 43

Valéria Silva de Mello, Rosângela da Silva Santos

**Capítulo 6:** Tipos de sedação utilizada em UTI, prescritos em prontuários de um Hospital Público em MT ..... 54

Weverton Castro Coelho Silva, Cintia Delgado da Silva, Flávia Lúcia David

**Capítulo 7:** Uso de esteroides anabólicos em academias uma revisão sistematizada 63

Andrêssa Luiza Oliveira Rocha Soares, Weverton Castro Coelho Silva, Leonara Raddai Gunther de Campos, Flávia Lúcia David

**Capítulo 8:** Representações sociais da Hanseníase em portadores e familiares do Município de Alto Rio Novo – ES ..... 72

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues, Jozilda Vilela Matheus, Luciano Antonio Rodrigues

**Capítulo 9:** Depois das grades e apesar delas: saúde como caminho de liberdade para mulheres em cumprimento de pena semiprivativa de liberdade na unidade prisional semiaberto de Manaus..... 83

Elise Miranda Peixoto, Ana Paula de Souza Lima, Cecília Maria Alves de Freitas, Ludmila Mendonça, Thaís Tibery Espir

# SUMÁRIO

**Capítulo 10:** Cuidados em saúde com usuários acometidos pela Hanseníase e que vivem em situação de rua..... 87

Juliana Santos Simões, Joicy Princesa de Portugal

**Capítulo 11:** Depressão: Etiologia, classificação e tratamento.....91

Caroline de Sousa Medeiros e Silva, Fabio Biasotto Feitosa, Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos, Jaine de Santana Feitosa, Maria Ivanildes Silva de Azevedo

**Capítulo 12:** Processo de enfermagem aplicado a estudantes no espectro autista: Planejando e acompanhando o desenvolvimento.....101

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha, Ianeska Bárbara Ribeiro do Nascimento, Amanda Damasceno Sousa, Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva, Najra Danny Pereira Lima, Jaiane de Melo Vilanova, Raimunda de Paula de Castro, Felipe Santana e Silva

**Capítulo 13:** Competências e habilidades técnicas: Estratégias utilizadas por graduandos de enfermagem frente ao desenvolvimento do papel do Enfermeiro Generalista..... 114

Fernanda da Silva Benedito, Suzana Siqueira de Menezes, Maria Aparecida Xavier Moreira da Silva, Gisele Santana Santos

**Capítulo 14:** A prática do incentivo ao aleitamento materno em recém-nascidos na UTI neonatal: uma revisão de literatura..... 118

Lyvia Bastos Nunes, Clice Pimentel Cunha de Sousa, Karla Conceição Costa Oliveira, Rafaela Duailibe Soares, Lierbeth Santos Pereira Penha, Maria do Socorro Marques Soares, Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos, Joelmara Furtado dos Santos Pereira, Samara Letícia Mendonça Pereira, Francisca Bruna Arruda Aragão

**Autores:**..... 127

# Capítulo 1

## *Investigação de óbito infantil no Estado de Pernambuco dentre os anos de 2001 A 2011*

*Thaís de Almeida da Silva*

*Eliana Lessa Cordeiro*

*Liniker Scolfild Rodrigues da Silva*

*Barbara Ellen Almeida Aires*

*Roberta Marcelli de Holanda Cavalcanti*

*Nathália da Silva Correia*

**Resumo:** A mortalidade infantil vem demonstrando uma tendência a queda, mais continua sendo um desafio reduzir esta mortalidade, pois fatores relacionados a mãe, ao parto e a criança interferem diretamente nesses números. O coeficiente de mortalidade infantil é um importante indicador, pois reflete o desenvolvimento e as condições de vida e saúde de uma população. Investigar o padrão de óbito Infantil no estado de Pernambuco no período de 2001 a 2011 por meio do DATASUS. Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, foi realizado com base nos dados do DATASUS, coletados através do número de óbitos e nascidos vivos utilizando o método direto no período de 2001 a 2011, com as variáveis: município, idade, sexo, causas, cor/raça, tipo de parto e peso ao nascer. A coleta deu-se no mês de setembro de 2013. Houve uma redução no coeficiente de mortalidade infantil durante o ano de 2001 (26,68/1000 nascidos vivos) e 2011 (13,97/1000 nascidos vivos), segundo município Barreiros foi o que apresentou o maior coeficiente de mortalidade infantil mesmo estando em declínio. Durante o período estudado a principal causa de óbito infantil foi diarreia. O período neonatal precoce foi responsável pela maioria dos óbitos. Observou-se que durante o período de 2001 a 2011 houve uma significativa redução da mortalidade infantil, visto que medidas de saúde pública foram responsáveis para redução desses números.

**Palavra chave:** Mortalidade Infantil, Nascidos Vivos, Epidemiologia.

## 1. INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é definida como óbito ocorrido ao longo do primeiro ano de vida (até 11 meses e 29 dias de vida). Este coeficiente é adquirido dividindo-se o número de mortes de menores de um ano pelo número de nascidos vivos multiplicados por mil, em um espaço e período determinado. Este indicador estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida (VERMELHO; COSTA; KALE, 2003).

No sentido de melhor entender o processo saúde-doença por meio da mortalidade infantil, esta pode ser avaliada, também, pelos seus componentes: neonatal (óbitos de crianças durante os primeiros 28 dias de vida em cada mil nascidos vivos) e pós-neonatal (óbitos ocorridos entre o 29º dia de vida até 11 meses e 29 dias de idade, por cada mil nascidos vivos).

A mortalidade na primeira semana de vida é o componente da mortalidade infantil de mais difícil redução, pois resulta de complexa cadeia causal em que condições adversas da mãe e do recém-nascido contribuem para o aumento do risco de morte e para a necessidade de maior complexidade da atenção hospitalar (ORTIZ; OUSHIRO, 2008).

No Brasil a taxa de mortalidade infantil pode ser calculada pelo método direto através da utilização do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) e o Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC), onde o SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em 1975, com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos no Brasil, o documento que é utilizado para coleta de dados é a declaração de óbito (DO).

Já o SINASC foi implantado em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados, por meio desses registros é possível subsidiar as intervenções e ações relacionadas à saúde da mulher e da criança. O documento cujo qual se utiliza para inserir os dados neste sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DNV) padronizada em todo o país (BRASIL, 2012).

As causas de mortalidade infantil sofreram alterações nas últimas décadas. Na década de 80 as principais causas estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gravidez, partos e nascimento (UNICEF, 2008).

Nas últimas décadas em todo o mundo, a mortalidade infantil vem demonstrando uma tendência de queda, mas continua sendo um desafio reduzir esta mortalidade visto que existem vários fatores como a pobreza, a fome, a falta de escolaridade e padrões de vida da população onde os seus reflexos estão interligados e desafiam o cumprimento das Metas Desenvolvidas do Milênio, no qual o Brasil está entre os 16 países em um grupo de 68 nações em condições de atingir a quarta meta dos objetivos desenvolvidos pelo milênio e chegar à taxa de 14,4 mortes por mil nascidos vivos até 2012 (BRASIL, 2010).

Segundo o IBGE (2008) a mortalidade apresentou um declínio no Brasil, mais ainda precisa melhorar tendo em vista que o preconizado pelo ministério da saúde é de zero a quatro por mil nascidos vivos. Essa redução ocorreu devido a vários fatores como a redução das doenças infecciosas, especialmente as imunopreveníveis, outra redução significativa foi o número de óbitos por diarreia, a redução da fecundidade e melhores condições nutricionais e ambientais da população.

Pernambuco é um Estado que apresenta alto índice de mortalidade infantil. Com isso é preciso que haja uma constante avaliação, e compreensão, do papel da Assistência em Saúde, no processo de determinação da mortalidade infantil (SIMÕES, 2007).

Dessa forma, foi escolhido este tema devido ao interesse em conhecer melhor as características e as principais causas da mortalidade infantil, além de saber a prevalência do número de casos ocorridos, no período de 2001 a 2011. O resultado desta pesquisa promoverá o conhecimento científico para a equipe de saúde, com o intuito de melhorar a assistência, a gestante e o feto.

Desse modo, o estudo objetivou analisar o padrão da mortalidade infantil no Estado de Pernambuco no período de 2001 a 2011 por meio do DATASUS.

## 2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com base nos dados do DATASUS que consiste no departamento de informática do SUS, utilizada

pelo ministério da saúde para divulgação de informações, onde os dados coletados estão disponíveis na internet através do site: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

A amostragem foi do tipo temporal, sendo inicialmente analisados óbitos infantis de crianças menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias). Os dados foram coletados através do número de óbitos e nascidos vivos utilizando o método direto, no período de 2001 a 2011, com as variáveis: município, idade, sexo, causas, cor/raça, tipo de parto e peso ao nascer, a coleta deu-se no mês de setembro de 2013.

### 3.RESULTADOS

No que se refere ao total do número de óbitos infantil, observou-se que houve um grande declínio durante os anos de 2001 a 2011. Os dados foram apresentados segundo o Coeficiente de Mortalidade Infantil a partir do número de óbitos de crianças com idade inferior a um ano, dividido pelo número de nascidos vivos multiplicado por mil, no período de 2001 a 2011.

Tabela 1: Distribuição do número de óbitos infantis, segundo o coeficiente de mortalidade infantil no estado de Pernambuco no período de 2001 à 2011. Recife, 2013.

ANO	Nº DE NASCIDOS VIVOS	Nº DE ÓBITOS	CMI
2001	164.104	4.379	26,68
2002	156.053	4.035	25,85
2003	151.677	3.974	26,2
2004	149.631	3.404	22,74
2005	152.095	3.267	21,47
2006	146.108	2.734	18,71
2007	143.095	2.680	18,72
2008	145.195	2.468	16,99
2009	141.815	2.434	17,16
2010	136.591	2.083	15,24
2011	140.079	1.958	13,97

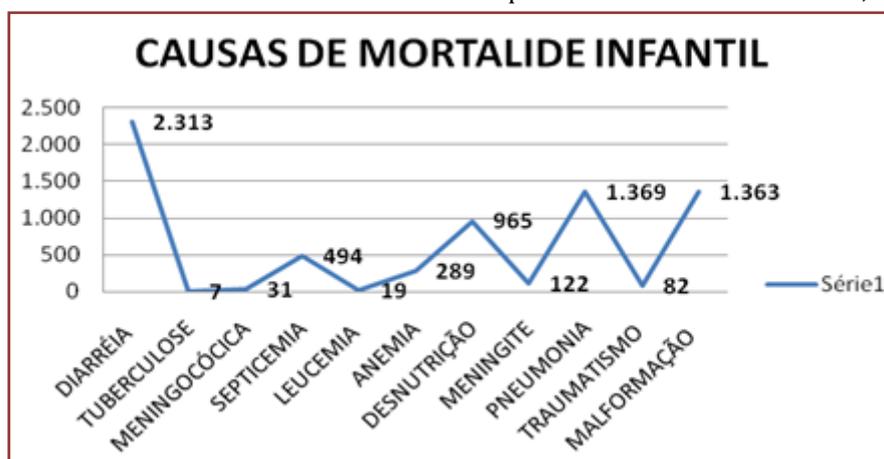
Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM, 2013.

Tabela 2: Distribuição da mortalidade infantil através de municípios do estado de Pernambuco, segundo o coeficiente de mortalidade infantil no período de 2001 a 2011. Recife, 2013.

MUNICÍPIO	ANO/CMI										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
RECIFE	18,14	18,47	15,52	16,24	16,58	14,43	12,7	12,21	13,79	12,89	12,55
JABOATÃO DOS GUARARAPES	22,64	21,42	24,27	18,28	17,1	16,55	15,16	19,99	17,76	12,44	14,29
OLINDA	21,09	20,69	18,37	16,71	18,86	18,61	20,47	16,13	14,95	13,63	10,19
PAULISTA	18,32	17,83	16,65	13,64	12,6	16,96	15,94	13,32	15,58	16,03	11,07
ABREU E LIMA	21,76	16,54	14,61	13,66	16,91	12,46	13,71	12,8	14,31	14,06	11,63
CABO DE SANTO AGOSTINHO	21,13	16,67	16,97	12,58	15,9	13,19	15,85	11,03	10,9	14,75	13,63
BARREIROS	34,93	28,32	26,97	15,01	21,11	12,64	16,14	20,04	19,55	8,45	23,28
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	23,89	30,6	19,28	12,72	15,63	9,97	12,2	10,35	15,42	13,07	6,31
BELO JARDIM	40,1	26,33	41,94	29,04	29,45	22,22	17,31	11,57	16,75	18,72	21,09
BEZERROS	34,71	32,75	26,97	22,6	17,89	15,01	19,37	12,26	16,6	17,92	21,15
CARUARU	23,41	19,63	23,07	20,89	18,15	15,17	13,9	11,73	15,06	14,02	14,47
ARCOVERDE	35,64	30,02	40,02	31,63	38,36	22,65	26,58	20,95	22,36	15,75	14,46
SERRA TALHADA	32,04	31,85	32,16	41,35	28,87	28,63	33,62	18,08	26,61	14,92	19,39

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM, 2013.

Gráfico 1: Distribuição da mortalidade infantil através das principais causas por número de casos de mortalidade infantil no estado de Pernambuco no período de 2001 a 2011. Recife, 2013.



Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM, 2013.

Tabela 3: Distribuição da mortalidade infantil entre os anos de 2001 a 2011 segundo as variáveis: idade, sexo, cor/raça, tipo de parto e peso ao nascer. Recife, 2013.

VARIÁVEL	ANO/CMI										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>IDADE</b>											
0-6 DIAS	12,78	11,83	11,68	10,96	10,94	9,94	9,65	8,7	9,01	8,43	7,35
7-27 DIAS	2,74	3,1	3,16	2,55	2,63	2,19	2,42	2,34	2,6	2,19	2,08
APÓS 28 DIAS	11,11	10,81	11,22	9,16	7,88	6,57	6,61	5,92	5,5	4,6	4,54
<b>SEXO</b>											
MASCULINO	29,65	28,79	29,1	25,13	23,88	20,55	20,48	17,9	18,59	17,13	15,31
FEMININO	23,37	22,49	23,06	20,03	18,77	16,6	16,59	15,69	15,4	12,99	12,35
<b>COR/RAÇA</b>											
BRANCA	21,66	20,56	18,84	18,07	17,33	14,79	15,33	13,26	14,24	13,54	16,58
PRETA	23,02	26,13	28,91	31	28,97	26,93	39,64	30,9	25,91	31,06	5,26
AMARELA	9,62	23,45	18,46	13,72	18,11	12,23	12,82	18,18	6,02	26,14	8,95
PARDA	20,17	21,29	23,44	21,99	19,8	18,47	17,92	16,58	16,76	14,36	12,3
INDÍGENA	17,68	17,65	15,45	20,29	8,51	19,16	17,15	19,53	17,92	15,92	2,78
<b>TIPO DE PARTO</b>											
VAGINAL	21,91	22,88	24,59	21,15	21,2	19,62	19,27	17,58	19,12	17,48	15,53
CESÁRIO	14,93	14,92	14,27	14,34	14,17	11,81	12,9	11,71	10,57	9,64	9,72
<b>PESO AO NASCER</b>											
MENOS 500g	1,026,66	979,3	871,4	865,6	887,5	612,2	582,7	413,7	497,4	534,8	436,9
500g a 999g	834,7	834,3	878,4	762,8	833	802,2	786	725,2	721,4	697,1	687,6
1000g a 1499g	386,8	386,8	433,1	362,2	357,8	326,6	328,9	318,9	302,9	269,2	241,7
1500g a 2499g	67,04	63,9	63,91	57,3	54,31	51,75	52,38	49,25	41,92	40,66	34,6
2500g a 2999g	13,72	13,76	14,1	13,66	12,84	11,44	11,5	9,37	9,73	8,32	7,39
3000g a 3999g	8,41	8,27	8,9	7,4	7,72	5,93	5,92	5,18	5,72	4,24	4,05
4000g e MAIS	8,57	10,31	13,13	9,79	7,87	6,79	8,96	6,24	5,93	4,78	4,53

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC/SIM, 2013.

#### 4.DISCUSSÃO

Vale salientar que a mortalidade infantil é um dos principais indicadores epidemiológicos mais utilizados para avaliar o grau de saúde e desenvolvimento humano e social, por refletir as condições de saúde e vida de uma população (PEREIRA, 1999).

De 2001 até o ano de 2011 o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) do estado de Pernambuco passou de 26,68/1000 nascidos vivos para 13,97/1000 apresentando um declínio, conforme dados apresentados na Tabela 1.

São notórias algumas oscilações em relação ao CMI durante esse período, embora a redução tenha sido observada, ainda é considerado um desafio para saúde pública, visto que medidas de saúde pública contribuíram para a mudança do perfil da mortalidade infantil, entre elas: o acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, melhoria de atenção ao pré-natal e ao parto, acesso aos avanços tecnológicos, incentivo ao aleitamento materno, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da Estratégia de saúde da Família, atenção para as doenças prevalentes na infância e ampliação da cobertura vacinal (ALVES, *et al.*, 2008; FRIAS *et al.*, 2009).

No que se refere aos municípios observou-se um declínio da mortalidade infantil no período de 2001 a 2011, visto que o município que apresentou o maior índice de mortalidade infantil foi Barreiros, em 2001 apresentou (34,93/1000 nascidos vivos) e 2011(23,28/1000). Se compararmos Recife com Caruaru podemos identificar, que Recife apresenta um índice menor em 2001 apresentou (18,14/1000 nascidos vivos) e 2011 (12,55/1000 nascidos vivos), e Caruaru em 2001 apresentou (23,41/1000 nascidos vivos) e 2011(14,47nascidos vivos).

Desse modo, comparando os municípios da zona da mata e sertão, verifica-se que são as mesorregiões que apresentam altos índices de mortalidade infantil. O município de Barreiros apesar de conseguido reduzir sua mortalidade infantil, ainda continua com altos índices de mortalidade infantil, e principalmente em comparação com Serra Talhada. No ano de 2001 Barreiros apresentou um coeficiente de mortalidade infantil 34,93/1000 nascidos vivos em 2011 23,28/1000 nascidos vivos, já Serra Talhada em 2001 apresentou um índice de 32,04/1000 nascidos vivos e em 2011 (19,39/1000 nascidos vivos).

Dessa forma verificou-se que os municípios da zona da mata, do agreste e do sertão apresentaram índices maiores de mortalidade infantil comparado com os municípios da região metropolitana, onde vários fatores estão associados entre eles o aumento do número de óbitos por doenças infecciosas intestinais e por desnutrição, indicando condições precárias de vida e saneamento, além de maiores deficiências na atenção à saúde das crianças, nas ações básicas de saúde e medidas de diagnóstico e tratamento precoces, capazes de minimizar agravos (BRASIL, 2007).

No que se refere às causas de mortalidade infantil observou-se que ao longo dos anos a maioria das crianças foi a óbito por doenças que podiam ter sido evitadas entre elas a diarreia que no período de 2001 a 2011 foi responsável por cerca de 2.313 óbitos infantis, onde crianças que convivem em ambiente sem saneamento em condições precárias de higiene estão mais vulneráveis a desenvolver a diarreia e doenças parasitárias, dessa forma fatores nutricionais, socioeconômicos e culturais também podem estar associados a quadros de diarreia (OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

Outra causa importante foi a septicemia que acometeu cerca de 494 crianças levando ao óbito, literaturas comprovam que apesar da utilização de antibioticoterapia de largo espectro, e aumento no avanço de medidas de suporte nas unidades de terapia intensiva, a sepse apresenta altos índices de mortalidade infantil (AGUIAR, 2011).

A desnutrição levou cerca de 965 crianças a óbito, visto que é um problema que atinge todo o País, devido a falta de alimentação saudável, desconhecimento das mães em relação ao aleitamento materno, acompanhamento médico, e por muitas vezes ser conseqüência de uma diarréia que levou a uma desidratação em seguida uma desnutrição (PEREIRA; CABRAL, 2008).

Destaca-se a pneumonia como uma das principais doenças respiratórias que causaram cerca de 1.369 óbitos infantis no período de 2001 a 2011, onde os principais fatores de risco estão relacionados com o comprometimento nutricional, a falta de aleitamento materno, baixo peso ao nascer, aglomerado intradomiciliar, poluentes ambientais presença de fumantes em casa e fatores socioeconômicos (MUKAI; NASCIMENTO; ALVES, 2009).

Outra causa de mortalidade infantil foram as malformações congênitas que levou 1.363 crianças a óbitos no ano de 2001 a 2011, com isso diversos fatores contribuem para o aumento da mortalidade infantil por malformações entre elas a prevalência de anomalias, a qualidade e disponibilidade de tratamento médico e cirúrgico, e a presença de medidas de prevenção primária. Outra opção seria confirmação do diagnóstico no momento do pré-natal, interromper a gestação evitando o nascimento de muitas crianças que iriam perecer no primeiro ano de vida (ROSANO, 2000).

Ao longo dos anos observou-se um declínio na mortalidade infantil, demonstrado através do coeficiente de mortalidade infantil. Entretanto o período neonatal precoce que corresponde de 0-6 dias é responsável pela maioria dos óbitos na infância no primeiro ano de vida. Ele mantém-se elevado em comparação as demais distribuições dessa faixa etária. É o período que apresenta índices com maiores dificuldades de redução, visto que a mortalidade infantil nos primeiros dias de vida expressa uma junção de fatores biológicos, socioeconômicos, assistenciais relacionados à gestante, e ao recém-nascido (DRUMOND; MACHADO; FRANÇA, 2007).

No Brasil, a precária situação perinatal é relacionada ao acesso a assistência ao pré-natal e ao parto, e as dificuldades impostas pela gestante, impossibilitando de freqüentar o pré-natal de forma adequada (MINAGAWA, 2006).

Com relação ao sexo observa-se um predomínio de morte entre crianças do sexo masculino, considerando um dos principais motivos é que no sexo feminino o amadurecimento dos pulmões fetais ocorre de forma mais precoce, diminuindo com isso a incidência de problemas respiratórios do recém-nascido (ARAÚJO, 2000).

Em relação a cor/raça houve um declínio no número de óbitos infantis, visto que a raça que teve o maior coeficiente de mortalidade infantil foi a branca em relação as outras raças em 2001 o coeficiente de mortalidade infantil foi 21,66/1000 nascidos vivos e reduziu 16,58/1000 nascidos vivos no ano de 2011.

No que diz respeito ao tipo de parto observou-se uma predominância de mortalidade infantil em crianças que nasceram de parto vaginal, estudos mostram que a maior proporção de óbitos ocorreu em recém-nascidos cujas mães tiveram parto vaginal, tendo a cesárea aparentemente um comportamento de proteção, visto que um dos principais fatores relacionados a mortalidade infantil através do parto vaginal expõem os recém-nascidos ao risco de traumatismos obstétricos, anóxia e hipóxia (SOARES; MENEZES, 2010).

Com relação ao peso ao nascer crianças com extremo baixo peso, ou seja que pesam menos de 500g tem maior predisposição de morrer em comparação com crianças que nascem com o peso ideal para a idade gestacional que é maior de 2,500g. Dessa forma pode ter sido decorrente da prematuridade, do retardo do crescimento intrauterino, condições socioeconômicas desfavoráveis, gestação em idade precoce, consumo de drogas e álcool, tabagismo, estresse, intervalo interpartal curto, multiparidade, deficiência nutricional, ganho de peso inadequado na gestação e cuidado pré-natal inadequado (LOPEZ; CHOONARA, 2010).

## 5. CONCLUSÃO

Conclui-se que durante o período de 2001 a 2011 o estado de Pernambuco demonstrou um declínio no número de mortalidade infantil, visto que medidas de saúde pública foram implementadas e contribuíram para melhoria da saúde da população garantindo uma sobrevivência maior.

Dessa forma programas e ações de nível estadual e municipal são apontados como responsáveis pela redução da mortalidade infantil. Podemos destacar o Programa de saúde da família, implantação do sistema de informação sobre nascidos vivos, sistema de informação sobre mortalidade, intensificação do planejamento familiar, melhor assistência no pré-natal e nascimento.

Diante disso o período mais alarmante de mortalidade infantil foi o neonatal precoce, apesar de apresentar índices menores nos anos decorrentes, garantiu grandes números de óbitos infantis em relação ao período neonatal tardio, com isso alguns óbitos poderiam ter sido evitados através de um adequado acompanhamento e controle do pré-natal, parto e criança, com exceção das malformações.

Apresentar um resultado sobre mortalidade infantil e sua redução ao passar dos anos, demonstra um progresso na melhoria das condições de saúde da criança e sociedade.

## REFERÊNCIAS

- [1] Aguiar, Lara *et al.* Neonatologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – USP, Sepses Neonatal, 1 ed. – Barueri – SP: Editora Manole, 2011.
- [2] Alves, A. C., et al. Principais causas de óbitos infantis Pós neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife,8(1): 27-33, janeiro/março, 2008.
- [3] Araújo B.F., Bozetti M.C., Tanaka A.C. Mortalidade neonatal no Município de Caxias do Sul: um estudo de coorte. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, 2000; p.200-6.
- [4] Brasil. Departamento de Informação do SUS. Mortalidade infantil. Disponível em:<<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 14 set. 2010.
- [5] BRASIL. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA; 2007.
- [6] Drumond E.F., Machado C.J., França E. Óbitos neonatais precoces: análise de causas múltiplas de morte pelo método Grade of Membership. Cadernos de Saúde Pública. 2007;23(1):157-166.
- [7] Frias P.G., Pereira P.M.H., Giugliani E.R.J., Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, 2009.
- [8] Kerr-Pontes, L.R.; Rouquayrol, M.Z. Medida de saúde coletiva. In: Rouquayrol, MZ; Almeida Filho, N. Epidemiologia e saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.37-82.
- [9] Lopez, N. B.; Choonara, I. Can we reduce the number of low-birth-weight babies?: the cuban experience. Neonatology, n. 95, p. 193-197. 2009.
- [10] Mathias, T.A.F.; Assunção, A.N.; Silva, G.F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, set. 2008.
- [11] Minagawa, A. T. *et al*, Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. Revista da escola de Enfermagem da USP, 2006, vol.40, n°4.
- [12] MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informações e Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade (SINASC, SIM, 2001 a 2011). Disponível em:< [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 05 set. 2013.
- [13] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Evolução da mortalidade infantil no Brasil. Disponível em:< [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24437](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437)>. Acesso em: 20 set. 2012
- [14] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O que é o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em :<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Profissional/Visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32954](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Profissional/Visualizar_texto.cfm?idtxt=32954)>. Acesso em: 20 set. 2012.

- [15] Mukai A.O.; Nascimento L.F.C.; Alves K.S.C. Análise espacial das internações por pneumonia na região do Vale do Paraíba (SP). *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. São Paulo, vol.35, nº8, agosto, 2009.
- [16] Oliveira T.C.R.; Latorre M.R.D.O. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995-2005. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 2010; 44 (1):102-11.
- [17] Ortiz LP, Oushiro DA. Mortalidade Neonatal no Estado de São Paulo. *São Paulo Perspect* 2008; 22: 19-29.
- [18] Pereira A. V.; Cabral I. E. Diarreia aguda em menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. *Escola Anna Nery*. *Revista de Enfermagem*, 2008; junho;12(2);224-9.
- [19] Pereira, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p.105-143.
- [20] Rosano A., Botto L.D., Botting B. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: an international perspective. *J Epidemiol Community Health*, 2000; 54: 660-6.
- [21] Simões, C. C.S. *Estimativas da mortalidade infantil para Estados e Regiões do Brasil*. Brasília: Serviço de Vigilância em saúde/SVS/MS, 2007.
- [22] Soares, E. S.; Menezes, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, Brasília, v.19, n.1, p:51-60, jan-mar, 2010.
- [23] Unicef- Fundo das Nações Unidas. *Situação mundial da infância 2008*. Caderno Brasil. Brasília: UNICEF, 2008.
- [24] Vermelho, L. L.; Costa, A. J. L.; Kale, P. L. Indicadores de saúde. In: Medronho, R. A. *et al*. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003.

# Capítulo 2

## *Atuação dos enfermeiros na orientação, detecção de sinais clínicos e tratamento do zika vírus no período gestacional*

*Denise Mary Costa de Oliveira*

*Gabriela Batista Santos*

*Rebeca Melo de Freitas*

*Vagner de Oliveira Soares*

**Resumo:** O Zika vírus é uma *arbovirose* transmitida pela picada o mosquito *Aedes aegypti* e está relacionada ao número elevado de recém-nascidos com microcefalia. Esta relação ainda vem sendo melhor estudada. Sabe-se que principalmente no primeiro trimestre da gestação o risco é maior para o aparecimento da microcefalia, entretanto foi observado danos neurológicos mesmo em períodos mais elevados da gravidez. Este estudo visa realizar um levantamento sobre o conhecimento dos enfermeiros que atuam diretamente com gestantes quanto à prevenção, reconhecimento dos sinais clínicos, diagnósticos e tratamentos disponíveis. O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Universidade de Mogi das Cruzes sob CAAE: 68796117.0.0000.5497, foi utilizado um questionário estruturado e aplicado aos enfermeiros de unidades de saúde públicas, que aceitaram participar por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que estiveram de plantão nos dias que foram realizadas a aplicação do questionário. Os dados foram analisados de maneira quantitativa e com demonstração dos resultados obtidos em forma de gráficos e discussão. Foi aplicado um questionário estruturado para 30 enfermeiros de ambos os sexos, que atuam na Santa Casa de Guararema e uma UBS de Mogi das Cruzes, abordando assuntos acerca do Zika Vírus. Foi observado uma maior divergência nos resultados em relação às referências utilizadas nas questões sobre o tratamento do Zika Vírus, onde dos enfermeiros da Santa Casa 67% responderam que deve ser feito com antitérmicos e analgésicos e 93% da UBS deram a mesma resposta; e sinais clínicos quando apontaram que conjuntivite sem secreção é um dos sintomas, apenas 20% dos profissionais da UBS concordam e 67% dos profissionais da Santa Casa, já sobre a prevenção e complicações o resultado está em maior concordância em ambas as instituições.

**Palavra chave:** Zika vírus. Enfermagem. Gestantes.

## 1. INTRODUÇÃO

Em meados de 2014, houve alguns registros de uma doença febril aguda, com período limitado e/ou determinado, até então desconhecida em solo brasileiro e suscetível de ser confundida com outras doenças febris, como a Dengue. Foram relatados e confirmados casos da doença no Nordeste do país em 2015 apresentando sintomas como: exantema, prurido, dor articular, conjuntivite, dor de cabeça e febre. E correlacionados a incidência de neonatos locais com microcefalia, através de análises realizadas em amostras sorológicas e histológicas de um recém-nascido do Ceará pelo Instituto Evandro Chagas e identificado o vírus (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

Existem algumas hipóteses sobre a inserção do Zika vírus no Brasil, o Campeonato Mundial de Vá de canoagem na polinésia no período de 12 a 17 de agosto de 2014, no Rio de Janeiro, a Copa do Mundo da Fifa no período de 12 de junho a 13 de julho de 2014, que ocorreu em 12 estados do país e ainda a Copa das Confederações da Fifa no período de 15 e 30 junho de 2013, um ano antes da primeira confirmação da presença do vírus no Brasil. Tanto na Copa das confederações de Futebol como no Campeonato de Canoagem vieram atletas oriundos da Polinésia Francesa, mas pelas marcações temporais moleculares do Zika enfatizam que teria chegado no período da Copa das Confederações (DINIZ, 2016)

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, (2015) o Zika vírus foi encontrado a primeira vez em macacos *Rhesus*, na Floresta Zika em Uganda em 1947, mas amostras em humanos só foram encontradas em análises sorológicas em 1952 em Uganda e Tanzânia e depois em 1968 na Nigéria. O primeiro surto registrado pelo vírus aconteceu em 2007 na ilha de Yap nos Estados Federados da Micronésia. Subsequentemente foram registrados casos na Polinésia Francesa em 2013, onde 70 dos 10.000 casos obtiveram complicações neurológicas. E ilha de Páscoa no Chile com registro de um caso.

No Brasil, a principal complicação relatada é a microcefalia, que consiste no perímetro cefálico inferior ao considerado normal de acordo com a idade gestacional, que serve de alerta clínico para possíveis risco de desenvolvimento neurológico, psíquico e motor, podendo ocorrer déficit cognitivo, visual, auditivo e epilepsia. O vírus Zika ataca as células tronco-neurais retardando seu desenvolvimento causando a microcefalia, o período de maior risco é nos primeiros quatros meses, apesar de já ter sido evidenciado alterações mesmo na reta final da gestação (VARGAS et al., 2016).

Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, (2015) o período gestacional tornou-se “arriscado”, principalmente o primeiro trimestre, onde especialistas evidenciam um maior risco para a mãe que contrai o Zika vírus de ocasionar uma possível seqüela neurológica no recém-nascido ou até aborto espontâneo. Estudos ainda estão sendo realizados para explicar melhor a transmissão vertical desta arbovirose, e o mecanismo de ação do vírus na vida intrauterina.

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia, (2016) o Zika vírus é uma doença viral aguda, que tem transmissão através de duas espécies de mosquitos específicos, conhecidos como *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus*, os principais sinais e sintomas que caracterizam essa viremia são: exantemas maculopapulares, febre intermitente, vermelhidão ocular (conjuntivite), mialgia (dores musculares), artralgia (dores nas articulações) e cefaleia, tendo duração média entre três a sete dias. Os mesmos sinais clínicos são observados nas gestantes infectadas pelo Zika vírus independentemente da idade gestacional. No Brasil os primeiros casos foram confirmados em 29 de abril de 2015, pelos pesquisadores da UFBA (Universidade Federal da Bahia). O diagnóstico é realizado via laboratorial, utilizando sangue total, soro ou plasma, urina, líquido cefalorraquidiano, fluido amniótico, sêmen e saliva. Os exames são baseados em detectar RNA viral a partir de amostras clínicas.

Segundo o Ministério da Saúde, (2017) não existe um tratamento exclusivo para o Zika vírus, apenas trata-se os sintomas causados, realizando o controle da febre e dor, e erupções pruriginosas, utilizando analgésicos como paracetamol e anti-histamínicos no caso de presença de erupções. Não é recomendado o uso de anti-inflamatórios e nem anticoagulantes, pelo fato de aumentarem o risco de hemorragia, caso haja infecção por outros flavivírus. Ainda não há existência de uma vacina específica para o Zika vírus, por esse motivo a principal prevenção passa a ser o combate aos focos dos mosquitos e uso de repelentes e roupas que cubram áreas expostas do corpo, principalmente durante o dia onde são mais ativos.

A equipe multidisciplinar é de extrema importância tanto para o acompanhamento de uma gestante que tenha Zika vírus, quanto para um neonato com a síndrome congênita e sua família. Portanto, o Enfermeiro é um profissional-chave para o acompanhamento desde a gestação até o nascimento e posteriormente a fase pediátrica desta criança, tendo em vista a sua ampla atuação e imprescindível presença em todo o processo de assistência (CUNHA et al., 2016).

O profissional de saúde que realiza o planejamento familiar deverá orientar os casais que estejam

querendo ter filhos, sobre os riscos, tratamentos e prevenção contra o vírus zika. Evitar viagens para locais com foco de infecção, usar repelentes e até mesmo a importância de não deixar água parada em recipientes onde o mosquito transmissor do vírus se propaga, devem fazer parte da orientação que é passada (SALGE et al. 2016).

Diante da gravidade e consequências causadas pelo Zika vírus no Brasil, os enfermeiros tiveram a responsabilidade de se atualizarem a cerca deste tema. Estes profissionais estão de fato aptos a identificarem os sinais e sintomas, bem como a prevenção e tratamentos disponíveis até o momento, principalmente em gestantes?

Este estudo se faz necessário, por tratar-se de um campo pouco explorado e de muita valia, pois os Enfermeiros são fundamentais nas equipes multidisciplinares responsáveis por multiplicar a informação, identificar os sinais clínicos e tratar doenças, principalmente as emergentes com causas e consequências pouco esclarecidas, como é o caso do Vírus Zika.

## **2. OBJETIVO**

Identificar a aptidão dos enfermeiros no que diz respeito ao reconhecimento de sinais clínicos e tratamento do Zika Vírus no período gestacional.

## **3. MÉTODO**

### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva exploratória, com abordagem quantitativa. A técnica utilizada foi aplicada por meio de um questionário estruturado (apêndice B), que foi transcrita pelos pesquisadores. Depois de estabelecida a compreensão e interpretação dos dados, realizamos a análise de conteúdo.

Para o levantamento de dados bibliográficos foram realizadas buscas pelo acesso online nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online) do sitio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME). Utilizamos para a escolha dos descritores o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

### **3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Enfermeiros que atuam diretamente na assistência a gestantes.

Aceitaram participar desta pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A)

#### **3.2.1 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Os profissionais enfermeiros que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Profissionais que não são graduados em Enfermagem, ou que não assistem diretamente gestantes.

### **3.3 PARTICIPANTES**

Participaram desta pesquisa trinta (30) Enfermeiros que prestam assistência direta as gestantes.

### **3.4 LOCAL DE ESTUDO**

Instituição de Saúde de nível primário na região de Mogi das Cruzes e na Santa Casa de Guararema, que liberou a pesquisa através de uma carta de autorização (anexo I).

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

Foi garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações coletadas, bem como a garantia ao participante de optar por deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando assim seu consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (apêndice A), elaborado de acordo com a resolução CNS 466/2012.

A pesquisa não ofereceu riscos aparentes, sendo previsto somente um desconforto ao preencher o questionário, porém, caso o participante apresentasse qualquer incômodo ou desconforto, o pesquisador teria interrompido o procedimento, orientado novamente caso fosse necessário e, mesmo persistindo os eventos, o pesquisador iria cancelar o procedimento e excluir o participante da pesquisa, evitando desta forma maiores prejuízos.

Respondendo aos objetivos, esta pesquisa trouxe como benefícios conhecimentos científicos acerca ao zika vírus, que pôde subsidiar os profissionais de enfermagem na melhoria de seu atendimento com as gestantes, além de ter contribuído no desempenho do projeto de iniciação científica.

### **3.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA**

Foi utilizado para esta pesquisa o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (apêndice A) e um questionário estruturado (apêndice B).

### **3.7 PROCEDIMENTOS**

#### **3.7.1 PROCEDIMENTO PRIMÁRIO**

Primeiramente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para apreciação e com parecer de aprovação do CEP. Então foi apresentado à Instituição de Saúde inserido na região do alto tietê, para atendimento das questões éticas e legais.

#### **3.7.2 PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO**

Após aprovado no CEP e autorização da Instituição de Saúde, os sujeitos desta pesquisa foram contatados pelo pesquisador na Instituição de Ensino Superior, somente para a realização do convite para participação e, se aceitaram participar, foi realizado um agendamento com data, hora e local de melhor conveniência para os mesmos, para o preenchimento do questionário, efetivando desta forma a coleta de dados. Na data do agendamento os sujeitos foram informados sobre as questões éticas e legais da pesquisa, seus objetivos, riscos, benefícios da pesquisa e concordando, assinaram o TCLE. Sendo orientados quanto ao preenchimento do instrumento de coleta de dados e acompanhados durante o todo o procedimento.

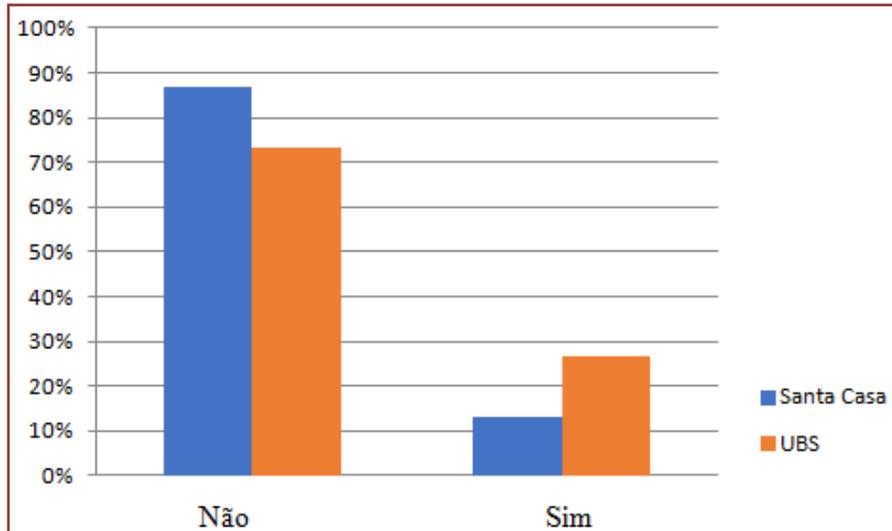
### **3.8 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS**

Após a aplicação do questionário (apêndice B), os dados foram organizados e submetidos à análise quantitativa, sendo interpretados e transcritos em formato de discussão e gráficos. Realizando comparações nas respostas dos pesquisados, avaliando possíveis discrepâncias ou não.

#### 4.RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi aplicado um questionário estruturado para 30 enfermeiros de ambos os sexos, que atuam na Santa Casa de Guararema e uma UBS de Mogi das Cruzes, abordando assuntos acerca do Zika Vírus.

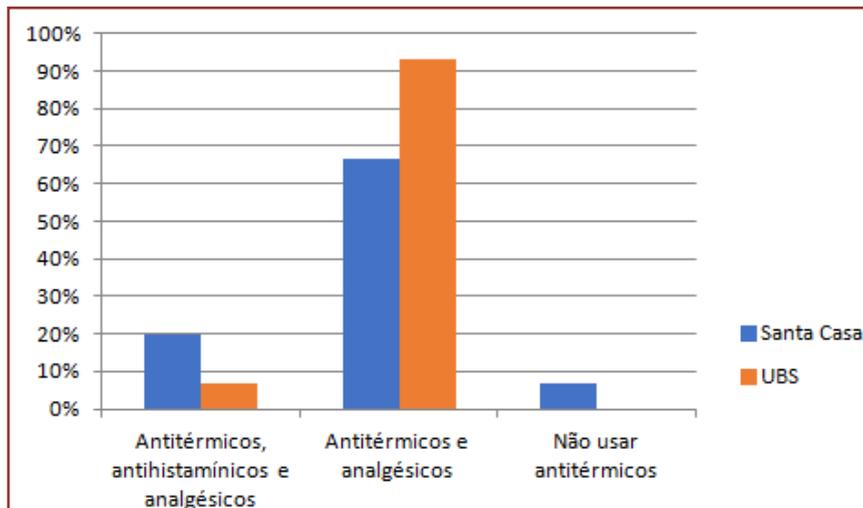
Gráfico 1: Existência de protocolo de Zika vírus nas Instituições de Saúde



Fonte: Região alto Tietê, 2018.

Segundo análise do gráfico 1 é possível constatar que 87% dos enfermeiros da Santa Casa relatam não existir um protocolo para o Zika Vírus e 13% disseram que existe. Na UBS pode-se observar que 73% relatam que não existe protocolo, enquanto que 27% disseram que existe um protocolo.

Gráfico 2: Tratamento do Zika vírus nas Instituições de Saúde



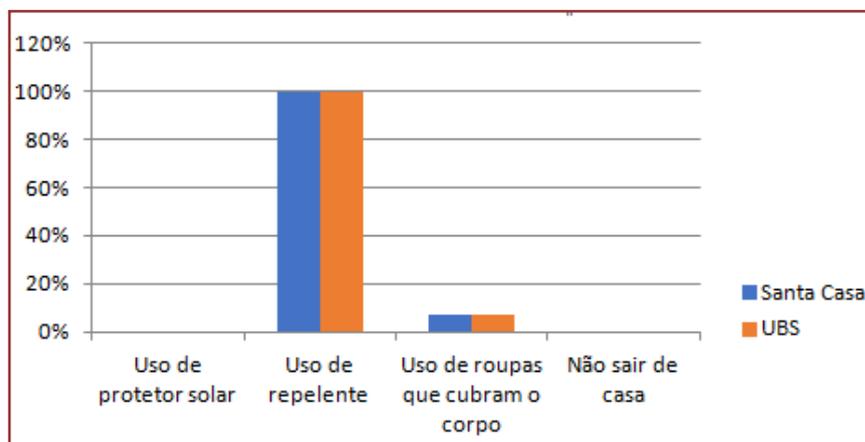
Fonte: Região alto Tietê, 2018.

De acordo com a análise do gráfico 2 é possível observar que 20% dos enfermeiros da Santa Casa responderam que o tratamento do Zika vírus deve ser realizado com antitérmicos, anti-histamínicos e analgésicos, 67% responderam que deve ser feito com antitérmicos e analgésicos e 7% responderam que não se deve usar antitérmicos. Enquanto que na UBS 7% responderam que o tratamento do Zika vírus deve ser realizado com antitérmicos, anti-histamínicos e analgésicos, 93% responderam que deve ser feito com antitérmicos e analgésicos ninguém respondeu que não se deve usar antitérmicos.

Segundo o Ministério da Saúde (2017) o tratamento para o zika vírus consiste apenas no alívio dos sintomas, no caso de dor e febre usa-se analgésicos e antitérmicos, como paracetamol e para as possíveis erupções cutâneas, é indicado o uso de anti-histamínicos.

Acreditamos que os profissionais da área da saúde estão mais acostumados a lidar com a dor e a febre como principais sintomas de diversas doenças, por esse motivo não foi reconhecido pela maioria deles o uso do anti-histamínico como uma forma de tratamento.

Gráfico 3: Prevenção utilizada contra Zika vírus



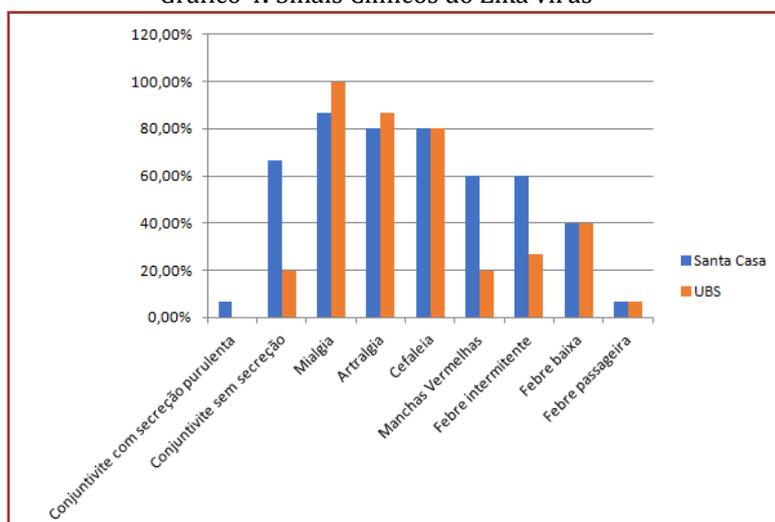
Fonte: Região alto Tietê, 2018.

Segundo a análise do gráfico 3 é possível observar que 100% dos enfermeiros da Santa Casa responderam que a prevenção contra o Zika Vírus é o uso de repelente e 7% responderam que usar roupas que cubram o corpo é uma medida preventiva. Na UBS 100% dos entrevistados responderam que a prevenção contra o Zika Vírus é o uso de repelente e 7% responderam que usar roupas que cubram o corpo é uma medida preventiva.

De acordo com o Ministério da Saúde, (2017) a prevenção individual deve ser feita através do uso de repelentes e roupas que diminua o possível contato com o mosquito, principalmente no período diurno, onde há maior atividade do vetor.

Percebemos que os enfermeiros não reconhecem o uso de roupas como um método de barreira contra a picada do mosquito, logo uma prevenção, por acreditarem que só o uso do repelente já seria eficaz.

Gráfico 4: Sinais Clínicos do Zika vírus



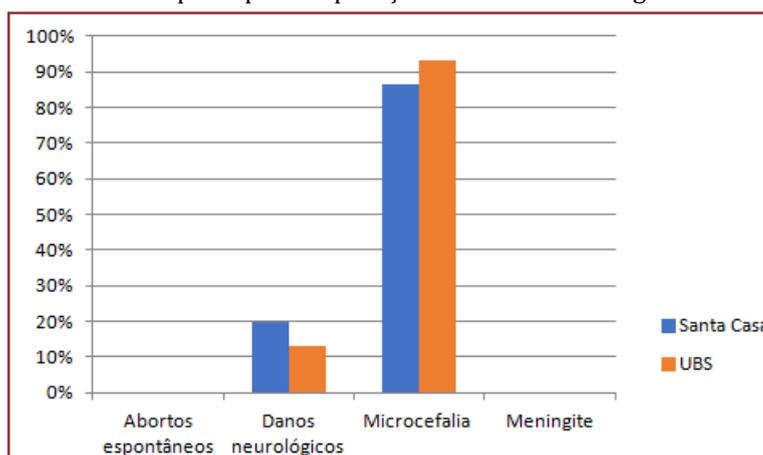
Fonte: Região alto Tietê, 2018.

De acordo com análise do gráfico 4 é possível identificar que na Santa Casa 7% dos enfermeiros responderam que conjuntivite com secreção é um sinal clínico de Zika Vírus, 67% responderam conjuntivite sem secreção, 87% responderam mialgia, 80% responderam artralgia, 80% responderam cefaleia, 60% responderam manchas vermelhas, 60% responderam febre intermitente, 40% responderam febre baixa e 7% responderam febre passageira. Na UBS 20% dos enfermeiros responderam que conjuntivite sem secreção é um sinal clínico de Zika Vírus, 100% responderam mialgia, 87% responderam artralgia, 80% responderam cefaleia, 20% responderam manchas vermelhas, 27% responderam febre intermitente, 40% responderam febre baixa e 7% responderam febre passageira.

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (2016), os principais sinais e sintomas que caracterizam essa viremia são: exantemas maculopapulares, febre intermitente, vermelhidão ocular (conjuntivite), mialgia (dores musculares), artralgia (dores nas articulações) e cefaleia, tendo duração média entre três a sete dias.

É possível perceber que os enfermeiros souberam reconhecer principalmente três sintomas do Zika Vírus sendo eles: mialgia, artralgia e cefaleia, por serem mais comuns em sua vivência profissional.

Gráfico 5: A principal complicação do Zika vírus nas gestantes



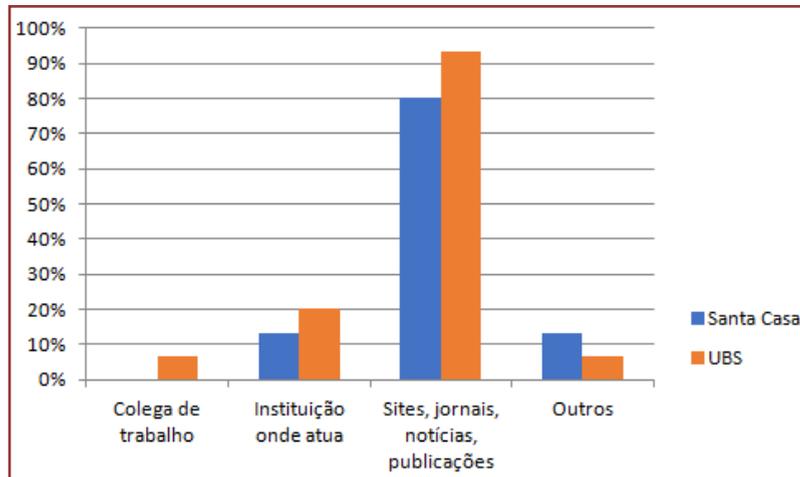
Fonte: Região alto Tietê, 2018.

De acordo com a análise do gráfico 5 pode-se observar que na Santa Casa 20% dos enfermeiros responderam que os danos neurológicos é a principal complicação do Zika Vírus nas gestantes e 87% responderam que a Microcefalia é a principal complicação. Na UBS 13% dos enfermeiros responderam que os danos neurológicos é a principal complicação do Zika Vírus nas gestantes e 93% responderam que a Microcefalia é a principal complicação.

Segundo Vargas (*et al.*, 2016), a microcefalia é a principal complicação do vírus zika, por atacar as células tronco neurais, podendo desencadear um atraso no desenvolvimento cerebral, levando a um déficit cognitivo, visual, motor e epilepsia.

A maioria dos enfermeiros respondeu de acordo com a afirmação de Vargas sendo a microcefalia a principal complicação relatada, porém segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, (2015) abortos espontâneos também são considerados complicações e os danos neurológicos uma consequência da microcefalia.

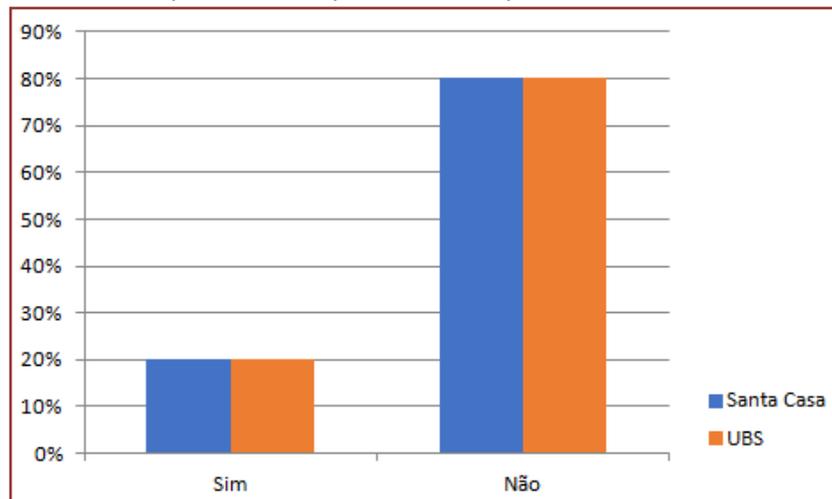
Gráfico 6: Fonte de conhecimento sobre Zika vírus



Fonte: Região alto Tietê, 2018.

De acordo com análise do gráfico 6 pode-se observar que na Santa Casa 13% dos enfermeiros responderam que foi através da instituição onde atuam, 80% responderam sites, jornais, notícias, publicações, 13% responderam outras formas. Na UBS 7% dos enfermeiros responderam que a forma de conhecimento sobre o Zika Vírus foi através de colegas de trabalho, 20% responderam que foi através da instituição onde atuam, 93% responderam sites, jornais, notícias, publicações e 7% responderam outras formas.

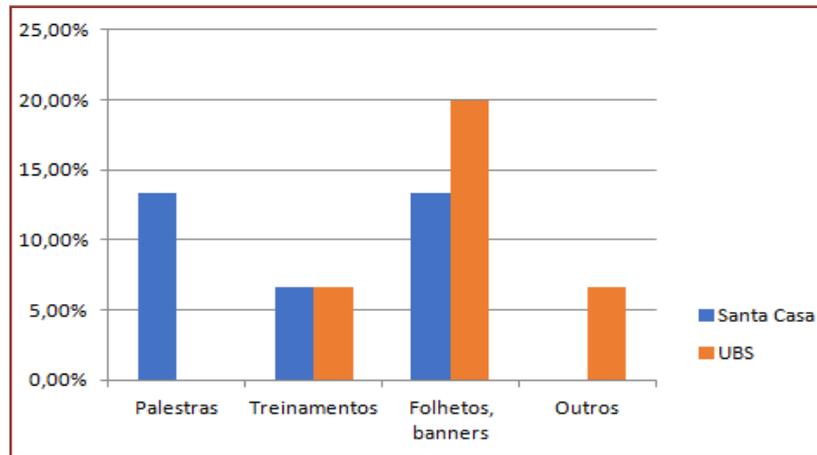
Gráfico 7: Realização de orientação nas Instituições de Saúde sobre o Zika vírus



Fonte: Região alto Tietê, 2018.

Segundo análise do gráfico 7 é possível observar que na Santa Casa 20% dos enfermeiros responderam que foi realizado orientações acerca do Zika Vírus e 80% responderam que não. Na UBS 20% dos enfermeiros responderam que foi realizado orientações acerca do Zika Vírus e 80% responderam que não.

Gráfico 8: Fontes de orientação sobre Zika Vírus



Fonte: Região alto Tietê, 2018.

De acordo com a figura 8, na Santa Casa 13% dos enfermeiros responderam que as orientações foram feitas através de palestras, 7% responderam que foram feitas através de treinamentos e 13% responderam que foram realizadas através de folhetos e banners. Na UBS 7% responderam treinamentos e 20% responderam folhetos e banners e 7% responderam outras formas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo respondeu ao seu objetivo de identificar a atuação dos enfermeiros frente ao Zika vírus no período gestacional. Mostrou que eles possuem conhecimentos sobre o tema abordado, porém necessitam de alguns aprimoramentos, principalmente no que diz respeito aos sinais clínicos e tratamento, pois foi observado uma maior divergência nas respostas em relação às literaturas abordadas no desenvolvimento da pesquisa em ambas as instituições. Já sobre a prevenção e complicações do Zika vírus, o resultado foi favorável em ambos os locais estudados.

Nessas instituições, segundo os dados coletados, a grande maioria desconhece a criação de protocolos e a realização de treinamentos abordando o tema dentro das unidades.

Dado a importância do assunto e os resultados obtidos na pesquisa, é sugerido a criação de protocolos que possam padronizar a atuação dos enfermeiros no atendimento às gestantes, bem como é indicado a realização de treinamentos regulares com a equipe a fim de deixá-los preparados para enfrentar novos surtos que possam surgir.

## REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Zika vírus, 2017. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/saude-de-a-z/zika-virus>. Acesso em: 05/05/2017.
- [2] Centers for Disease Control and Prevention. CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People. Zika e Gravidez. Disponível em: <https://portugues.cdc.gov/zika/hc-providers/pregnant-women/zika-and-pregnancy.html>. Acesso em: 26/03/2017.
- [3] Cunha, Rivaldo Venâncio da; et al Zika: Abordagem Clínica na Atenção Básica. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15672/1/Zika%20-%20Abordagem%20cl%C3%ADnica%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica.pdf>. Acesso em: 26/03/2017.
- [4] Diniz, Debora. Zika do sertão nordestino a ameaça global. 1ª edição 2016, Editora Civilização Brasileira.
- [5] Luz, Kleber Giovanni; Santos, Glauco Igor Viana dos; Vieira, Renata de Magalhães. Febre pelo vírus Zika Artigo de Opinião. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(4):785-788, out-dez 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>. Acesso em: 12/03/2017.
- [6] Musso, Didier. Emerging Infectious Disease. Transmissão do vírus Zika da Polinésia Francesa para o Brasil. Vol. 21, No. 10, October 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2110.150869>. Acesso em: 11/03/2017.
- [7] Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015. Disponível em: <http://bit.ly/1IMMCOT>. Acesso em: 10/03/2017.

- [8] Salge, Ana Karina Marques; et al. Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. Rev. Eletr. Enf. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39888>. Acesso em 28/03/2017.
- [9] Sociedade Brasileira de Infectologia. Guia de Manejo da infecção pelo vírus zika, 2016. Disponível em: [http://www.sierj.org.br/artigos/Guia\\_Manejo\\_Zika\\_SBI.pdf](http://www.sierj.org.br/artigos/Guia_Manejo_Zika_SBI.pdf). Acesso em: 15/03/2017.
- [10] Vargas, Alexander et al. Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na região metropolitana de Recife, Pernambuco. Epidemiol. Serv. Saúde vol.25 no.4 Brasília Oct./Dec.2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000400691](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400691). Acesso em: 25/03/2017.

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **Atuação dos enfermeiros na orientação, sinais clínicos e tratamento do zika vírus no período gestacional**, cujo objetivo é identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o zika vírus em gestantes.

Sua participação é voluntária, sendo assim você não receberá nenhum bônus ou ônus, lhe será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas, bem como a garantia de optar por deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando assim seu consentimento Livre e esclarecido- TCLE, conforme descrito na resolução CNS 466/2012.

A pesquisa não oferecerá riscos aparentes, sendo previsto somente um desconforto ao preencher o questionário, porém, caso o participante apresente qualquer incômodo ou desconforto, o pesquisador irá interromper o procedimento, orientar novamente caso seja necessário e, mesmo persistindo os eventos, o pesquisador irá cancelar o procedimento e excluir o participante da pesquisa, evitando desta forma maiores prejuízos.

Respondendo aos objetivos, esta pesquisa trará como benefícios conhecimentos científicos acerca ao zika vírus, que poderá subsidiar os profissionais de enfermagem na melhoria de seu atendimento com as gestantes, além de contribuir no desempenho do projeto de iniciação científica.

O senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos dos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Mogi das Cruzes, podendo tirar as suas dúvidas e informações sobre o andamento da pesquisa e sua participação a qualquer momento.

Diante das informações acima, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado (a), de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento, das alternativas às quais poderia prestar as respostas, todas acima listados.

Mogi das Cruzes, \_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO**

1. Na sua instituição existe protocolo para zika vírus?  
Sim ( ) Não ( )
2. Qual o tratamento para zika vírus?  
( ) Uso de antitérmicos anti-histamínicos e analgésicos  
( ) Uso de antitérmicos e analgésicos  
( ) Não se deve usar antitérmicos
3. Qual a prevenção contra o zika vírus?  
( ) Uso de protetor solar  
( ) Uso de repelente  
( ) Uso de roupas que cubram o corpo  
( ) Não sair de casa
4. Qual os sinais clínicos do zika vírus?  
( ) conjuntivite com secreção purulenta  
( ) conjuntivite sem secreção  
( ) mialgia  
( ) artralgia  
( ) cefaleia  
( ) manchas vermelhas  
( ) febre intermitente  
( ) febre baixa  
( ) febre passageira
5. Qual a principal complicação do vírus zika em gestantes?  
( ) abortos espontâneos  
( ) danos neurológicos  
( ) microcefalia  
( ) meningite
6. Como você tomou conhecimento sobre o zika vírus?  
( ) Colega de trabalho  
( ) Instituição onde atua  
( ) sites, jornais, notícias, publicações  
( ) Outros

7.A instituição onde atua realizou alguma orientação para esclarecer dúvidas sobre o zika vírus?

Sim    Não

Quais?

Palestras

Treinamentos

Folhetos, banners

Outros

# Capítulo 3

## *Cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/AIDS*

*Liniker Scolfild Rodrigues da Silva*

*Carlos Henrique da Silva Ferreira*

*Maurício Caxias de Souza*

*Eliana Lessa Cordeiro*

*Clarissa Silva Pimenta*

*Letícia Alessandra de Oliveira*

*Camila Mendes da Silva*

*Cristina Albuquerque Douberin*

*Edivaldo Bezerra Mendes Filho*

**Resumo:** No Brasil, cresce o número de mulheres em idade fértil com HIV, com isso, o Ministério de Saúde brasileiro implementou políticas de atenção integral a saúde da mulher preconizando o cuidado humanizado desde o pré-natal, parto e puerpério, para prevenir a transmissão vertical (TV) do HIV de mãe a filho. Objetivos: Identificar como os estudos desenvolvidos podem contribuir nos âmbitos nacional e internacional, sobre os cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/aids. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa com ênfase a responder a questão de pesquisa “Qual a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre os cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/Aids?”. As bases de dados utilizadas para a coleta de dados foram: MEDLINE, LILACS, BDNF e CINAHL no período de 2003 a 2012, onde foram selecionados e analisados 22 estudos. Resultados: Foi evidenciaram percepções positivas e negativas para com o cuidado recebido. O cuidado recebido pelas mulheres é de fundamental importância para a promoção de sua saúde e proteção da saúde dos seus filhos, assim como direcionam para a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais da saúde acerca do cuidado da mulher acometida por HIV. Conclusão: Acorda-se a necessidade da realização de novos estudos, no sentido de melhorar e explorar estas questões que podem contribuir na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

**Palavra chave:** Cuidados de Enfermagem; Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto.

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é a terminologia utilizada para definir uma doença infectocontagiosa, onde a mesma é do tipo emergente, grave, ocasionada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Na atualidade, a infecção pelo HIV é considerada um dos maiores problemas de saúde pública a nível mundial, que hoje atinge homens e mulheres igualmente, sendo que as mulheres representam 16.7 milhões da epidemia mundial (WHO, 2010).

Em prol do número crescente de mulheres infectadas em idade fértil, as crianças vêm estruturando um grupo de risco também crescente para o acometimento pelo HIV. Anualmente 3 (três) milhões de mulheres no Brasil tem bebês, Segundo um estudo realizado em 2004, numa amostra representativa de parturientes de 15 a 49 anos de idade, de todas as regiões do país, a taxa de prevalência de mulheres acometidas por HIV no momento do parto é de 0,42%, o que corresponde a uma estimativa a cerca de 13 mil parturientes infectadas (BRASIL, 2012). Diante desta constatação, o Ministério de Saúde brasileiro implementou políticas de atenção integral a saúde da mulher preconizando o cuidado humanizado desde o pré-natal, parto e puerpério, para prevenir a transmissão vertical (TV) de HIV de mãe a filho (BRASIL, 2013).

Estas mulheres convivendo com HIV, ao descobrirem que estão gestantes e que por sua vez serão mães, procuram os serviços de saúde onde irão receber os cuidados para que a sua gestação ocorra da forma mais saudável possível, com o mínimo de risco tanto para ela como para o seu filho, e principalmente, onde possam ser bem acolhidas e tratadas com uma atenção respeitosa e de forma individual (SANTOS, et al 2010).

Enfatiza-se a necessidade de considerar as condições peculiares do atendimento que deve ser ofertado a este grupo de mulheres. Vale ressaltar que a adequada aplicação das ações de prevenção é prejudicada pela dificuldade ao acesso e a baixa qualidade do cuidado prestado nestes serviços, a falta de informação da equipe de saúde sobre a transmissibilidade de forma vertical do HIV, que por sua vez não está preparada para ofertar e prestar o cuidado de forma que essas mulheres possam sentir-se acolhidas e tratadas de modo adequado (SILVA; ARAUJO; PAZ, 2008).

Trabalhar com as mulheres acometidas por HIV torna-se assim um grande desafio pelas divergentes dimensões que envolvem esta condição, tais como, biológicas, culturais, emocionais, econômicas, espirituais, sociais e éticas. Toda mulher que encontra-se nesta situação deve ser tratada de forma individualizada e integralizada para que as suas expectativas e necessidades possam ser atendidas adequadamente (SCHERLER; BORESTEIN; PADILHA, 2009).

Diante deste contexto, contemplando-se o cuidado recebido por mulheres que convivem com HIV no pré-natal, parto e puerpério, emerge-se a seguinte questão: “Qual a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre os cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/aids?” Para obtenção de respostas a essa questão, foi desenvolvido o presente estudo com o objetivo de: Identificar como os estudos desenvolvidos podem contribuir nos âmbitos nacional e internacional, sobre os cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/aids.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura vigente, que consiste num método de pesquisa que permite reunir os conhecimentos sobre um determinado tema, realizada de maneira sistemática e ordenada com o objetivo de contribuir para o conhecimento da temática a ser investigada. A revisão deve seguir os mesmos critérios a rigores metodológicos de uma pesquisa original, sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados, desde o início do estudo, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Dessa maneira o leitor pode identificar as reais características dos estudos selecionados, bem como informação relevante para o avanço da enfermagem (GANONG, 1987).

Para realização da presente revisão integrativa de literatura, foram adotadas as seis etapas sugeridas na revisão: 1) selecionar a pergunta da pesquisa; 2) definir os critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representar os estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e os conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) atribuir de forma clara a evidência encontrada (GANONG, 1987).

Então foi eleita a pergunta de pesquisa da revisão integrativa sendo definida a seguinte questão: Qual a contribuição dos estudos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional, sobre os cuidados no período gravídico puerperal de mulheres que convivem com HIV/aids?

Assim foram demarcados os seguintes critérios para inclusão e seleção dos artigos: pesquisas publicadas em forma de artigo original, em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que investigaram a percepção da mulher acometida por HIV acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério, publicadas no período de 2003 a 2016, autonomamente do método de pesquisa e artigos que contivessem seus títulos e/ou resumos na base de dados. O critério para exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem aos critérios de inclusão assim mencionados.

Para o levantamento dos artigos foi realizado pela internet sistematizações através das bases de dados: Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Através do levantamento dos estudos nas bases de dados LILACS e BDENF, foram eleitos os seguintes termos: gestação (pregnancy, gestante), pós-parto (postpartum, posparto), HIV (VIH), pré-natal (prenatal), parto (parturition, parto), percepção (percepción, perception). Para a base de dados CINAHL e MEDLINE, foram apurados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “HIV”, “pregnancy”, “parturition”, “postpartum”, “prenatal care”, “perception”.

Para tabulação e organização dos dados, os (as) pesquisadores (as) desenvolveram um instrumento que foi submetido à avaliação de dois juízes com experiência no tema investigado. O instrumento final que embasar-se de uma planilha que contempla as seguintes informações: título, objetivo, descritores, periódico, ano de publicação, país do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo, referencial teórico, sujeito de pesquisa, método de análise, enfoque, além de identificar os principais resultados.

Para avaliação da qualidade dos artigos, adotou-se um instrumento estruturado para avaliação do nível de evidência de acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), onde o mesmo considera a produção do conhecimento científico de práticas baseadas em evidências e os enquadraram através de níveis hierárquicos, a saber: no nível I, onde as evidências são feitas através de revisão sistemática ou de meta análise de todos os ensaios randomizados relevantes, ou ainda que provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; no nível II, as evidências são provenientes de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado e bem delineado; no nível III, são obtidas através de ensaios clínicos bem delineados e sem a randomização. O nível IV dispõe de evidências de estudos de coorte e de casos controles bem definidos. Já o nível V corresponde às ditas revisões sistemáticas de estudos descritivos e também qualitativos; o nível VI oferta evidências de apenas um único estudo descritivo ou qualitativo. E por fim, o nível VII possui evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitê de especialistas. Deste modo, todos os 22 estudos selecionados possuíram Nível de Evidência (NE) VI por se referirem aos estudos descritivos com baixo poder inferencial e de associação (MELNYK; FINEOUT, 2010).

Inicialmente os estudos foram submetidos à leitura minuciosa de cada artigo completo, com destaque aqueles que responderam ao objetivo abarcado e, a fim de organizar e tabular os dados, sendo que 20 atenderam aos critérios de inclusão.

Após analisar os estudos selecionados, o conteúdo avaliado foi analisado através de estatística descritiva simples e sintetizado em texto. Através de uma posterior análise para síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, foi utilizado um quadro sinóptico especialmente estruturado para este fim que especifica os aspectos: título do artigo; identificação dos autores; objetivo (os) do estudo; ano e nível de evidência.

Ao término da revisão, foram extraídos os conceitos abarcados em cada artigo e de interesse dos (as) investigadores (as), sendo constituídas três categorias para análise, assim especificadas, como a primeira categoria que foi: Cuidados recebidos no pré-natal: Percepções positivas e negativas do pré-natal. A segunda categoria foi cuidada no parto: percepção das mulheres convivendo com HIV e por fim a terceira categoria: Cuidado no puerpério: percepção das mulheres acometidas por HIV.

### 3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Constata-se que dezenove (19) - (95%) artigos foram publicados em periódicos nacionais e apenas um (1) - (5%) foi publicado em periódicos internacionais. Os países de origem dos estudos estavam distribuídos da seguinte forma: Brasil dezenove (19) - (95%) e Índia um (1) - (5%) dos estudos.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação conforme explícito pelos periódicos, sendo que vinte (20) - (100%) foram pesquisas autênticas. Sendo assim, para uma melhor

compreensão do estudo, elaboramos um quadro sinóptico com os pertinentes dados de cada artigo encontrado, de acordo com a figura 1.

Figura 1. Encontra-se a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Título	Autor	Objetivo	Ano	Nível de Evidência
Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV Positivas.	VINHAS, D. C. S.; et al.	Identificar junto as gestantes HIV positivas as principais preocupações quanto ao impedimento da amamentação natural e avaliar a necessidades de atividades educativas individuais como forma alternativa ao apoio psicoemocional e afetivo à gestante.	2004	VI
Mães HIV positivo e a não amamentação.	MORENO, C.; et al.	Compreender o significado da experiência de não amamentar e as razões que levam as mães a seguirem tal recomendação.	2006	VI
Maternidade em situação pelo HIV: um estudo sobre sentimento de gestantes.	CARVALHO, F. T.; et al.	Conhecer os sentimentos de gestantes portadoras de HIV/AIDS a respeito da própria infecção, da maternidade e do bebê.	2006	VI
Transmissão Vertical do HIV: Expectativas e ações das gestantes soropositivas.	MOURO, E. L.; et al.	Identificar as expectativas e ações da gestante HIV positivo quando à gravidez e ao concepto.	2006	VI
AIDS e gravidez: os sentidos do risco e o desafio do cuidado.	SILVA, N.; et al.	Compreender como risco da transmissão vertical do HIV é apreendido e reconstruído pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS em suas decisões reprodutivas.	2006	VI
Ser mãe HIV positivo: significado para mulheres HIV positivo e para a Enfermagem.	MONTICELLI, M.; et al.	Compreender os significados ser mãe HIV positivo: significado para mulheres HIV positivo e para a Enfermagem de unidade de alojamento conjunto e identificar as similaridades e contraste presentes nesses significados.	2007	VI
Sentimento de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar.	BATISTA, M.; et al.	Analisar os sentimentos de puérperas soropositivas ao HIV, em um alojamento conjunto, diante da impossibilidade de amamentar.	2007	VI
Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS.	PREUSSLER, G. M. I.; et al.	Identificar adversidades vividas por mães ao enfrentarem o binômio gestação e HIV/AIDS.	2007	VI
Percepção das puérperas HIV positivo frente ao pré-natal.	PLÁ, T. O.; et al.	Conhecer as vivências de puérperas portadoras do vírus da imunodeficiência Humana (HIV), sobre o atendimento de pré-natal.	2007	VI
A realização do teste anti HIV no pré-natal: os significados para a gestante	SILVA, R. M. O.; et al.	Conhecer e analisar o significado da realização do teste anti HIV no pré-natal para as gestantes.	2008	VI
Gravidez repetida entre as mulheres com status de HIV conhecida em Pune, Índia.	SURYAVANSHIA, N.; et al.	Analisar a gravidez repetida entre as mulheres com status de HIV.	2008	III
Gravidez repetida entre as mulheres com status de HIV conhecida em Pune, Índia.	SURYAVANSHIA, N.; et al.	Analisar a gravidez repetida entre as mulheres com status de HIV.	2008	III

(Continuação...)

Figura 1. Encontra-se a síntese dos artigos incluídos na presente revisão integrativa.

Título	Autor	Objetivo	Ano	Nível de Evidência
Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV.	ARAUJO, C. B.; et al.	Identificar as experiências de gestantes e puérperas portadoras do HIV com a quimioprofilaxia para a prevenção da transmissão vertical.	2008	VI
Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio comportamental e de acesso ao sistema de saúde.	DARMONT, M. O. R.; et al.	Identificar os fatores sócios comportamentais e do sistema saúde que, na ótica das gestantes, dificultam ou impedem o acesso ao pré-natal, e, em consequência, às ações profiláticas recomendadas pelo Ministério da Saúde para o controle e diminuição da transmissão vertical do HIV.	2010	VI
Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico.	MOURO, E. L.; et al.	Descrever o contexto cotidiano vivido por mulheres grávidas e soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com enfoque na experiência de estar grávida e aceitar esse estado.	2010	VI
Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico.	MOURO, E. L.; et al.	Descrever o contexto cotidiano vivido por mulheres grávidas e soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com enfoque na experiência de estar grávida e aceitar esse estado.	2010	VI
Problemas com a mama puerperal revelada por mães soropositivas.	MACHADO, M. M. T.; et al.	Conhecer situações vivenciadas e reveladas da não amamentação.	2010	VI
Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS.	GALVÃO, M. T. G.; et al.	Apreender os dilemas e conflitos revelados por mulheres que engravidam na vigência da infecção pelo HIV/AIDS.	2010	VI
Aconselhamento na testagem anti HIV no ciclo gravídico puerperal: o olhar da integridade.	CARNEIRO, A. J. S.; et al.	Analisar o cuidado Profissional à mulheres que tomaram conhecimento da positividade para o HIV durante o trabalho de parto ou puerpério.	2010	VI
A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso.	BAZANI, A. C.; et al.	Compreender a vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV.	2011	VI
Mundo da vida da mulher que tem HIV/AIDS no cotidiano da (IM) possibilidade de amamentar.	PAOIN, S.; et al.	Apresentar a compreensão do mundo da vida da mulher que tem o vírus da imunodeficiência humana no cotidiano da (IM) possibilidade de amamentar.	2011	VI
Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças "O positivas".	LEAL, A. F.; et al.	Analisar as medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas pelas mães de meninos HIV positivas que foram acompanhadas pelo Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do município de Pelotas.	2012	VI

Na classificação dos estudos, quanto ao contexto em que realizaram-se o ambiente de serviço especializado ou referências para HIV/AIDS, teve enfoque de destaque, ao concentrar 14 estudos (70%), hospitais e maternidades com quatro artigos (20%); e também serviço de saúde básica e organização não governamental com dois artigos (10%) sendo um estudo para com cada ambiente. Os artigos também foram categorizados quanto à natureza metodológica do estudo abordado, sendo distribuídos no seguinte

segmento: 18 (90%) desenvolvidos com abordagem de estudos qualitativos e dois (10%) com abordagem de quantitativos. Com relação ao referencial teórico utilizado nos estudos, 9 (45%) não especificaram no texto, e/ou não adotaram um referencial teórico; 7 (35%) fundamentam-se nas políticas da atenção integral à mulher; e 4 (20%) como fenomenologia.

Os descritores que mais foram utilizados são eles: Pré-natal, mulher, HIV/AIDS, Aleitamento. Na coleta de dados, para avaliar a percepção das mulheres acometidas por HIV acerca do cuidado recebido no Pré-natal, parto e puerpério, foram identificados 17 (85%) estudos com entrevistas de caráter semiestruturadas, dois (10%) que utilizaram questionários estruturados e um (5%) estudo com grupo de modo focal. Entretanto, com relação aos sujeitos de pesquisa dos estudos, houve a participação de 604 mães acometidas por HIV, nas quais 341 (56,45%) eram multigestas; 62 (10,26%) eram primigestas; 17 (2,81%) eram grandes múltiparas; 13 (2,15%) eram nulíparas e 171 (28,31%) das mulheres, não apresentavam descrição nos estudos.

#### **4.CUIDADOS RECEBIDOS NO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES POSITIVAS**

Nos estudos acerca da mulher acometida por HIV frente à percepção acerca dos cuidados no pré-natal, parto e puerpério, identificou-se que as mulheres percebem o cuidado como uma expressa forma de amor e proteção para com os seus filhos. Relatam que é precioso o apoio que receberam para a prevenção da doença em seus bebês (PREUSSLER; EIDT, 2007). Explicam que no controle pré-natal tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em relação ao diagnóstico do HIV, e de tomar medidas profiláticas, realizar os tratamentos na tentativa de livrar os bebês de um futuro sofrimento causado pela infecção pelo HIV, evitando também o sentimento de culpabilidade e responsabilidade pela possibilidade de ser a transmissora de uma infecção crônica incurável e, sobretudo, não aceita pela sociedade (SILVA; ARAUJO; PAZ, 2011; MOURA; PRAÇA, 2006; MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010).

Para as mulheres convivendo com HIV, os cuidados recebidos no pré-natal tiveram um papel singular, uma vez que foram informadas acerca do HIV, e o modo de prevenção da transmissão para o bebê, e receberam apoio para a adesão ao tratamento de antirretrovirais, e tiveram também a oportunidade de interação com as outras mulheres em condição semelhantes às suas (MACHADO; BRAGA; GALVÃO, 2010; CARVALHO; PICCININI, 2006). Para as mulheres, sua saúde é colocada em segundo plano sendo que naquele momento seu grande desejo e prioridade são de proteger e evitar a contaminação do seu filho que está sendo gerado, não medindo esforços em seguir todas as recomendações referidas no pré-natal como, por exemplo, não faltar a consultas, aderir ao tratamento de forma assertiva, para assim evitar que o seu filho se infecte com o HIV (SCHERLER; BORESTEIN; PADILHA, 2009; LEAL; ROESE; SOUSA, 2012).

O controle do pré-natal foi uma experiência de apoio emocional e do aconselhamento às suas demandas, que ajudaram muito na superação das dificuldades que elas estavam passando nesse momento tão difícil, como sofrimento, angústia, medo, dúvidas em relação ao filho ao mesmo tempo em que tinha como compromisso materno protegê-lo contra o HIV (PREUSSLER; EIDT, 2007; LEAL; ROESE; SOUSA, 2012; ARAUJO; SILVEIRA; SILVEIRA, 2008).

Nos estudos as percepções de algumas mulheres acometidas por HIV que frequentaram todas as consultas do pré-natal ao longo do período, mostraram-se satisfatórias uma vez que referiram terem sentido-se apoiadas por membros da equipe de saúde no pré-natal, além de que os mesmos se interessavam pelo seu bem estar, sem preconceito, as escutava, com cumplicidade e com privacidade, o que foi muito engrandecido por elas (DARMONT, et al. 2010). Além disso, quando o cuidado pré-natal é prestado pelos mesmos profissionais, elas sentem-se com mais segurança e tem confiança para expressar os seus problemas, dúvidas e medos durante o período de gestação (PLÁ; KAISER; FERREIRA, 2007).

#### **5.CUIDADOS RECEBIDOS NO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES NEGATIVAS**

Dentre as percepções negativas do pré-natal, destaca-se a falta de informações ou orientações superficiais por parte de alguns profissionais de saúde, com relação à importância do teste sorológico para o anti HIV. Muitas delas tomaram consciência da solicitação do exame por meio casual apenas da leitura da requisição do exame, causando angústia e preocupação, no que diz respeito na proteção de seus filhos (DARMONT, et al. 2010). Além do que mulheres expressaram que o impacto do resultado poderia ser menor se soubessem que estariam sendo submetidas à testagem referida (DARMONT, et al. 2010; CARNEIRO; COELHO, 2010).

Outras mulheres expressaram que sentiam-se perdidas, inconformadas, indignadas e decepcionadas pela frieza demonstrada por alguns profissionais da área da saúde ao informarem seus resultados do teste positivo para HIV, vivenciando experiências assustadoras e infelizmente também de desespero, por não receberem orientações sobre os cuidados necessários (MOURA; PRAÇA, 2006; CARVALHO; PICCININI, 2006; PADOIN; TERRA; SOUZA, 2010).

Entre as percepções negativas em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, destacaram-se a falta de acolhimento, de diálogo, de atenção dos profissionais, que se mostram apressados, desatentos e ainda agressivos, demonstrando para algumas mulheres discriminação, por terem muitos filhos, engravidarem e ao mesmo tempo estarem infectadas e em diante, convivendo com HIV (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; PLÁ; KAISER; FERREIRA, 2007; DARMONT, et al. 2010). Entretanto, o uso de terminologias eminentemente técnicas dificulta a compreensão das recomendações pelas mulheres, e, por conseguinte, não podendo ser seguidas; e ainda a falta de recursos humanos e a rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde que realizam o pré-natal contribuem para a dificuldade do acesso aos serviços (PREUSSLER; EIDT, 2007; DARMONT, et al. 2010).

## **6. CUIDADOS RECEBIDOS NO PARTO: PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACOMETIDAS POR HIV**

Os estudos analisados expõem que as percepções das mulheres HIV+ com relação aos cuidados recebidos no parto foram traduzidas pelo medo e a preocupação da transmissão do HIV para o seu bebê (PLÁ; KAISER; FERREIRA, 2007). Tem receio em relação à transmissibilidade do HIV no parto especialmente com relação ao parto, por ele ter que ocorrer na presença do HIV, ter que vivenciar a tomada da zidovudina, uma vez que injetável, e a reação ao tratamento, a possível necessidade do procedimento intervencionista médico cirúrgico cesariana, e juntamente com os temores com relação aos riscos associados à sua própria saúde (CARVALHO; PICCININI, 2006; BAZANI; SILVA; RISSI, 2011).

Os estudos analisados mostram que as percepções das mulheres HIV+ com relação aos cuidados recebidos no parto foram traduzidas pelo medo e a preocupação da transmissão do HIV para o seu bebê (PLÁ; KAISER; FERREIRA, 2007; VINHAS, et al. 2004) ainda tendo que passar particularmente pelo parto, ter que ocorrer na presença do HIV, ter que tomar a zidovudina injetável e a reação ao tratamento, a possível necessidade de cesariana, juntamente com temores com relação aos riscos associados à sua própria saúde (CARVALHO; PICCININI, 2006; SURYAVANSHIA, et al. 2008).

Entretanto, a dúvida em relação à contaminação do bebê pelo vírus é o singular motivo de grandes angústias e o medo da perda do bebê antes mesmo de ele nascer, e ainda o medo quanto à sua própria vida. Algumas mulheres relataram o apoio e a importância de alguns profissionais de saúde nesse momento de suas vidas, assim mesmo referiram um acolhimento favorável e um ambiente facilitador no momento do parto (PLÁ; KAISER; FERREIRA, 2007; CARVALHO; PICCININI, 2006).

Para outras mulheres acometidas por HIV, as percepções do cuidado recebido no parto caracterizam-se pela falta de humanização, acolhimento insatisfatório, isolamento e pouca relação de diálogos, distanciamento dos profissionais do ser que está cuidando, infelizmente, vivenciando cuidado inadequado, como a falta de orientações sobre o teste sorológico para com anti HIV e sem preservar o sigilo do diagnóstico na sala de parto, vivenciando vergonha associada com uma imensa tristeza (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; ARAUJO; SILVEIRA; SILVEIRA, 2008; CARNEIRO; COELHO, 2010).

## **7. CUIDADOS RECEBIDOS NO PUERPÉRIO: PERCEPÇÕES DAS MULHERES ACOMETIDAS POR HIV**

No que se diz respeito às percepções das mulheres acometidas por HIV em relação aos cuidados recebidos no puerpério. Elas referem, ter vivenciado isolamentos, insegurança, sofrimentos e vergonha de que alguém descobrisse o seu diagnóstico de soro positividade, por medo de vivenciar preconceitos, discriminação e indiferença, por parte dos que estão ao seu redor, como familiares, companheiros e amigos (SILVA; ALVARENGA; AYRES, 2006; VINHAS, et al. 2004; SURYAVANSHIA, et al. 2008).

As mães que estão na sala de alojamento, em conjunto, além de vivenciar todas as situações mencionadas anteriormente ainda têm que enfrentar a experiência de não amamentação, de não poder amamentar seu filho. Elas expressam ter recebido orientações para evitar a amamentação natural após o parto, durante as consultas do pré-natal, especialmente aquelas que já conheciam seu status sorológico para com o HIV. Algumas até referiram que foram infelizmente informadas somente após o nascimento do bebê (GALVÃO; CUNHA; MACHADO, 2010; MONTICELLI; SANTOS; ERDMANN, 2007).

Elas relataram complexo sofrimento por não amamentar, pois o ato de amamentar representa uma forma de interação em que a mãe tem a possibilidade de transmitir carinho, amor, proteção e saúde ao seu bebê, sendo esta prática incentivada e muito esperada (ARAÚJO; SILVEIRA; SILVEIRA, 2008). Dentre tanto, quando trata-se de mulheres acometidas por HIV, a amamentação torna-se impossibilitada pelo risco adicional oferecido, sentindo a sensação de culpabilização, tristeza, perda de identidade feminina e materna, impotência, inferioridade, dor, discriminação e contudo, humilhação (PREUSSLER; EIDT, 2007; CARVALHO; PICCININI, 2006; PADOIN; TERRA; SOUZA, 2011). É uma situação penosa e desgastante, por não poder amamentar a seu filho e ainda interromper a lactação através do enfaixamento mamário. Referiram sentirem-se doentes, com mal estar, revolta, angústia, sufocamento, desconforto físico, sentimento de inferioridade, violência, dor, sensação de perda insuperável (SURYAVANSHIA, 2008; BATISTA; SILVA, 2007).

A percepção sobre os cuidados recebidos em relação às mamas após o parto evidencia o déficit de orientações tendo como consequência a vivência de dor, febre e também ingurgitamento mamário (MORENO; REA; FELIPE, 2006). As mulheres contaram que, ao estarem impossibilitadas de amamentar, inventavam diversas desculpas, tais como anemia, “estou usando medicamento”, “não tenho leite”, hepatite C, diabetes, “não tenho bico” (CARNEIRO; COELHO, 2010; BATISTA; SILVA, 2007; MORENO; REA; FELIPE, 2006). Essas justificativas, elas atribuíram ao temor fervoroso do preconceito e discriminação das outras pessoas ao descobrirem seu status sorológico para a infecção pelo HIV, por causa da impossibilidade de amamentar (MONTICELLI; SANTOS; ERDMANN, 2007) A maioria das mulheres afirma ter grande vontade de amamentar os seus filhos, mais que valia a pena sacrificar-se por seus filhos, para que não se sentissem culpadas depois (BAZANI; SILVA; RISSI, 2011; BATISTA; SILVA, 2007).

Desta forma faz-se importantes os cuidados especializados para estas mulheres, para melhorar a qualidade de níveis de atenção: prevenção, promoção à saúde, e prevenir a transmissão vertical do HIV/AIDS em crianças (MORENO; REA; FELIPE, 2006).

## 8. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa da literatura, acerca da mulher acometida por HIV frente à percepção acerca dos cuidados no pré-natal, parto e puerpério, reafirma a importância do cuidado nestas etapas singulares de suas vidas, marcando profundamente as suas histórias de vida, com variadas percepções e opiniões sobre o cuidado recebido.

A síntese dos estudos analisados permite identificar a produção de um conhecimento científico que evidencia percepções positivas e negativas sobre os cuidados recebidos no pré-natal, parto e puerpério. Tais percepções precisam ser consideradas já que constituem-se em subsídios valiosos para a qualificação do cuidado prestado a essa população específica.

Em relação às percepções positivas dos cuidados recebidos no pré-natal, as mulheres relatam que foi uma experiência e oportunidade para esclarecer suas dúvidas sobre o diagnóstico, receberem informações e orientações para a superação de dificuldades do momento que estavam passando e desta maneira livrar os seus filhos de uma doença crônica incurável e não aceita pela sociedade. Foi também a oportunidade de interação com as outras mulheres em condição semelhantes as suas.

Quanto às percepções negativas dos cuidados recebidos no pré-natal destacam-se a falta de acolhimento, falta de informações ou orientações superficiais em relação à importância do teste sorológico para com o anti HIV e por algumas vezes discriminação por terem muitos filhos, por engravidarem e estarem convivendo com HIV, como também o uso de terminologias técnicas que dificultam a compreensão e o seguimento dos cuidados pelas mulheres.

No que se refere às percepções acerca dos cuidados recebidos no parto, os estudos analisados destacam igualmente, de um lado, aspectos positivos, como o acolhimento e um ambiente facilitador por parte dos profissionais, dando ênfase ao suporte, aos medos e as preocupações das mulheres nesse momento. Por outro lado, algumas mulheres apresentam percepções negativas acerca dos cuidados recebidos no parto como falta de humanização, acolhimento insatisfatório, isolamento, solidão e ainda falta de aconselhamento do teste a ser realizado na sala de parto, e ainda a falta de privacidade ao receber o seu resultado.

No que diz respeito às percepções dos cuidados recebidos no puerpério, os estudos revisados abarcam como aspectos negativos, o isolamento, insegurança, sofrimento, vergonha de que alguém descobrisse o seu diagnóstico, por medo de preconceitos, discriminação e indiferença, por parte dos que estão ao seu

redor. A experiência de não poder amamentar o seu próprio filho e a interrupção da lactação através do enfaixamento das mamas, também são evidenciadas como aspectos negativos, ocasionando sofrimento, tristeza, angústia, perda de identidade feminina e materna, impotência, sentimento de inferioridade, dor, discriminação e humilhação, afetando as dimensões físicas e emocionais das mulheres. Ainda em relação aos cuidados para com as mamas após o parto, referem falta de orientações, tendo como consequência a dor, febre e ingurgitamento mamário. Impossibilitadas de amamentar, inventam variadas desculpas, por medo do preconceito e discriminação ao descobrirem seu **status sorológico** da infecção pelo HIV. Entre os aspectos positivos, destaca-se a orientação recebida por todas as mulheres sobre a contra-indicação da amamentação como forma de prevenir os riscos adicionais da transmissão vertical de mãe para filho através desta prática.

Então, a síntese do conhecimento produzida acerca dos cuidados recebidos no pré-natal, parto e puerpério ratificam a importância da utilização dos resultados das pesquisas para fundamentar os cuidados prestados às mulheres acometidas por HIV, bem como direciona para a necessidade de amplo envolvimento dos profissionais na área da saúde acerca do cuidado humanizado a mulher acometida por HIV nestes momentos. A realização de novos estudos sobre os cuidados recebidos pelas mulheres acometidas por HIV no pré-natal, parto e puerpério em diferentes contextualidades, é recomendada no sentido de aprofundar estas questões que podem contribuir para a promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- [1] Araujo, C. B.; Silveira, C. B.; Silveira, B. C. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. *Rev Bras Enferm.* 61(5): p. 589-94. 2008.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Projeto Nascer. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ministério da Saúde: Brasília. 2012.
- [4] Batista, C. B, Silva, L. R. Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. *Esc Anna Nery R Enferm.* 11(2): p. 268-275. 2007.
- [5] Bazani, A. C.; SILVA, P. M.; RISSI, M. R. R. Vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. *Sau e Transf Soc.* 2(1): p. 45-55. 2011.
- [6] Carneiro, A. J. S.; Coelho, E. A. C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Cienc Saúde Colet.* 15(supl.1): p. 1217-1226. 2010.
- [7] Carvalho, F. T.; Piccinini, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação Psicol.* 10(2): p. 345-355. 2006.
- [8] Darmont, M. Q. R.; Martins, H. S.; CALVET, G. A.; Deslandes, S.; Menezes, J. A. Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio comportamental e de acesso ao sistema de saúde. *Cad. Saúde Publica.* 26(9):p. 1788-1796. 2010.
- [9] Galvão, M. T. G.; Cunha, G. H.; Machado, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 63(3): p. 371-376. 2010.
- [10] Ganong, L. H. Integrative Reviews of Nursing Research. *Res. Nurs. Health.*10(1): 1-11. 1987.
- [11] Leal, A. F.; Roesse, A.; Sousa, A. S. Medidas de prevención de la transmisión vertical del VIH empleadas por madres de niños seropositivos. *Invest Educ Enferm.* 30(1): p. 44-54. 2012.
- [12] Machado, M. M. T.; Braga, M. Q. C.; Galvão, M. T. G. Problemas com a mama puerperal revelado por mães soropositivas. *Rev Esc Enferm USP.* 44(1): p. 120-125. 2010.
- [13] Melnyk, B. Fineout, O. E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- [14] Monticelli, M.; Santos, E. K. A.; Erdmann, A. L. Ser-mãe HIV-positivo: significados para mulheres HIV positivo e para a Enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 20(3): p. 291-298. 2007.
- [15] Moreno, C. C. G. S.; REA, M. F.; Felipe, E. V. Mães HIV positivo e a não-amamentação. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 6(2):199-208. 2006.

- [16] Moura, E. L.; Kimura, A. F.; Praça, N. S. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paul Enferm.* 23(2): p. 206-211. 2010.
- [17] Moura, E. L.; Praça, N. S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev Latino-am Enfermagem.* 14(3): p. 405-413. 2006.
- [18] Plá, T. O.; Kaiser, D. E.; Ferreira, M. B. Percepção da puérpera HIV positivo frente ao pré-natal. *In: 27ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e 14 Congresso de Pesquisa e Desenvolvimento em Saúde do MERCOSUL; Rev HCPA, Porto Alegre (RS).* 27(supli): p. 1-292. 2007.
- [19] Preussler, G. M. I.; Eidt, O. R. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS. *Rev Gauch Enfermne.* 28(1): p. 117-125. 2007.
- [20] Santos, E. M.; Reis, A. C. S.; Westman S.; Alves, R. G. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do Projeto Nascer. *Epidemiol Serv. Saúde.* 19 (3): p. 257-269. 2010.
- [21] Scherler, L. M.; Borestein, M. S.; Padilha, M. I. Gestantes/puérperas com HIV/AIDS: conhecendo os déficits e os fatores que contribuem no engajamento para o autocuidado. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 13(2): 359-365. 2009.
- [22] Silva, N. E. K, Alvarenga, A. T.; Ayres, J. R. C. M. AIDS and pregnancy: meanings of risk and challenges for care. *Rev Saúde Pública.* 40(3): p.474-481. 2006.
- [23] Silva, R. M. O.; Araujo, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 12(4): p. 630-636. 2008.
- [24] Suryavanshia, N.; Erandea, A.; Pisala, H.; Shankarb, A. V.; Bhosalec, R. B.; Bollingerd, M. P. Repeated pregnancy among women with known HIV status in Pune, India. *AIDS Care.* 20(9): p. 1111-1118. 2008.
- [25] Vinhas, D. C. S.; Rezende, L. P. R, Martins, C. A.; Oliveira, J. P.; Hubner, C. R. F. Amamentação: impacto provocado nas gestantes HIV positivas. *Rev Eletr. Enferm.* 6(1): p.16-24. 2004.
- [26] Who - World Health Organization. Key facts on global HIV epidemic and progress in 2010. Geneva (Switzerland): Who. 2011.

# Capítulo 4

## *Sentimento de mulheres grávidas ao ser diagnosticada com HTLV: UMA VISÃO DA ENFERMAGEM.*

*Stphanie Grace Rodrigues dos Santos*

*Drielle Caroline Noronha Gomes*

*Luciany Lopes Silva*

*Juliana Fernandes Souza*

*Aline Valéria Santa Brígida Martins*

*Margareth Braun Imbiriba*

**Resumo:** HTLV- I e II são retrovírus com três vias de transmissão: sexual, hematogênica e vertical (TV). Em áreas endêmicas, a TV tem o papel principal na cadeia de transmissão, principalmente pelo aleitamento materno. A infecção é perene e 90% dos pacientes são portadores assintomáticos, porém existe associação com uma gama de doenças inflamatórias, de dermatites inespecíficas até patologias graves e de prognóstico reservado, como a leucemia/ linfoma de células T do adulto (LTA) e a mielopatia associada ao HTLV-1, ou paraparesia espástica tropical (MAH). Até hoje não existem formas de prevenção ou tratamento eficaz para a infecção por HTLV-I e II nem para as doenças decorrentes da mesma. Os dados sobre a infecção por HTLV-I e II em gestantes brasileiras ainda são escassos e isolados, pois a maioria dos artigos estuda doadores de sangue, a infecção não tem notificação compulsória e o rastreamento não faz parte da rotina pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde. **OBJETIVO:** Objetivo descrever os sentimentos das mulheres grávidas ao serem diagnosticadas com HTLV dentro de uma Unidade de Referência Especializada Materno, Infantil em Belém-Pará. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo epidemiológico com enfoque quantitativo, a coleta de dados foi realizada depois que se obteve aprovação no comitê de ética da Universidade da Amazônia parecer nº 2.012.351, sendo realizada a coleta segundo o prontuário de mulheres acometidas com HTLV no período estabelecido janeiro de 2013 a dezembro de 2016. **RESULTADOS:** Verificou-se que a maioria significativa das mulheres declarou sentir medo de que a criança fosse contaminada pela doença (66,67%) e contar o diagnóstico a família (11,11%) seguido de culpa e arrependimento (11,11%). **CONCLUSÃO:** O sentimento de culpa e arrependimento permeou os pensamentos dessas mulheres, entretanto as literaturas afirmam que maior impacto da infecção pelo HTLV-I e II em mulheres ocorre no puerpério, em função da recomendação para a não prática do aleitamento materno.

**Palavra chave:** Virus 1 Linfotrófico T Humano, cuidado pré-natal, gravidez.

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte da pesquisa “A prevalência do HTLV em adolescentes Grávidas de uma Unidade de Referência em saúde Materno Infantil” na qual participo na coleta e análise dos dados. Para a organização Mundial de Saúde (OMS) o HTLV I e II foi um dos primeiros retrovírus humano descoberto nos anos 80, são agentes virais de tamanho médio (100 a 120 nm) que pertencem às espécies de vírus linfotrópico de células T de primatas I, e vírus de células linfotrópicas de células T de primatas II, do gênero deltaretrovirus, família retroviridae. Apresentam seu genoma de duas moléculas de RNA de cadeia simples, iguais com polaridade positiva.

O vírus HTLV I foi descoberto a partir do seu isolamento em 1980, onde foi obtido a partir de uma linhagem de células linfoblastoides de um paciente com linfoma cutâneo de células T no (EUA) Estados Unidos da América, e o HTLV II foi isolado em 1982 a partir de um paciente que possuía tricoleucemia (Leucemia de células pilosas). A partir de então foi definido seu tropismo pelas células T, CD4 e CD8, sendo o HTLV II menos patogênico que o primeiro (BRASIL, 2013).

Algumas evidências epidemiológicas apontam o HTLV I como agente de doenças associadas como: Leucemia\linfoma de células T do adulto conhecida como LLTA e ATL, paraparesia espástica tropical\mielopatia associada ao HTLV I, uveíte, ceratoconjuntivite seca, dermatite infectiva, alterações psiquiátricas e psicológicas e doenças reumatológicas. Já o HTLV II raramente é associado a doenças neurológicas, a transmissão do HTLV ocorre através de contato sexual, e por via vertical de mãe para o filho através do leite materno, por transfusão sanguínea e pelo compartilhamento de seringas e agulhas. A infecção desse vírus tem um período prolongado de latência podendo perdurar por anos ou a vida toda (FERREIRA *et al*, 2010).

Em estudos realizados no Rio de Janeiro, Salvador e Mato grosso do Sul, relatam que a transmissão via sexual aumenta de acordo com o avanço da idade, e a susceptibilidade ocorre mais entre as mulheres, por ser atribuído um grande número de exposição sexual com parceiros infectados durante sua vida, (GLÓRIA *et al*, 2015).

O HTLV tem distribuição mundial que varia de acordo com a área geográfica, estima-se que 15 a 20 milhões de pessoas estão infectadas em todo mundo. O HTLV I é endêmico no Sudeste do Japão, no Caribe, na África Subsaariana, no Oriente Médio, na América do Sul, Ilhas da Melanésia e na Papua Nova Guiné. O HTLV II é encontrado em alguns grupos nativos americanos. No Brasil foram iniciados estudos sobre o HTLV quando o Ministério da Saúde tornou obrigatória a triagem sorológica nos bancos de sangue, estima-se que 2,5 milhões de pessoas estejam infectadas no Brasil com prevalência nas regiões de: São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Salvador que apresenta a maior população de soropositivo em HTLV nos doadores de sangue (RIBEIRO, 2012).

A região amazônica tem alta prevalência em especial o Estado do Pará onde está em destaque como terceiro mais prevalente em números de casos entre os doadores de sangue no Brasil, estudo direcionado a comunidades e populações específicas tem registrado a prevalência de 1,8% para o HTLV I, entre imigrantes japoneses, há variação de 0 a 2,6% para HTLV I e de 0 a 1,06 para HTLV II em comunidades remanescentes quilombolas, na Ilha do Marajó o HTLV também foi encontrado em até 30% de comunidades indígenas amazônicas e em 29% das amostras soro reagentes de doadores paraenses (FERREIRA, *et al*, 2010).

Laurentino *et al* (2005) em seus estudos obtiveram amostras de 169 pacientes infectadas pelo HIV no município de Belém, onde seis amostras foram positivas para o HTLV (3,5%) quatro positivas para o HTLV II (66,7%) e duas para o HTLV I (33,3%) confirmam os resultados de outros estudos, em que a maior prevalência detectada foi para o HTLV II em relação a estudos feitos nas áreas urbanas do Brasil que prevalece o HTLV I.

O diagnóstico para a detecção do HTLV I e II é realizado a partir de testes sorológicos que detectam anticorpos específicos no sangue, é realizado através da triagem sanguínea utilizando o teste de ELISA, a técnica de Western blot ou a reação de cadeia de polimerase (PCR) (RIBEIRO, 2012).

## 2 METODOLOGIA

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo epidemiológico com enfoque quantitativo. No método quantitativo a linguagem utilizada e a descrição matemática, descrevendo as causas de um fenômeno e as relações entre

as variáveis. Tendo como objetivo estabelecer uma relação entre a teoria proposta e os dados observados no mundo real (TEIXEIRA, 2007).

No método descritivo, o pesquisador faz uma descrição sem interferências, sobre o objeto de pesquisa, procura descobrir a frequência como fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas e relações (BARROS, 2007).

## 2.2 SUJEITO DA PESQUISA

Foram analisados nesta pesquisa 22 prontuários de mulheres grávidas com diagnóstico de HTLV durante a gravidez, no período de janeiro de 2013 a dezembro 2016.

## 2.3 INSTRUMENTO DE COLETA

Foi utilizado como instrumento de coleta um formulário, seguindo um roteiro de coleta de informação segundo o prontuário, no período de janeiro de 2013 a dezembro 2016, na faixa etária de 10 a 39 anos que passaram pela triagem e realizaram pré-natal nesta unidade.

## 2.4 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Referência especializada Materno Infantil (UREMIA), subordinada à Secretaria Estado de Saúde Pública do Pará, no setor Pré-Natal, localizada na Av. Alcindo Cacela, nº 142, Bairro: Umarizal, Belém, PA. CEP: 66.040-020, Telefone:(91)3226-1931 Email: ure.mia@sespa.pa.gov.br. Atendendo um público diversificado como recém-nascidos, crianças, grávidas de alto risco e mulheres adultas e idosas, que encontram-se inseridas nos programas Saúde da Criança nos Programas como de Follow-up de Recém-nascidos (RN de RISCO), Estimulação Precoce (PEP), Programa de atendimento Integral às Crianças filhas de mães portadoras de HIV+/AIDS Pediatria DIP, Saúde do Adolescente como Programa de Saúde Integral do Adolescente (PROSAD), Saúde da Mulher com Programas de Assistência ao Planejamento Familiar (PLAFAM), Mastologia, Patologia Cervical, Assistência ao Climatério, Assistência ao Pré-Natal de Alto Risco além de atendimento especializados de apoio aos programas consultas de Alergia/Imunologia adulto e pediátrica, Dermatologia geral, endocrinologia geral e pediátrica, Genecologia (Adolescente, Climatério, Endócrina, Esterilidade, Gestante de Alto Risco, Patologia Cervical, Mastologia geral, Neuropediatria de reabilitação, Pediatria RN de Risco, Estimulação Precoce, Hebeatría (adolescente), DIP Pediatria (HIV/AIDS), Pneumologia adulto e pediatra.

## 2.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta um formulário, seguindo um roteiro de coleta de informação segundo o prontuário, no período de janeiro de 2013 a dezembro 2016, na faixa etária de 10 a 39 anos que passaram pela triagem e realizaram pré-natal nesta unidade.

A coleta ocorreu após a autorização do 1º Centro Regional de Saúde/SESPA, juntamente com a Unidade de referência especializada materno infantil (Uremia) e em seguida a aprovação do comitê de ética da Universidade da Amazônia (UNAMA) com parecer nº 2.012.351, que compete as exigências do termo de compromisso para utilização de dados de arquivos (prontuários) (TCUD), cumprindo os requisitos da resolução 466/12.

Na mensuração das frequências absolutas e relativas, a pesquisa quantitativa utilizada nesta pesquisa objetiva dar tratamento estatístico aos dados, com o propósito de identificar tendências, aderências e associações entre as variáveis em estudo (AYRES, 2015).

O tratamento estatístico busca identificar, por meio das frequências absolutas, se os dados convergem para algum diferencial em especial ou se há tendência ou não é o foco do presente trabalho, usando para tal, no primeiro momento a estatística descritiva dos dados com base em frequências absolutas e relativas, e em seguida a aplicação de testes estatísticos (BUSSAB, 2010).

Neste estudo utilizamos o teste G (amostras independentes) para tendência e associação. Trata-se de um teste de hipótese que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula ( $H_0$ ). É um teste estatístico para  $n$  amostras cujas proporções das diversas modalidades estão dispostas em tabelas de contingência  $l \times c$ , sendo os valores esperados deduzidos matematicamente, procurando-se determinar se

as proporções observadas nas diferentes categorias são independentes ou estão associadas (AYRES et al., 2015).

O Teste Exato de Fisher é um teste estatístico para duas amostras independentes cujas proporções estão dispostas em tabela de contingência 2 x 2, devendo ser escolhido quando os valores observados são pequenos, inclusive com proporções cujos escores são iguais a zero (0). Para ambos os testes, foi adotado um nível de significância de p-valor < 0.05, ou seja, se p-valor < 0.05 rejeita-se  $H_0$  (hipótese nula) (AYRES et al., 2015).

Desta forma, os dados coletados foram tabulados, interpretados, processados e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para a análise dos dados foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema Microsoft Excel, Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0, todos em ambiente Windows 7.

### 3.RESULTADOS

Verifica-se na tabela 16 que a maioria significativa das adolescentes declarou sentir medo de que a criança fosse contaminada pela doença (6; 66,67%), está se mostrou ser uma tendência significativa ( $p < 0.05$ ) entre as adolescentes.

Tabela 16: Distribuição de mulheres acometidas por HTLV no período de 2013 a 2016, atendidas no pré-natal na Unidade de Referência especializada Materno Infantil – UREMIA, segundo o sentimento das mesmas ao ser diagnosticada com a doença.

Sentimento da Adolescente	n	%	P-Valor
Medo de contaminar a criança e de contar ao companheiro	1	11,11	<0.0001**
Problemas com uso dos remédios e cólicas	1	11,11	
Sentimento de arrependimento e culpa	1	11,11	
Medo de contaminar a criança	6	66,67	

Fonte: Dados resultantes da pesquisa (2017)

(<sup>1</sup>) Teste G para tendência (p-valor < 0.05).

\*\* Valores Altamente significativos; \*Valores Significativos; NS Valores Não Significativos.

$H_0$ : Não existe diferença significativa entre as frequências ( $p < 0.05$ ).

Figura 15: Distribuição de mulheres acometidas por HTLV no período de 2013 a 2016, atendidas no pré-natal na Unidade de Referência especializada Materno Infantil – UREMIA, segundo o sentimento das mesmas ao ser diagnosticada com a doença.



#### 4.DISSCUSSÃO

Barmpas *et al* 2010, em sua pesquisa afirmar os sentimentos das mulheres quanto amamentação, neste sentido, torna-se fundamental compreender que a mulher, ao ser impedida de amamentar, poderá passar por problemas emocionais, sociais e até mesmo financeiros, devido ao alto custo da alimentação artificial concordando com este estudo que reafirma sentimento preocupação e medo quanto amamentação.

As políticas de testagem para HTLV I e II na rotina do pré-natal no estado do Pará ocorre através do programa gestar, devido à necessidade de se conhecer melhor a prevalência dessa infecção em nosso estado e com isso traçando assim políticas de saúde que possam prevenir a transmissão vertical.

No Brasil, a prevalência do HTLV I e II tem uma tendência a aumentar em populações de alto risco (Laurentino *et al* 2005). Ainda segundo Vilhena *et al* 2010, a alta prevalência na região Amazônia, especialmente no estado do Pará, que se destaca como terceiro maior em número de casos entre doadores de sangue do Brasil. Já na população pesquisada neste estudo a amostra é constituída de 22 mulheres. Verifica-se que a maior frequência de mulheres acometidas por HTLV no período de 2013 a 2016, atendidas no pré-natal na UREMIA possui idade entre 15 e 19 anos (8; 36,36%). A idade média destas mulheres é 25 anos. O grupo possui idade mínima de 10 anos e máxima de 39 anos.

#### 5.CONCLUSÃO

As políticas de testagem para HTLV I e II na rotina do pré-natal no estado do Pará ocorre através do programa gestar, devido à necessidade de se conhecer melhor a prevalência dessa infecção em nosso estado e com isso traçando assim políticas de saúde que possam prevenir a transmissão vertical, logo a sorologia positiva sendo definida através do pré-natal precocemente onde a maior preocupação e evitar a transmissão vertical, a amostra revelou que as mulheres grávidas apresentam perfil epidemiológico compatível ao comportamento de exposição e possibilidade de transmissão do vertical do HTLV.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Ayres, Manuel. BioEstat 5.4: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Sociedade Civil Mamirauá, 2015. Acessado em 20/09/2016.
- [2] Barmak, K.; Harhaj, E.; Grant, C.; Alefantis, T.; Wigdahl, B. Human T cell leukemia virus type I-induced disease: pathways to cancer and neurodegeneration.
- [3] Barmpas, Danielle B.S.; Monteiro, Denise L.M.; Taquette, Stella R.; TRAJANO, Alexandre J.B.; Miranda, Fátima R.D; Rodrigues, Nadia C.P. Infecção pelo HTLV-1/2 em gestantes brasileiras. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 2014. Disponível em [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=499# citar](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=499# citar). Acessado em 01/01/2017.
- [4] Barros, Aidil Jesus da Silveira; Lehfeld, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos da Metodologia Científica. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.
- [5] Bussab, Wilton de O.; Morettin, Pedro A. Estatística básica. Saraiva, 2010.
- [6] Campos Karoline Rodrigues, Gonçalves Maria Gisele, Fukasawa Lucila Okuyama, Costa Nadia Aparecida, Barreto-Damião Carlos Henrique, Magri Mariana Cavalheiro Alencar Wong kuen, Caterino-De-Araujo Adele. Comparação de testes laboratoriais para o diagnóstico de infecção por vírus linfotrópicos de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1) e tipo 2 (HTLV-2) em pacientes infectados por HIV-1. Rev Inst Adolfo Lutz. São Paulo, 2015. Disponível em [http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3820/1/Dissertacao\\_TransmissaoIntrafamiliarHTLV.pdf](http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/3820/1/Dissertacao_TransmissaoIntrafamiliarHTLV.pdf) Acessado em: 21.10.2016.
- [7] Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2015 / 2017 NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.
- [8] Fabbro, Márcia Maria Ferrairo Janini Dal; Cunha, Rivaldo Venâncio da; Bóia, Márcio Neves; Portela, Patrícia; Botelho, Carlos Augusto; Freitas, Gisele Maria Brandão de; Soares, Joana; FERRI, Juliana; LUPION, Juliana. Infecção pelo HTLV 1/2: atuação no pré-natal como estratégia de controle da doença no Estado de Mato Grosso do Sul. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2008. Disponível em. <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n2/a03v41n2> Acessado em 15.10.2016.

- [9] Ferreira, Louise de Souza Canto; Costa, Jaqueline Helen Godinho; Costa, Carlos Araújo; Melo, Marly de Fátima Carvalho de; Andrade, Marizete Lopes; MARTINS, Luísa Carício; Ishikawa, Edna Aoba Yassu; SOUSA, Maísa Silva de; Soroprevalência do vírus linfotrópico de células T humanas em comunidades ribeirinhas da região nordeste do Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2010; 1(3):103-108. Disponível em. [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232010000300014](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000300014) Acessado em 18.10.2016.
- [10] Gallo, R. C. The Discovery of the first human retrovirus HTLV-1 and HTLV-2. *Retrovirology*, London, v.2, n.17,2005. Disponível em. <https://retrovirology.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4690-2-17> Acessado em 27.10.2016.
- [11] Glória, Luzielma Macêdo; Damasceno, Suzielle de Arruda, Rodrigues, Luana Rêgo; Santos, Mayara do socorro Brito dos; Medeiros, Rita; DIAS, George Alberto da Silva; Pinto, Denise da Silva. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes infectados pelo HTLV-1 em Belém/Pará. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2015. Disponível em. <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-157.pdf> Acessado em 21.10.2016.
- [12] Laurentino, R.V, Lopes, L.G., Azevedo, V.N., Machado, L.F., Moreira, M.R., Lobato, L., Ishak, M.O., Ishak, R., Vallinoto, A.C., Molecular characterization of human T-cell lymphotropic virus type 1 infected patients in the Amazon region of Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 2005. Disponível em. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0074-02762005000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0074-02762005000400006&script=sci_arttext) Acessado em 02.10.2016.
- [13] Lima, Mayane Soares, SOUSA Patrícia da Silva, Soares, Rosiane Rodrigues, Ribeiro, Ivonizete Pires. Conhecimento dos enfermeiros sobre o vírus linfotrópico de células t humanas R. *Interd.* v. 8, n. 2, 2015. Disponível em <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/506> Acessado 22.09.2016.
- [14] Loureiro, Paula. Infecção pelo HTLV-1: Diagnóstico e determinação da carga proviral em indivíduos assintomáticos e com enfermidades associadas em serviço de referência no Nordeste. 2008.174 f. Tese (Curso de Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em. <http://docplayer.com.br/9272883-Fundacao-oswaldo-cruz-doutorado-em-saude-publica-paula-loureiro.html> Acessado em 15.08.2016.
- [15] Martins, M. L.; Stancioli, E. F.B. Patogênese da infecção pelo HTLV. In: Proietti, A.B.F.C. (Org.). *Cadernos Hemominas - HTLV*. 4ed. atualizada e aumentada. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais, 2006. Disponível em. <http://www.cehmob.org.br/wp-content/uploads/2014/08/htlv.pdf> Acessado em 24.08.2016.
- [16] Paranhos, Rayssa Fagundes Batista; Paiva, Mirian Santos; Carvalho, Evanilda Souza de Santana; Vivência sexual e afetiva de mulheres com incontinência urinária secundária ao HTLV. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):47-52. Disponível em. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/1982-0194-ape-29-01-0047.pdf> Acessado em 20.09.2016.
- [17] Ribeiro, Elisiane da Motta. Sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de cuidado ao paciente portador de htlv na unidade saúde da família. Associação cultural pós-graduação *latu sensu* em enfermagem em saúde pública; Salvador Bahia, 2012. Disponível em <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/ESP/ESP07/RIBEIRO-elisiane.PDF>. Acessado em 20/09/2016.
- [18] Rivemales, Maria da Conceição Costa. Vivência da sexualidade: representações das pessoas soropositivas para o HTLV. 2013. 205f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013. Disponível em. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/12135> Acessado em 25.09.2016
- [19] Romanelli, Luiz Cláudio Ferreira; Caramelli, Paulo; Proietti, Anna Bárbara de Freitas Carneiro. O vírus linfotrópico de células t humanos tipo 1 (htlv-1): quando suspeitar da infecção? *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3): 340-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302010000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300021) Acessado em 14.10.2016.
- [20] Sequeira, Carina Guilhon et al. Descriptive study of HTLV infection in a population of pregnant women from the state of Pará, Northern Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 45, n. 4, p. 453-456, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000400007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000400007&script=sci_arttext). Acessado em 30/05/2017.
- [21] Silva, Camila Moreira Serra e; Souza, Verônica Guimarães de Pires, Claudyene; Martins, Chistiane de Sousa; Gomes, Sâmea Christina Santos; Machel, Elba Gomide. Prevalência de sorologia positiva para o htlv-1 e htlv-2 em gestantes atendidas em três serviços públicos de pré-natal, São Luís, jul/08 a jul/09. *Cad. Pesq. São Luís*, v. 16, n. 3, ago. / dez. 2009. Disponível em <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/118>. Acessado em 20/09/2016.
- [22] Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G. Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 8. e 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2v.

[23] Souza, Veronica Guimarães; Martins, Maria Lobato; Proietti, Anna Bárbara de Freitas Carneiro; Januário, José Nélio; Ladeira, Roberto Vagner Publica; Silva, Camila Moreira Serra; Pires, Claudyene; Gomes, Samea Cristina; MARTINS, Chistiane de Souza. High prevalence of HTLV-1 and 2 viruses in pregnant women in São Luis, State of Maranhão, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2012. Disponível em <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdespesquisa/article/view/118>.

[24] Teixeira, Anísio Spinola. *Educação não é privilégio*. 7ed. Rio de Janeiro: editora UFRJ.

[25] Vilhena, Regiane Siqueira de. *Epidemiologia molecular dos Vírus linfotrópico de células T humanas 1 e 2 (HTLV-1 e HTLV-2) e do Herpesvírus humano 8 (HHV-8) co-infectando portadores do Vírus da imunodeficiência humana 1 (HIV-1)*. 2010. 203 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Biológicas, Belém, 2010. Programa de Pós-Graduação em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários. Disponível em <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/4842>, Acessado em 30/05/2017.

# Capítulo 5

## *A enfermagem e o tratamento da mulher com Sífilis: narrativas de vida*

*Valéria Silva de Mello*

*Rosângela da Silva Santos*

**Resumo:** A sífilis é um problema de saúde pública que desafia não só o Brasil, mas a comunidade internacional. Infecção sexualmente transmissível através do agente etiológico *treponema pallidum*, possui tratamento que possibilita sua cura e é reconhecido pelo Ministério da Saúde. A sífilis continua a registrar alto índice de novos casos fugindo ao controle dos programas que visam a sua erradicação. A transmissão vertical da sífilis representa um grande agravo a mulher e ao conceito pelas possíveis sequelas que pode acarretar. As inquietações das pesquisadoras quanto à temática originaram uma pesquisa que teve como objeto de estudo: a experiência vivenciada da mulher em relação ao tratamento da sífilis. Os objetivos foram: Identificar, descrever e discutir os fatores que facilitam ou dificultam a realização do tratamento da sífilis. Trata de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa que utilizou o método narrativa de vida. O cenário de estudo foi os setores de Alojamento Conjunto de um Hospital Municipal no Rio de Janeiro, onde foram entrevistadas 18 puérperas que acompanhavam seus recém-nascidos em tratamento da sífilis congênita. A análise parcial das narrativas apontou dificuldades no tratamento que contribuem para situação de vulnerabilidade individual, social e programática.

**Palavras-chave:** Sífilis; Sífilis Congênita; Gravidez; Terapêutica; Prevenção Primária.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, curável e evitável. Seu tratamento é eficaz, de baixo custo e mesmo assim apresenta alta incidência. Doença descoberta na Europa no fim do século XV permanece um grande desafio para as autoridades de saúde pública que ainda não encontraram a solução para o controle da doença e o caminho da sua erradicação (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

Quando a sífilis ocorre na gestação se torna um agravante pela possibilidade da transmissão vertical, passando o treponema por via transplacentária para o feto ocasionando abortamento ou nascimento de uma criança com sífilis congênita. As taxas de morbidade e mortalidade infantil por sífilis congênita chegam a 40% entre abortamentos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016).

A forma congênita da sífilis acarreta vários danos precoces e tardios ao organismo da criança comprometendo o seu desenvolvimento podendo atingir os ossos, o baço, o fígado e o sistema nervoso central levando a forma grave da doença como a neurosífilis (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

A sífilis se torna um indicador de qualidade na gestação, pois o seu diagnóstico constata a eficácia do pré-natal nesta captação. Por outro lado, a sífilis congênita revela a assistência prestada inadequada e a dificuldade no combate à transmissão vertical da sífilis pelo sistema de saúde (BECKER, 2011).

A sífilis congênita se tornou doença de notificação compulsória no Brasil em 1986, através da Portaria nº 542 de 22 de dezembro. Esta ação faz parte do processo de eliminação assinado em acordos internacionais pelo Ministério da Saúde com a finalidade de melhorar a detecção da doença (ALBUQUERQUE, 2014).

Em 2005, integrou o Sistema Nacional de Vigilância. Em 2011 a Rede Cegonha instituída em nível nacional, e o programa Cegonha Carioca no Rio de Janeiro disponibilizou testes rápidos de sífilis e HIV que em muito contribuiu para a detecção precoce da sífilis na gestação. A notificação da sífilis adquirida se torna obrigatória em 2014, com a Portaria nº 1.271 (BRASIL, 2014).

A forma congênita da sífilis em muito tem preocupado as autoridades de saúde não só no Brasil, mas internacionalmente pela sua crescente incidência. Em todas as regiões do Brasil, em 2013, foi observado um aumento do índice de sífilis na gestação. A meta de eliminação da sífilis congênita nas Américas lançada pela Organização Pan-americana de saúde (OPAS) era de 0,5 casos/1000 nascidos vivos até 2015. No entanto a taxa de incidência de sífilis congênita subiu de 1,7 para 4,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos nos últimos dez anos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

No Brasil, nos últimos seis anos, a taxa de incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção de sífilis em gestantes subiram cerca de três vezes: de 2,4 para 6,8 casos para cada 1.000 nascidos vivos, e de 3,5 para 12,4 casos para cada 1.000 nascidos vivos respectivamente. As regiões Sul e Sudeste superaram a taxa nacional de detecção de sífilis em gestantes em 2016, com taxa de 16,3 e 14,7 casos para cada 1.000 nascidos vivos respectivamente. Em relação às Unidades Federativas (UF's), nove delas obtiveram taxa de detecção acima da taxa nacional: Mato grosso do Sul, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Acre e Amazonas. Entre as capitais, as maiores taxas de detecção de sífilis na gestação são o Rio de Janeiro, Vitória e Rio Branco (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017).

O Rio de Janeiro foi o estado da federação brasileira que apresentou a segunda maior taxa de detecção de sífilis na gestação (10,8 ocorrências da doença a cada 1.000 nascidos vivos) em 2011. No ano seguinte o Rio de Janeiro apresentou a maior incidência sífilis congênita do país com 12,7 casos por 1.000 nascidos vivos (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS 2014, 2014).

A situação atual da sífilis congênita no Estado do Rio de Janeiro segundo o boletim informativo de 2016 é a seguinte: taxa de incidência elevada; formas graves da doença; problemas no manejo da gestante com sífilis; falhas na notificação dos casos e parceiro não tratado (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2016).

A inquietação das pesquisadoras diante deste contexto motivou a realização de uma pesquisa com mulheres que tiveram sífilis durante a gestação e transmitiram a infecção para o feto tendo como objeto: a experiência vivenciada da mulher em relação ao tratamento da sífilis. Os objetivos foram: Identificar, descrever e discutir os fatores que facilitam ou dificultam a realização do tratamento da sífilis.

## 2. REVISÃO LITERÁRIA

Causada por uma bactéria espiroqueta, o treponema *pallidum*, penetra através da mucosa após fricções resultantes do ato sexual formando uma ferida chamada cancro duro, que cicatriza por si mesma em

alguns dias. O treponema se dissemina por via hematogênica acometendo diversos órgãos. A sífilis quando não tratada pode levar o indivíduo a morte. Outras formas de contaminação da sífilis ocorrem por via indireta, através de objetos contaminados, tatuagem e por transfusão sanguínea (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

A Sífilis na gestação A sífilis adquirida na gestação representa grande perigo ao feto, pois a transmissão da doença por via placentária pode ocorrer em qualquer fase da gestação chegando a uma probabilidade de 100% de transmissão vertical conforme a gravidade da doença da mãe. Porém é comprovadamente tratável com a administração de penicilina G benzatina, medicação capaz de passar a barreira placentária (BRASIL, 2007; BRASIL, BRASIL, 2010).

A sífilis na gestação pode causar a morte intrauterina, resultando mais de 50% dos casos sob a forma de aborto, natimorto e óbito neonatal. A infecção na gestação é importante causa de alterações congênitas e pode apresentar várias formas de complicações precoces e tardias nos recém-nascidos (AVELLEIRA; BOTTINI, 2006).

Como medida preventiva da sífilis congênita é preconizado pelo Ministério da Saúde que a gestante realize durante o pré-natal duas testagens para sífilis: uma no início do pré-natal e outra próxima da trigésima semana de gestação. Também é recomendado a testagem para sífilis em todo e qualquer momento de internação da gestante, seja para parto, curetagem uterina pós-abortamento e outras indicações de internação (BRASIL, 2012; BRASIL, 2018).

A Sífilis Congênita apresenta dois estágios: precoce, até o segundo ano de vida e tardio, após o segundo ano de vida. Na fase precoce as manifestações clínicas da sífilis congênita podem ser discretas ou pouco expressivas, já na fase tardia o acometimento de vários órgãos pode trazer sequelas importantes e prejudiciais ao desenvolvimento da criança (BRASIL, 2006).

O bebê que nasce com sífilis congênita pode apresentar pneumonia, miocardite, lesões cutâneas, cegueira, periostite, osteocondrite, surdez, rinite persistente, deficiência mental e problemas neurológicos e pode também ser assintomáticos, não apresentando nenhuma deformidade aparente. (SONDA et al., 2013).

Por isso é imprescindível a triagem sorológica da mãe e do bebê na maternidade, como também a investigação da história pregressa da mãe para a realização do diagnóstico e tratamento o mais precoce possível. O diagnóstico será estabelecido através da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018).

O tratamento da sífilis congênita é realizado com penicilina de 10 a 14 dias por via parenteral. Ele é definido e planejado após a identificação de sífilis na mãe; a comprovação de que o tratamento da mãe foi adequado na gestação; a busca de evidências clínicas no neonato; a checagem dos resultados de exames laboratoriais, comparando a sorologia não-treponêmico materna com a do neonato e a avaliação de exames complementares radiológicos, ultrassonográficos e do líquido cefalorraquidiano no neonato (SONDA et al., 2013).

### 3.METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, em que se utilizou o método narrativa de vida. Este método permite que a pessoa relate fatos, situações que vivenciou sobre determinado assunto, refletindo sobre eles enquanto conta. Além disso, o método permite identificar, através das recorrências de unidades temáticas contidas nas narrativas, as problemáticas de um determinado grupo social sobre um tema específico que se quer pesquisar (BERTAUX, 2010).

O cenário foi uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, as participantes foram 18 puérperas que permaneciam no alojamento conjunto da maternidade após o parto para acompanhar o tratamento de seus recém-nascidos com sífilis congênita. Foi realizada entrevista aberta com uma única pergunta, a saber: Conte sobre a sua vida que tenha a ver com a sífilis em você e no seu bebê. Foram respeitadas as normas de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor na época da submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de ética da prefeitura do Rio de Janeiro, que teve aprovação com o nº de parecer 1.537.723 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Os resultados foram organizados conforme a análise temática de Daniel Bertaux. A análise das 18 narrativas evidenciou dificuldades expressivas que as gestantes enfrentaram durante o pré-natal, o parto e o puerpério em relação ao tratamento da sífilis e da sífilis congênita. Estes resultados serão discutidos

neste artigo confrontando os protocolos de tratamento para sífilis e sífilis congênita, estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

As dificuldades vivenciadas pelas participantes no pré-natal geraram o tratamento inadequado ou incompleto da sífilis na gestação, que por sua vez culminou com o resultado do nascimento de seus filhos com sífilis congênita. O quadro a seguir contém informações pertinentes ao diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação das participantes deste estudo até o nascimento de seus filhos com sífilis congênita. As informações consistem em: realização e início do pré-natal; titulação do VDRL da mulher no início e final gestação e no puerpério; número de tratamentos realizados pela mulher e mês de início do mesmo; doses de benzetacil administradas; uso de preservativo durante o tratamento; realização de tratamento do parceiro e titulação ao nascer do VDRL do recém-nascido.

Quadro 1 – Tratamento das mulheres entrevistadas e titulações de VDRL

Narrativas	Fez pré-natal		Titulação VDRL da Mulher			Tratamento 1 no pré-natal		Doses de Benzetacil			Uso de preservativo		Tratamento 2 no pré-natal		Tratamento no puerpério		Tratamento do parceiro		Sífilis Congênita
	Sim	Não	1ª Consulta pré-natal	Última Consulta pré-natal	Puerpério	Sim	Não	1ª	2ª	3ª	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	VDRL do RN
NV1	2º mês		1:68	1:2	1:1	5º mês		x	x	x	x			x	x		VO		1:2
NV2	1º mês		1:8	Exame em branco	1:8	2º mês		x	x	x		x	9º mês		x		x		1:2
NV3	2º mês		1:2	1:2	1:2		x					x		x	x			x	1:2
NV4	2º mês		1:64	1:32	1:32	3º mês		x	x	x		x	9º mês		x		x		1:2
NV5	2º mês		1:4	1:4	1:4	6º mês		x	x	x		x		x	x		x		1:2
NV6	5º mês		1:32	1:16	1:4	6º mês		x				x	9º mês		x			x	1:4
NV7	3º mês		1:32	X	1:4	4º mês		x	x	x		x		x	x			x	1:2
NV8	2º mês		1:2	1:2	1:2	3º mês		x	VO	VO		x		x	x			x	Negativo
NV9	2º mês		1:16	1:4	1:2	3º mês		x	x	x		x	9º mês		x			x	1:2
NV10	4º mês		1:2	1:4	1:2	5º mês		x	x	x		x	8º mês		x		x		1:2
NV11	5º mês		1:16	1:8	1:8	6º mês		x	x	x		x		x	x		x		1:2
NV12	3º mês		1:8	1:2	1:2	5º mês		x	x	x		x		x	x			x	1:2
NV13	2º mês		1:8	1:4	1:8	3º mês		x	x	x		x		x	x		x		1:2
NV14		x			1:32		x					x		x	x			x	1:8
NV15	4º mês		1:16	Exames perdidos	1:8	7º mês		x	x	x		x	9º mês		x			x	1:4
NV16	2º mês		negativo	1:32	1:16	8º mês		x	x	x		x	9º mês		x		x		1:8
NV17	2º mês		1:64	1:20	1:16	3º mês		x	x	x		x	8º mês		x		x		1:8
NV18	5º mês		1:64	Não fez exame	1:32	6º mês		x	x	x		x		x	x			x	1:16

Legenda: RN = recém-nascido; VO = via oral; VDRL= Venereal Disease Research Laboratory  
Fonte: prontuário e cartão de gestante das púrpelas entrevistadas e prontuário dos RN's

O quadro mostra que todas as participantes, com exceção de NV14, realizaram o pré-natal, tiveram diagnóstico de sífilis no período gestacional, realizaram um ou dois tratamentos neste mesmo período e chegaram com resultado de VDRL positivo na hora do parto. NV3 teve o resultado do VDRL interpretado equivocadamente como cicatriz sorológica da sífilis e não recebeu tratamento. O resultado de VDRL do RN de NV8 foi o único negativo, porém o tratamento da sífilis no período gestacional foi inadequado, através de medicação via oral o que conferiu ao RN critério de tratamento para sífilis congênita conforme protocolo do Ministério da Saúde. Apenas nove parceiros realizaram tratamento para sífilis.

As dificuldades apresentadas nas narrativas foram classificadas como dificuldades de caráter individual, social e institucional para a melhor discussão dos resultados. Esta classificação é visualizada no quadro abaixo que foi elaborado a partir das principais dificuldades que as participantes enfrentaram nestes três níveis e confrontando a sua recorrência nas narrativas.

Quadro 2 – Dificuldades no percurso do tratamento das mulheres entrevistadas

DIFICULDADES	INDIVIDUAL																	
	NARRATIVAS DE VIDA																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Iniciou o pré-natal tardiamente						X				X	X				X			X
Não fez pré-natal, não fez tratamento														X				
Falta de informação e orientação durante o tratamento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DIFICULDADES	SOCIAL																	
	NARRATIVAS DE VIDA																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Parceiro teve exame positivo e não quis tratar						X			X								X	
Parceiro não fez exame e nem tratamento			X											X				X
Dificuldades econômicas para pagar transporte de outro município para o RJ para receber a benzetacil						X												
Dificuldades econômicas para pagar o exame particular do parceiro						X												

DIFICULDADES	INSTITUCIONAL																	
	NARRATIVAS DE VIDA																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Falta de benzetacil	X					X									X			
Demora ou negação do pedido de autorização da benzetacil	X														X			
Prescrição de tratamento via oral para a gestante que apresentou alergia a benzetacil								X										
Tratamento tardio no pré-natal	X				X	X	X			X	X	X			X	X		X
Segundo tratamento no pré-natal		X		X		X			X	X					X	X	X	
Tratamento não realizado porque a médica interpretou resultado de VDRL+ como cicatriz			X															
Profissional não tratou por querer exame comprobatório da sífilis mesmo com VDRL +				X														
Obstetra dormia nas consultas				X														
Falta de continuidade das condutas dos profissionais nas consultas do pré-natal		X	X			X												X
Falta de vínculo com o profissional no pré-natal e puerpério	X	X			X		X								X	X	X	X
Contradição entre os profissionais do pré-natal e puerpério			X									X						
Pediatras e enfermeiros não informam e orientam sobre a sífilis congênita			X								X	X	X	X	X	X	X	X
Problemas na Clínica da Família: atendimento precário, fechamento da unidade, não havia kit para exame	X				X	X								X				X
Hospital de outro município não aceita receita de benzetacil do RJ						X												
Profissional esqueceu-se de solicitar exame pós-tratamento							X											
Abordagem preconceituosa do profissional de saúde	X	X	X	X										X				
Profissional não tratou o parceiro porque o exame estava negativo								X										
Profissionais não perceberam irregularidade dos exames		X																
Profissionais não deram informação e orientação suficiente sobre o tratamento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Legenda: VDRL = Venereal Disease Research Laboratory  
 Fonte: Narrativas de vida

As lacunas encontradas neste estudo em relação ao tratamento da sífilis na gestação exemplificam situações de vulnerabilidade no âmbito individual, social e programático em que a mulher se encontra. A falha na condução do tratamento da sífilis na gestação traz dois agravantes: a reincidência da doença e o aumento dos índices de sífilis congênita (DUARTE, 2012).

A vulnerabilidade consiste em um conjunto de situações coletivas que expõem à doença ou diminuem proteção a não a adquirir. A vulnerabilidade difere do conceito de risco e considera que o adoecimento ocorre como resultado de um conjunto de condições sociopolítico-cultural-econômico que a expõem a população à doença e não simplesmente por um comportamento individual que leva ao risco (VAL; NICHATA, 2014).

Cada localidade, estado e região apresenta uma complexidade de condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis que coloca o indivíduo em situação vulnerável as IST. A eliminação da sífilis e da sífilis congênita está vinculada a esta realidade (PINTO, 2014).

Três parâmetros podem ajudar na discussão destas dificuldades: O tratamento da sífilis na gestação foi prescrito por profissionais de saúde; existem protocolos de tratamento da sífilis definidos e reconhecidos pelo Ministério da Saúde a serem seguidos; a falta de continuidade, divergência de condutas e falta de vínculo são evidentes nas narrativas.

## 5. DIFICULDADES DE CARÁTER INDIVIDUAL

A primeira dificuldade na prevenção da sífilis congênita se dá quando a mulher não faz o pré-natal ou o inicia tardiamente. Algumas mulheres não alcançaram o valor da realização do pré-natal como podemos ver no relato de NV14:

O meu primeiro filho, já ficava todo mundo falando que eu tinha que fazer pré-natal, mas eu tava bem, não tava passando mal e não fiz... Aí dessa gravidez... ficaram me enchendo o saco pra eu fazer, eu fui marcar aí não tava marcando, outro dia tinha que esperar, eu acabei não fazendo de novo... (NV14).

Na temática da sífilis o pré-natal representa importante período de oferta de diagnóstico e tratamento adequado. A oportunidade de curar a gestante e evitar a transmissão vertical é de suma importância. A prevenção da sífilis congênita terá maior êxito quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento da sífilis forem realizados no pré-natal (BRASIL 2014).

Percebemos no relato de NV16 a descoberta tardia da sífilis na gravidez o que torna inviável o impedimento da transmissão vertical:

Eu descobri que tinha sífilis na gravidez, mas já no final de oito pra nove meses. Lá na clínica da família, eu fiz pré-natal lá (NV16).

O pré-natal, segundo o caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco do ministério da saúde de 2012, preconiza que seja realizado no mínimo duas testagens para sífilis durante a gestação, uma no início do pré-natal e outra próxima da trigésima semana de gestação. Recomenda ainda a testagem para sífilis em toda e qualquer situação de internação da gestante: parto, curetagem uterina pós abortamento, infecções ou qualquer outro motivo de internação (BRASIL, 2012).

Neste estudo, 17 das 18 participantes fizeram o pré-natal. Todas no estado do Rio de Janeiro em diferentes instituições. Em relação ao início do pré-natal, doze delas iniciaram o no primeiro trimestre de gravidez e cinco delas no segundo trimestre de gravidez. Todas tiveram exame pedido para sorologia da sífilis na primeira consulta do pré-natal. Isto comprova que o diagnóstico da sífilis vem sendo realizado no estado do Rio de Janeiro.

Isto, por certo, teve a colaboração da Rede Cegonha, implantada em âmbito federal e do programa Cegonha Carioca implantado no Rio de Janeiro em 28 de março de 2011. Um dos objetivos do programa consiste em aumentar a oferta do número de exames não treponêmicos para detecção da sífilis na gravidez (BRASIL, 2014).

Outra dificuldade expressiva no relato das participantes é a falta de informação e orientação quanto à doença e o tratamento da sífilis e da sífilis congênita. Comparando as narrativas constata-se a mulher mais jovem (16 a 22 anos) é a que menos tem conhecimento de que a sífilis é sexualmente transmissível, enquanto que a mulher adulta (25 a 28 anos) demonstra saber apenas que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível:

Eu só sei que é uma doença sexualmente transmissível [...] (NV13).

Eu nunca tinha ouvido falar disso, eu nem sabia o que era isso, não sabia que pegava pelo sexo. Foi uma surpresa pra mim (NV16).

É relevante encontrar no século XXI pessoas que desconheçam que a sífilis, descoberta no Século XV, seja sexualmente transmissível. Isto faz refletir sobre a educação em saúde sexual e reprodutiva e o quanto se está aquém de atingir a população jovem sobre estas questões nos vários ambientes onde poderia ser desenvolvida.

A OMS vincula a saúde sexual como parte integrante da saúde reprodutiva. A saúde sexual é essencial a qualidade de vida e o ministério da saúde orienta que se deve garantir uma política de atendimento à população onde haja orientação sexual com igualdade racial, étnica, de gênero e de geração (BRASIL, 2013).

As participantes deste estudo, com exceção de uma que se declarou analfabeta, chegaram ao ensino fundamental e metade atingiu o ensino médio. Isso traz a reflexão de que há falha no programa de educação sexual entre os jovens nas escolas.

O alto índice de sífilis e sífilis congênita reflete a deficiência no sistema educacional de saúde, o quanto se está aquém em transmitir informações e orientações pertinentes à população com a finalidade de adotar métodos de prevenção à doença (RODRIGUES et al., 2016).

A sexualidade abrange vários aspectos psíquicos, sociais, culturais e históricos além do biológico, e estes, devem ser discutidos o mais precocemente possível, no intuito de que as pessoas adquiram uma prática sexual segura e sem risco de exposição às doenças (BRASIL, 2013).

Se a falta de informação antes da gravidez é deficiente e não leva à prevenção da doença, a falta de informação na gravidez após o diagnóstico e tratamento da sífilis não previne a sífilis congênita. O empoderamento da mulher pelo processo de tratamento é fator primordial para a eficácia do mesmo e obtenção de bons resultados. Vejamos alguns relatos que exemplificam este teor:

E aí o que que aconteceu agora no final da gravidez é que a enfermeira foi ver isso. Poxa, era pra você ver a titulação todo o mês. Aí eu falei, o médico são vocês, se não saiu, se vocês não sabem, se vocês não falam, como é que eu vou saber? Como é que eu vou adivinhar que eu tenho que fazer o exame todo mês? (NV2).

... o médico não explica nada, todo mundo passa correndo, diz o que tem que fazer e pronto. Pega e faz, mas não explica não da atenção pra gente, e é um baque muito grande, o mundo cai na cabeça da gente (NV15).

A informação correta e a orientação quanto à doença, o tratamento correto, a possibilidade de reinfecção e o perigo da transmissão vertical não ficam evidenciados como parte integrante do tratamento. A maioria dos profissionais age de maneira prescritiva e intervencionista dando pouca ou nenhuma importância à questão educativa durante o tratamento. Isso coloca a mulher numa posição de vulnerabilidade para adquirir novamente a doença e não contribuir para a prevenção da sífilis congênita.

A falta de entendimento sobre a doença e o tratamento pode acarretar num processo de reinfecção contínua. Uma das participantes teve três gestações, as três com VDRL positivo, realizou tratamento nas três gestações e está tratando o terceiro filho nascido com sífilis congênita. O relato dela evidencia a falta de entendimento da transmissão da doença, a inadequação do tratamento e a reinfecção da doença:

Eu fiz o tratamento durante a minha primeira gravidez e... E como eu já tinha feito o tratamento eu pensei que já tinha curado, não tinha mais isso. E aí tipo assim eu to sempre fazendo o tratamento, mas não está adiantando. E aí é sempre assim, sempre dá à sífilis e tem que tratar, nunca da negativo (NV12).

A atuação das enfermeiras no pré-natal é valiosa na prevenção da sífilis congênita. A forma de abordagem no aconselhamento pós-diagnóstico individual e/ou em grupo é ponto primordial onde a enfermeira deve encontrar a maneira de envolver a mulher e o parceiro no processo do tratamento. O entendimento de que o tratamento inadequado e incompleto pode acarretar na possibilidade da sífilis congênita é o ponto principal a ser trabalhado com o casal. A sensibilização da gestante e de seu parceiro sobre a questão é o que garantirá o êxito do tratamento.

A “abordagem centrada na pessoa”, em contraposição a “abordagem centrada na doença” é tema de orientação e debate trazido pelo Ministério da Saúde no caderno de atenção básica ao pré-natal. Esta abordagem implica em levar em consideração a história, sentimentos, ambiente em que a gestante está inserida na busca de encontrar uma rede de apoio social e emocional desde o início do tratamento. Para isto faz-se necessário a escuta do discurso da gestante sobre si, sua família e seu ambiente, mas do uma abordagem repleta de perguntas rápidas e fechadas (BRASIL, 2012).

Saber ouvir exige habilidade do profissional de saúde. A sensibilidade das enfermeiras para esta prática tende a ser muito grande. É preciso investir no treinamento desta abordagem no pré-natal, principalmente no que se refere ao aconselhamento pós resultado positivo de sífilis na gestação.

## 6.DIFICULDADES DE CARÁTER SOCIAL

As dificuldades de caráter social referidas pelas participantes estão no âmbito da dificuldade econômica e da dificuldade da participação do parceiro no tratamento. A distância de unidades públicas que realizam pré-natal da moradia da população, principalmente fora da metrópole, requer um gasto com transporte que muitas vezes coloca em prejuízo o tratamento. Podemos evidenciar isso no relato de NV6:

Eu tinha começado o pré-natal perto da minha casa [...] só que a clínica da família fechou lá [...] aí tinha que vir pra cá tomar a benzetacil, mas minha mãe tava sem dinheiro pra passagem (NV6).

A sífilis não é doença exclusiva dos menos favorecidos, porém na gestação a doença tem sido relacionada com o nível socioeconômico baixo e a pouca escolaridade. Esses fatores se tornam importantes marcadores de pouco acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a assistência pré-natal inadequada nessa população e a ocorrência da transmissão vertical da sífilis (MAGALHÃES et al.,2013).

Outro fator social importante é a falta de participação do parceiro no processo. Vemos nos relatos das narrativas que parceiros negaram a doença, não quiseram fazer exame ou realizar tratamento com resultado positivo.

Eu falei com ele e ele ficou de ir. Aí a doutora marcou o exame pra ele ir, eu cheguei a marcar pra ele, mas ele não foi (NV9).

Aí quando eu descobri a sífilis foi outra briga, porque ele disse que ele não tinha isso. Aí eu tratei e ele não quis tratar (NV18).

Na gestação há um risco eminente de transmissão vertical da sífilis. Diante disso o Ministério da Saúde preconiza que todos os parceiros de gestantes com exame positivo para sífilis para qualquer titulação devem ser tratados independentemente do resultado do VDRL. Após o resultado do exame do parceiro, se positivo, deve ser feito o protocolo de sífilis terciária. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

O envolvimento do parceiro na problemática da sífilis é um desafio muito grande. Mas na eminência de não conseguir trazê-lo para a problemática a solução é a sensibilização da gestante da importância de sua valorização enquanto mulher que não deve se expor aos desejos e imposições do parceiro colocando em risco a sua saúde e a do seu bebê.

## 7.DIFICULDADES DE CARÁTER INSTITUCIONAL

As dificuldades apresentadas em nível institucional denunciam: o quanto os profissionais desconhecem ou não seguem o protocolo de tratamento da sífilis na gestação; a fragilidade dos recursos e insumos; a deficiência de marcação de exames e consultas, a realização e entrega dos resultados de exames. Dificuldades operacionais podem prejudicar consideravelmente o tratamento da sífilis.

Aí na clínica da família nunca me falava nada, é [...] não tinha benzetacil pra fazer o tratamento, lá não tinha nada, não sabiam de nada, é péssimo pra fazer pré-natal lá. Não tem profissional, não tem remédio [...] (NV1).

Algumas gestantes foram prejudicadas no tratamento pela falta de benzetacil, droga eficaz no tratamento da sífilis e a única que ultrapassa a barreira placentária e trata o feto evitando a sífilis congênita. Em 2014 houve um grave problema com o abastecimento de matéria prima para a fabricação da penicilina causando grande transtorno no tratamento da sífilis. O evento voltou a ocorrer em 2016 sendo a penicilina

substituída temporariamente por outra droga (ceftriaxone) que, porém, não tem comprovação científica de sua eficácia no tratamento da sífilis congênita.

Condutas diversificadas dos profissionais de saúde em relação ao tratamento da sífilis demonstram a falta de conhecimento das definições de casos para sífilis na gestação, deficiência da aplicação do protocolo de tratamento da sífilis fornecido pelo Ministério da Saúde nas instituições em que atuam.

Segundo a pediatra, eu não tratei direito. Só que o médico do pré-natal não passou tratamento. Quer dizer cada um fala uma coisa e a gente fica sem saber (NV12).

Cada vez que eu ia era uma enfermeira diferente e uma não passava pra outra o que tinha feito comigo, porque nunca sabiam das coisas, eu é que tinha que ficar falando (NV18).

A realização de exames é imprescindível para analisar a resposta ao tratamento e garantir a prevenção da sífilis congênita. Diferentes situações são relatadas nas narrativas evidenciando falha na realização dos exames comprometendo o tratamento da gestante com sífilis.

Eu fiz 3 injeção de benzetacil, uma de cada lado e aí tinha que fazer exame, mas tava faltando kit e aí eu não fiz [...] (NV18).

E os meus exames vinha tudo em branco, não veio a titulação, não veio nada e ninguém tinha visto isso (NV2).

Foi aí que eu comecei a me tratar [...] só que depois o médico se esqueceu de pedir o exame de novo pra ver se tinha curado (NV7).

O tratamento da sífilis possui protocolo objetivo, claro e eficaz no que diz respeito a seus critérios e condutas. No entanto a sua aplicação ainda registra uma carência de atuação prática constatando uma expressiva vulnerabilidade programática. O cumprimento dos protocolos deveria levar a redução da disseminação da sífilis (DAMASCENO et al., 2014).

Confrontando um estudo transversal realizado com profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro como o método CPA (conhecimento, prática e atitudes) evidenciou-se várias barreiras quanto ao conhecimento e aplicação dos protocolos assistenciais em relação à sífilis, dificuldades na abordagem das IST, na abordagem dos parceiros e dificuldades institucionais (DOMINGUES et al, 2013).

Em Londrina, Paraná o treinamento dos profissionais de saúde sobre o uso adequado dos protocolos do Ministério da Saúde para diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, congênita e adquirida da atenção básica através de uma intervenção educativa mostrou como a taxa de transmissão vertical da sífilis na unidade foi reduzida (LAZARINI; BARBOSA, 2017).

A enfermeira que atua na área da prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis exerce importante papel junto aos portadores de sífilis, atuando em consultas, aconselhamento, bem como intervindo em suas famílias, comunidades, detectando fatores de risco, promovendo educação em saúde. Por isso é importante que a capacitação constante, revendo as estratégias propostas e investindo em novas maneiras de atuar na busca de atingir resultados positivos na prevenção da doença (RODRIGUES et al, 2016).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz uma reflexão importante sobre a atuação dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis. Apenas o tratamento intervencionista e prescritivo da sífilis na gestação omitindo uma atuação educativa complementar não levará a erradicação da sífilis e prevenção da sífilis congênita.

É importante a oferta de testes sorológicos para a sífilis no período gestacional, porém o ideal seria que esse diagnóstico fosse feito além do período gravídico puerperal num processo educativo quanto à saúde sexual que abrangesse todos os períodos da vida da mulher. É preciso investir no espaço de concentração dos jovens e das mulheres nas escolas, nos grupos sociais, nos grupos religiosos para difundir o conhecimento da sífilis.

Falhas institucionais e de condutas equivocadas de profissionais de saúde são apontadas como lacunas no tratamento da sífilis na gestação. A capacitação e a atualização dos profissionais que atuam na área do tratamento não só da sífilis, mas das infecções sexualmente transmissíveis é emergente. A qualificação dos profissionais de saúde e a melhoria da assistência é a principal ferramenta para o controle da sífilis.

## REFERÊNCIAS

- [1] Albuquerque G.M.A., Chaves E.M.C., Sampaio, L.R.L., Dias, K.C.F., Patrocínio M.C.A., Vasconcelos, S.M.M. Complicações da sífilis congênita: uma revisão de literatura. *Pediatria Moderna*. 2014; 50:254-8. 2.
- [2] Avelleira, J.C.R., BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras.Dermatol.* 2006 Mar-Apr; 81(2):111-26.
- [3] Becker, M.E.L. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco – Acre. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2011.
- [4] Bertaux, D. *Narrativa de Vida: a pesquisa e seus métodos*. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus. 2010.p.167
- [5] Boletim Epidemiológico DST/AIDS E Hepatites Virais 2014. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, 2014.97p.
- [6] Boletim Epidemiológico: sífilis 2015. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids/ Hepatites Virais. ano IV, n.1, 2015.32p.
- [7] Boletim Epidemiológico: sífilis 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids/ Hepatites Virais. V.47, n.35, 2016.29p.
- [8] Boletim Epidemiológico: sífilis 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids/ Hepatites Virais. V.48, n.36, 2017.44p.
- [9] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Editora MS, 2012. 318p.
- [10] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais*. Brasília, DF: Editora MS, 2018. 252p.
- [11] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis*. Brasília, DF: Editora MS, 2007. 180p.
- [12] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil*. Brasília, DF; 2010. 100p.
- [13] \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Transmissão vertical do HIV e sífilis: estratégias para redução e eliminação*. Brasília (DF): Editora MS; 2014.
- [14] Conselho Nacional De Saúde (Brasil). Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.
- [15] Damasceno, A.B.A. et al. Sífilis na gravidez. *Rev. HUPE-UERJ*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.88-94, 2014.
- [16] Domingues, R. M. S. M. et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1341-1351, 2013.
- [17] Duarte, G. Sífilis e gravidez... e a história continua! *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p.49-51, 2012.
- [18] Lazarini, F. M; Barbosa, D. A. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.25 n. e2845,2017.
- [19] Magalhães et al, Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(6):1109-1120, jun, 2013.
- [20] Pinto, V. M. et al. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v.17, n.2, p.341-354, 2014.
- [21] Rodrigues, A. R. M. et al. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. *Rev. enferm. UFPE*, Recife, v.10, n.4, p.12471255, 2016.
- [22] Sonda, E. C. et al. Sífilis congênita: uma revisão de literatura. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.*, Santa Cruz do Sul- RS, Ano III, v.3, n.1, p.28-30, 2013.
- [23] Val, L. F.; Nichiata, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.48, p.149-155, 2014.
- [24] Veronese, R.; Focaccia, R. *Tratado de infectologia*. 5 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. 2v., 2320p

# Capítulo 6

## *Tipos de sedação utilizada em UTI, prescritos em prontuários de um Hospital Público em MT*

*Weverton Castro Coelho Silva*

*Cintia Delgado da Silva*

*Flávia Lúcia David*

**Resumo:** Objetivo: Relatar o uso de medicamentos hipnóticos sedativos e analgésicos-sedativos, prescritos para sedação na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público no município de Barra do Garças – MT. Métodos: Estudo farmacoepidemiológico, descritivo, retrospectivo, transversal e exploratório, baseado na análise de prescrições medicamentosa de prontuários arquivados do período de Janeiro de 2013 a Julho de 2013 de pacientes com faixa etária  $\geq 60$  anos. Foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, tipos de medicamentos, dose prescrita e motivo de internação. Para a tabulação e análise dos dados utilizou-se SPSS- Statistical Package for the Social Sciences® versão 2017. Resultados: Dos 147 prontuários analisados, 56% dos pacientes são do sexo masculino, em 49 prontuários foram encontrados 7 medicamentos diferentes prescritos 81 vezes para sedação/hipnose/analgesia, sendo que 5 destes, são medicamentos hipnóticos-sedativos da classe dos BZD's encontrados em 44 prontuários sendo 51 vezes prescritos para Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com 53% midazolam 15mg, 37% Diazepam 10mg, 6% Lorazepam 2mg, 2% Bromazepam 6 mg, 2% Clonazepam 2mg. No entanto obtivemos 2 medicamentos da classe dos analgésicos sedativos, prescritos 30 vezes em 6 prontuários para traumas diversos, com 67% fentanil 2ml(50 mg/mL) e 33% morfina 50mg/mL. Verificamos algumas vezes o uso de analgésico sedativo opióide associados com midazolam ou diazepam em 23 prontuários para potencialização da sedação em pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com o uso da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI). Conclusão: Na perspectiva da pesquisa, nos apresentou que devido o motivo da internação e a alta complexidade do paciente em UTI, se fez necessário o uso de sedativos para controle da dor e assim minimizar o sofrimento, porém é importante que haja uma maior atenção a farmacoterapia empregada com o objetivo de minimizar ou prevenir a ocorrência de efeitos indesejáveis com a potencialização da sedação e possivelmente controlar uma condição de extrema importância em termos de saúde pública.

**Palavra chave** Sedativos, UTI, Hospitais Públicos.

## 1. INTRODUÇÃO

O ministério da Saúde caracteriza a UTI segundo a portaria 466 de 04 junho 1998, como um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas (SNA,2016).

O uso de vários medicamentos como estratégia terapêutica e o crescente número destes agentes no mercado são fatores que podem contribuir para ampliar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam o aparecimento de efeitos indesejados (GOTARDELO et. al. 2014).

Entretanto com o objetivo de evitar o desconforto e a dor, pois na maioria dos casos, os pacientes na UTI, assistidos por vários mecanismos invasivos de tratamento e impossibilitado ou com dificuldade de comunicar seu sofrimento e usa-se como medidas farmacológicas o empregados de sedativos como relaxantes musculares, sedativos-hipnótico, além de analgésicos (AFONSO, 2012).

Dentre os medicamentos utilizados como sedativos na UTI temos os Analgésicos opióides ( morfina, fentanil), e os agentes Sedativos-Hipnóticos da classe dos Benzodiazepínicos (Alprazolam, Bromazepam, Clobazam, Clonazepam, Clordiazepóxido, Cloxazolam, Diazepam, Flurazepam, Flunitrazepam, Lorazepam, Midazolam, Zopiclone, Zolpiden) (SAKATA,2014).

Esses fármacos sedativos são empregados com o objetivo de reduzir a atividade no metabolismo, evitando a agitação e ansiedade geradores de dor, delirium, hipoxemia, hipoglicemia, hipotensão, abstinência que são frequentes em pacientes críticos da UTI (Hospital das clínicas UFTM, 2015).

O agente sedativo ideal deve possuir propriedades ideais como mínimo efeito depressor dos sistemas respiratório e cardiovascular, sem interferência no metabolismo de outras drogas e possuir vias de eliminação independentes dos mecanismos renal, hepático ou pulmonar, resultando em uma meia-vida de eliminação curta, sem metabólitos ativos (CABRAL,2016).

Na UTI, há uma necessidade de sedação a longo prazo de pacientes que frequentemente têm insuficiência de múltiplos órgãos e instabilidade hemodinâmica, sendo que a total imobilização é raramente necessária, dependendo do tipo de analgesia, opióides ou não opióides é utilizada (MIRANDA, 2013).

Pesquisa realizada em *Lakeland Regional Health*, Departamento de Medicina de Cuidados Críticos nos Estados Unidos, mostrou que 61% dos pacientes receberam algum tipo analgésicos opióides como sedativo ou como sedativo concomitante, influenciou na resposta de melhora do paciente, além menor agravo (RIVOSECCHI,2014)

Com isso uma sedação inadequada irá resultar em dor, ansiedade, agitação, auto-extubação, retirada de cateteres, isquemia miocárdica e hipoxemia. Bem como uma sedação excessiva ou prolongada causa escaras, compressão de nervo, delírio e ventilação mecânica prolongada, por isso os BZD's estão os fármacos relativamente mais seguros, uma vez que raramente causam efeitos adversos graves, pois garantem conforto ao paciente e facilita a ventilação mecânica (DE FARIA, 2015).

Os BZD possuem excelentes qualidades sedativas hipnóticas e ansiolíticas, associadas à ação anticonvulsivante e relaxante muscular A amnésia constitui—se num efeito colateral desses compostos. Em relação ao sistema cardiovascular, possuem alguns efeitos benéficos, relacionados à redução tanto da pré quanto da pós-carga, devido à discreta ação simpática. Os BZD diminuem o consumo de oxigênio miocárdico, porém, quando associada dos a doses elevadas de opióides podem produzir uma importante depressão miocárdica, sobretudo nos pacientes que apresentam má função ventricular (AZEVEDO,2016).

Os BZD em pacientes ventilados produzem redução do fluxo sanguíneo cerebral, de maneira geral, mantém a redução da pressão intracraniana, e garante uma pressão adequada de perfusão cerebral. As diretrizes de 2002 recomendavam o uso de midazolam para sedação de curta duração, o lorazepam ou diazepam para sedações longas e o propofol para pacientes em processo de extubação. Os dois principais BZD disponíveis para administração intravenosa no Brasil são o midazolam e o diazepam. Ambos são dependentes do mecanismo de glucuronidação hepática para serem metabolizados (JACOBI et al., 2002).

Portanto, justifica-se o interesse em relatar os resultados do uso de medicamentos BZD's (hipnóticos sedativos) e analgésicos sedativos prescritos como sedativos na unidade de terapia intensiva de um hospital público no município de Barra do Garças – MT.

## 2. DESENVOLVIMENTO

Estudo farmacoepidemiológico, descritivo, retrospectivo, transversal e exploratório, baseado na análise de prescrições medicamentos hipnótico-sedativo e analgésico sedativo em prontuários de pacientes adultos.

## 3. METODOLOGIA

Foram avaliados 147 prontuários do período de Janeiro de 2013 a Julho de 2013 de pacientes internados com faixa etária utilizada  $\geq 60$  anos, em um hospital público do município de Barra do Garças-MT, onde a população estimada em 2016 de 58.690 habitantes e de 5.452 habitantes com idade superior a 60 anos (IBGE,2016).

No estudo foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, tipos de medicamentos e dose prescrita e para a tabulação e análise dos dados foi utilizado SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences* versão 2017. Quando necessário os valores foram expressos como média e desvio padrão.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa Perfil da Saúde Mental na Amazônia Legal: Transtornos Mentais Menores e suas Associações com registro cap: 286/2016.

De posse de tais afirmações, eis que se apresentam os resultados do presente estudo, cuja constatação levantaram dados quantitativos concernentes à correlação entre o consumo de sedativos e as variáveis explicativas a elas relacionadas.

## 4. RESULTADOS

Dos 147 prontuários analisados, 49 tiveram 7 medicamentos diferentes prescritos para sedação/hipnose/analgesia, e foram prescritos 81 vezes, sendo 57% dos pacientes do sexo masculino e 43% sexo feminino.

Forma 5 medicamentos hipnóticos-sedativos da classe dos BZD's encontrados 51 vezes nas prescrições de pacientes, onde o principal motivo de internação destes foi Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Os principais BZD's foram midazolam 15mg (53%), diazepam 10mg (37%), lorazepam 2mg (6%), bromazepam 6 mg (2%), clonazepam 2mg (2%). O fármaco mais prescritos para ambos os sexos foi midazolam 15mg, sendo sexo masculino (23%) com idade entre 60 a 98 anos, descrito na tabela 2.

Obtivemos 2 medicamentos da classe dos analgésicos sedativos, prescritos 30 vezes para traumas diversos, 67% era fentanil 2ml(50 mg/mL) e 33% morfina50mg/mL, para estes pacientes independente do sexo o fentanil 2ml(50 mg/mL) foi o fármaco mais prescritos, com 65% para masculino e 35% para feminino.

Gráfico 1. Sedativos Prescritos em prontuários de pacientes internados em hospital público do município de Barra do Garças-MT. (n=147)

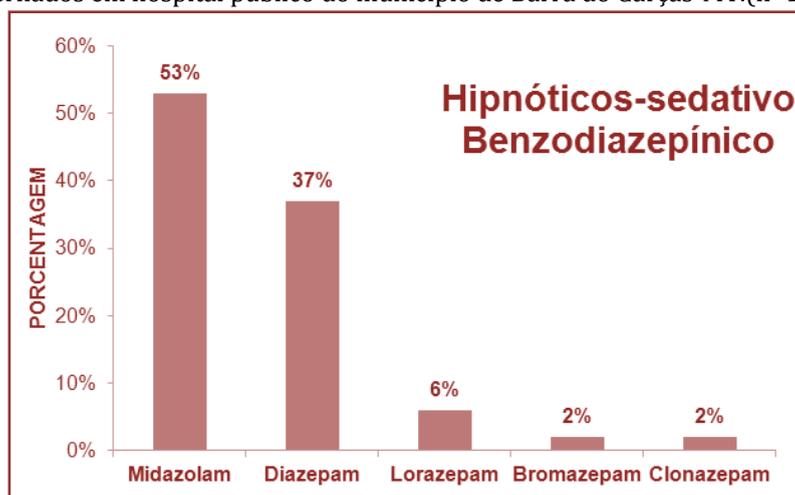


Conforme o gráfico 1, os benzodiazepínicos/hipnóticos sedativos foram os mais prescritos, pois são drogas que possuem excelentes qualidades sedativas hipnóticas e ansiolíticas, associadas à ação anticonvulsivante e relaxante muscular. Sendo um aspecto terapêutico importante do tratamento o conhecimento da correta utilização quando sabendo-se que cerca de 30% a 50% dos pacientes internados nestas unidades recebem alguma tipo de sedativo( SOUZA,2013).

Alguns autores lembram que drogas sedativas são prescritas com maior frequência para compensar inquietações da equipe médica ou prover condições convenientes para a prática de enfermagem, do que em resposta às necessidades dos pacientes. Pesquisadores verificaram que, em diversas instituições, 40% dos pacientes sob cuidados intensivos receberam drogas sedativas (JÚNIOR, 2002).

Ainda em análise dos efeitos em idosos, geram alterações qualitativas e quantitativas no complexo gabaérgico - receptores GABA, que são responsáveis pelo aumento da sensibilidade aos benzodiazepínicos. (TURNHEIM K, 2014).

Gráfico 2. Hipnóticos-sedativo da classe dos benzodiazepínicos prescritos em prontuários de pacientes internados em hospital público do município de Barra do Garças-MT.(n=147).



Observa que os dois principais BZD's prescritos desta pesquisa foram o midazolam e o diazepam. Nesse caso o diazepam vem sendo substituído pelo midazolam, que é um benzodiazepínico com rápido início de ação, ótima distribuição e com maior capacidade sedativa. Aliados a esses efeitos benéficos, essas medicações são muito mais onerosas e induzem à rápida tolerância (necessitando rápidos ajustes nas doses e, conseqüentemente, aumento maior ainda nos custos). Tanto no presente estudo como em outros relatos da literatura, a opção por estes derivados é observada (SFOGGIA,2003).

Em grandes centros e hospitais com um fluxo maior de pacientes, há um revezamento entre os BZDs, de que se dá preferência aos medicamentos com meia vida curta ou intermediária, tais como Bromazepam, clonazepam e lorazepam (NATASY, *et. al.*, 2008).

Porém na perspectiva da pesquisa, ficou claro que devido a alta complexidade que o paciente está inserido, além do tempo de sedação necessário, são empregados BZD's que possuem maior tempo de meia-vida sendo mais prescritos para manter o paciente em sedação.

O Diazepam contraria os resultados da pesquisa feita por Firmino et al.(2012), que apontava um elevado e crescente consumo desse fármaco, devido o efeito do diazepam ser tão mais prolongado quanto for a duração da sedação. O midazolam possui uma meia—vida de eliminação de duas (2) a quatro (4) horas e não possui metabólitos ativos, portanto encontra um perfil mais adaptado à infusão contínua, por períodos curtos ou prolongados (SLULLITEL, 1998).

É importante saber os efeitos indesejáveis que o uso desses medicamentos podem causar, por exemplo, a dose intravenosa inicial para sedação é de 1 a 2,5mg. Quando administrado em dose anestésica, a indução de anestesia ocorre dentro de 1,5 minutos, aproximadamente, causando amnésia em até 90% dos pacientes. A administração intravenosa de midazolam está associada a desencadear depressão e parada respiratória, bem como a redução do volume sistólico, por exemplo, em pacientes com lesão intracraniana,

a indução a anestesia geral com midazolam está associada à uma queda da depressão do fluido cefalorraquidiano (ASPH,2016).

Outro papel importante dos sedativos hipnóticos é a utilização nas UTI para controle das convulsões, isto é, as convulsões produzem um aumento no metabolismo cerebral e, possivelmente, uma incompatibilidade entre o fornecimento de oxigênio e o metabolismo. Juntamente com drogas anti-epiléticas a sedação reduz a ocorrência de convulsões, Uma declaração recente da Federação Europeia de Sociedades Neurológicas incluiu Diazepam e propofol como um tratamento de estado convulsivo generalizado epilepticus, porque a infusão de um BZD de dose elevada pode ser utilizada com confiabilidade como anticonvulsivante e para o controle do estado epilético (ODDO, M., 2016).

Diazepam, clonazepam e lorazepam possuem meia-vida longa em idosos, produzindo sedação prolongada, alterações psicomotoras, falta de coordenação, aumento do risco de quedas e fraturas, além de delírios, perturbações cognitivas e elevação da mortalidade (VICENS,2011).

Tabela 1 – Distribuição por sexo, media de idade (DP) e idade mínima e máxima a de hipnóticos-sedativo prescritos nos prontuários do hospital público de Mato Grosso. (n=147)

Medicamento	Masculino%	Hipnóticos-sedativo	
		Idade (Mim - Max)*(Méd±DP)	Idade (Mim - Max)*(Méd±DP)
Midazolam	52%	62 - 98 73,1± 9,5	48% 62 a 100 anos 75,6 ± 10,0
Diazepam	74%	62 - 88 71,8 ± 9,9	26% 70 a 97 anos 82,8 ± 10,4
Lorazepam	100%	60 - 81 72,3 ± 10,9	0%
Bromazepam	0%		100% 75 anos
Clonazepam	0%		100% 90 anos

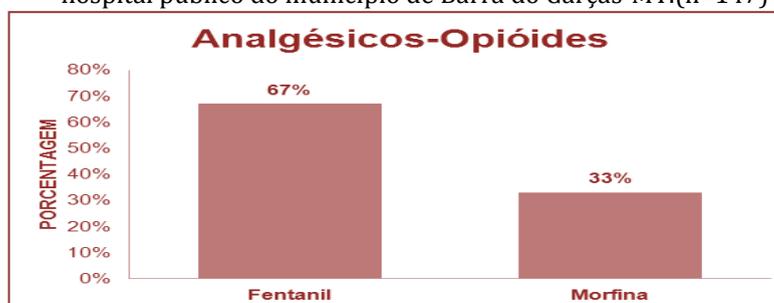
\*Mim= mínimo; Max= máximo; Méd= média; DP= desvio padrão.

Como apresenta na tabela 1, podemos comparar a quantidade de uso entre os sexos, aja vista que a dispensação de hipnótico-sedativo da classe dos BZD's foi em torno de 52% ao sexo masculino, no entanto não mostraram uma divergência, o sexo feminino teve 48% de uso em comparação com sexo masculino, em um valores aproximados. Da mesma forma ocorre com as outras dispensações de medicamentos, até então, tanto o sexo masculino quanto feminino não obteve prescrições de certos medicamentos, sendo exclusivamente apenas a um sexo.

Ademais, o que temos que observara importância da idade, e prescrição de BZDs de vida longa em população idosa, pois acaba sendo uma opção arriscada para possíveis complicações, proporcionando diversos riscos bem como aumentando o tempo de hospitalização dessa população.

Em contrapartida, os resultados encontrados em outras pesquisas da mesma temática não demonstraram grandes disparidades referentes ao sexo, visto que 54,2% dos participantes eram do sexo feminino e 45,8% do sexo masculino, porém nessa pesquisa observou-se predominância do sexo masculino, com grande parte dos pacientes inseridas nesse grupo, com uso de fármacos opióides, isto é, a utilização de sedativos em ambos os sexos são perpendiculares (OLIVEIRA A.B.F., 2010).

Gráfico 3: Analgésicos opióides, outros sedativos prescritos em prontuários de pacientes internados em hospital público do município de Barra do Garças-MT.(n=147)



Segundo os dados levantados com a avaliação dos prontuários e exposto neste **gráfico 3**, o analgésico fentanil apresentou maior número de dispensação nos prontuários da UTI, sendo mais prescrito, seguido da morfina, esses medicamentos exercem ação de adjuvantes sedativos e anestésicos de outros medicamentos, por exemplo, os BZD's.

O fentanil é comumente usado em conjunto com o midazolam principalmente em cirurgias de cardiopatias congênitas com o objetivo de promover hipnose e aprofundar a anestesia. Essa combinação anestésica garante analgesia e amnésia adequada e estabilidade hemodinâmica, não potencializa o efeito depressor respiratório dos opióides. (KLAMT,2010)

Acredita-se que a morfina vem progressivamente sendo substituída pelo fentanil, que é um opióide cem vezes mais potente e com menor liberação de histamina do que a morfina e essa mudança em esquema de tratamento opióide proporcionou alívio da dor. Todas as drogas tipo opiáceo ou opióide têm basicamente os mesmos efeitos no SNC: diminuem a sua atividade. A diferença ocorre mais no sentido quantitativo, isto é, são mais ou menos eficientes em produzir os mesmos efeitos; tudo fica então sendo principalmente uma questão de dose (BENSEÑOR, 2003).

O fentanil é o opióide lipossolúvel mais utilizado no espaço epidural, é um agonista potente, possui atividade seletiva para receptores  $\mu$  e sua potência analgésica é em torno de 80 a 100 vezes a da morfina, podendo causar uma depressão respiratória no paciente e em muitos casos levanta a óbito, alguns autores constaram maior efeito depressor do fentanil do que com outros sedativos (PRIVADO et al 2004).

A morfina foi um dos primeiros opióides a ser utilizado para analgesia pós-operatória e para controle da dor crônica, é um ópio de baixa solubilidade lipídica, eficácia moderada, é um agonista do receptor gama, tem suas ações mediadas através da ligação e ativação de receptores centrais, sua importância está sendo cada vez mais apreciada. Dependendo da vida de administração, doses excessivas de morfina podem acarretar diversas complicações, como hipotermia, náuseas, vômitos, prurido, retenção urinária pois tem efeito prolongado em pacientes renais crônicos e por seus metabólitos ativos possuem excreção renal, convulsões, edema, coma e óbito (RANGEL, 2014).

Um estudo realizado no Reino Unido em 235 UTI's, 57% relataram ter um protocolo de sedação escrito, 90% tinham uma política de sedação diária e 94% utilizavam uma escala de sedação para avaliar a profundidade da sedação, contudo o estudo indicou o fentanil e morfina são os analgésicos preferidos, sem contar que a maioria das unidades 83% relataram na pesquisa que os sedativos são geralmente administrados em combinação com analgésicos (BELLE, 2016).

Tabela 2 - Distribuição por sexo e idade(média e desvio padrão) de analgésicos prescritos nos prontuários do hospital público de Mato Grosso. (n=147)

Medicamento	Masculino%	Analgésicos sedativos		Feminino%	Idade(Mim - Max)*(Méd±DP)
		Idade (Mim - Max)*(Méd±DP)			
Fentanil	65%	63 a 98 anos 71,6 ± 12,3		35%	62 a 88 anos 72,2 ± 9,0
Morfina	60%	63 a 91 anos 70 ± 11,0		40%	79 a 84 anos 76 ± 5,0

Na tabela 2 apresenta os medicamentos empregados como analgésicos de acordo com o sexo e a idade, porém associação e fármacos analgésicos com hipnóticos-sedativos contribuíram para o índice do uso desses fármacos no sexo masculino, no entanto, poucas ou nenhuma vez houve prescrição de apenas fármacos analgésicos para sedação, na sua maioria a socialização provavelmente tenha sido feita. Pois o objetivo principal da analgesia é a minimização do sofrimento desses paciente internados em UTI que estejam submetidos a terapias invasivas, e de assim se apresentaram como potencializadores dos BZD's.

O crescimento do número de pessoas com mais de 60 anos, reflete um aumento proporcional ao quantitativo de internações em hospitais, ficando evidente também em diversas pesquisas, que identificou que a maioria dos pacientes possuía idade entre 65 a 90 anos, principalmente em alas intensivas, associados alguma comorbidade (LUCENA, 2006).

Tabela 3 – Socialização de hipnóticos-sedativos e Analgésicos e de outras formas de prescrições nos prontuários do hospital público de Mato Grosso. (n=147)

Tipos de Prescrições	
Medicamentos	Nº de Prescrições
<i>Midazolam e Fentani*</i>	15
<i>Midazolam e Morfina*</i>	2
<i>Diazepam e Morfina*</i>	6
<i>Diazepam e Midazolam</i>	3
<i>Lorazepam e Diazepam</i>	2
<i>Diazepam</i>	8
<i>Midazolam</i>	6
<i>Morfina</i>	2
<i>Fentanil</i>	3
<i>Outras Prescrições</i>	37
Total	81

\*Medicamentos associados.

Nesta tabela 3, foi elencado os tipos de prescrições verificado nas avaliações dos prontuários, porém a associação de medicamentos hipnóticos-sedativos e analgésicos prevaleceu em números de vezes prescritas.

Verificamos também, que 23 prontuários receberam associações de BZDs analgésicos opióides para potencialização da sedação em pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC) e com o uso da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), e 3 prontuários com associações de diferentes BZDs apenas.

Com tudo, a analgesia com morfina ou fentanil em casos de insuficiência renal ou instabilidade hemodinâmica feita em bólus a sedação seguia com o uso de midazolam ou lorazepam, conquanto, na infusão contínua, usavam-se lorazepam ou diazepam ( SHAMSEER L,2015).

## 5.DISCUSSÃO

Evidenciou-se um número considerável de medicamentos prescritos aos 147 prontuários de pacientes, que destes a maioria compreenderam o sexo masculino, foram de medicamentos que possuem maior tempo de vida, isto é, midazolam obteve uma maior taxa de dispensação na UTI.

Além disso, percebe-se que os BZD's são a classe medicamentosa preferida dos médicos e dispensadas com maior frequência, pelo fato de apresentarem uma excelentes qualidades sedativas hipnóticas e ansiolíticas, associada à ação anticonvulsivante e relaxante muscular. No entanto para que possam ter efeito desejado são correlacionados com potenciadores (adjuvantes) analgésicos opióides para prolongar o efeito da sedação.

Preferencialmente, os pacientes da UTI devem receber o mínimo de sedação necessária às suas necessidades atuais, ou seja, sedação e analgesia suficientes para tolerarem os estímulos nocivos e ficarem livres de dor enquanto estão inconscientes. A reavaliação constante promove um acompanhamento mais rigoroso da resposta ao tratamento, ajudando a melhor controlar a dor e a agitação e evitando o excesso de sedação( MONTEIRO, 2009).

Dessa forma, de acordo com dados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2013) é recomendado que estratégias de sedação fossem feitas inicialmente com fármacos não-benzodiazepínicos em pacientes adultos da UTI, a fim de orientar condutas que devem ser adotadas ou evitadas na prática clínica.

O enfermeiro é um profissional que possui forte influência na recuperação do estado de saúde do paciente em condição crítica de saúde, havendo estreita relação entre as ações de enfermagem e a prevenção de outros agravos, além da manutenção da homeostasia corporal.

Os pacientes de terapia intensiva são quase que totalmente dependentes da equipe de enfermagem. Dessa forma, devemos avaliar o grau de necessidade destes pacientes para que sejam bem assistidos. Identificar seu grau de dependência, a gravidade dos pacientes e horas dispensadas na assistência de enfermagem, são variáveis que podem auxiliar para a adequação dos recursos disponíveis, capacitando os enfermeiros para dialogar junto aos administradores das instituições, buscando oferecer assistência segura e de qualidade ao paciente e ao próprio trabalhador de enfermagem.

## 6. CONCLUSÃO

Com o presente trabalho foi possível concluir que a sedação em UTI é um recurso indispensável para garantir a segurança e cuidados adequados ao paciente, sendo o midazolam e fentanil os fármacos mais utilizados.

No entanto, o princípio da sedação é evitar o desconforto e a dor, pois na maioria das vezes os pacientes desse setor, estão assistidos a vários mecanismos invasivos de tratamento e embora haja um controle rigoroso de parâmetros, muita das vezes são necessárias terapias com o objetivo de manter essa hemodinâmica do paciente.

Por fim, o uso de protocolos, otimizando uma menor sedação, leva à diminuição da morbidade, adotar medidas como revisão diária das medicações nas prescrições, conhecer os efeitos terapêuticos e tóxicos das mesmas, estudar possíveis interações medicamentosas e planejar uma conduta de monitorização dos efeitos terapêuticos e tóxicos podem aumentar a chance de resultados terapêuticos positivos e benéficos ao paciente.

## REFERÊNCIAS

- [1] Sna-Sistema Nacional de Auditoria [2016] Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/>> Acesso em: ago.2016;
- [2] Gotardelo, Daniel Riani et al. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 9, n. 31, p. 111-118, 2014;
- [3] Afonso, Joana and REIS, Flávio. Dexmedetomidina: papel atual em anestesia e cuidados intensivos. *Rev. Bras. Anesthesiol.* [online]. 2012, vol.62, n.1, pp. 125-133. ISSN 0034-7094. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942012000100015>;
- [4] Sakata, Rioko Kimiko. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Anesthesiol.* [online]. 2010, vol.60, n.6 [cited 2017-02-01], pp.653-658. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942010000600012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600012&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0034-7094. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000600012>. BASTO, Priscylla de Azevedo Silva et al. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 5, n. 2, p. 59-72, 2014;
- [5] Hospital De Clínicas, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Protocolo de sedação e analgesia, equipe multidisciplinar unidade de terapia intensiva – adulto , Uberaba 2015. Disponível em <<http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/sedacaoeanalgesia/ca7dd78f-1ebe-4a47-af77-a411ac2e6d8f>> Acesso em 31 de maio de 2017;
- [6] Cabral, Julyana Costa. Efeitos da mobilização precoce nos sistemas respiratório e osteomioarticular. 2016;
- [7] Miranda, Marcos L.; Bersot, Carlos Da; Villela, Nivaldo R. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular na unidade de terapia intensiva. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 12, n. 3, 2013;
- [8] Rivosecchi, Ryan M. et al. An evidence based systematic review of remifentanil associated opioid-induced hyperalgesia. *Expert opinion on drug safety*, v. 13, n. 5, p. 587-603, 2014;
- [9] De Faria, Amanda Izarias et al. Análise dos Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos contidos na Relação Municipal dos Medicamentos Essenciais (REMUME) de Divinópolis-MG. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences–JAPHAC*, v. 2, n. 1, p. 48-69, 2015;
- [10] Azevedo, Ângelo José Pimentel de; ARAÚJO, Aurigena Antunes de; Ferreira, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016;
- [11] Jacobi, Judith et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical care medicine*, v. 30, n. 1, p. 119-141, 2002;
- [12] Natsay, H; Ribeiro, M; Marques, Acpr. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Projeto e Diretrizes: Associação Brasileira de Psiquiatria. [s.i], p 01-10. 31 de maio de 2017;
- [13] Basto, Priscylla de Azevedo Silva et al. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *ASSOBRAFIR Ciência*, v. 5, n. 2, p. 59-72, 2014.

- [14] Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510665> . Acesso em 12 janeiro de 2017;
- [15] Spss. Statistical Package for the Social Sciences. Desenvolvido por IBM SPSS Statistics Base 22.0. 2017;
- [16] SOUZA, Regina Claudia et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 34, n. 3, p. 55-63, 2013;
- [17] Júnior, Rodrigues; Amaral, JLTSA. Experiência clínica com o uso de sedativos em terapia intensiva. Estudo retrospectivo. *Rev Bras Anestesiologia*, v. 52, n. 6, p. 747-755, 2002;
- [18] Turnheim K. Drug therapy in the elderly. *Exp Gerontol*. 2014;39(11-12):1731-8;
- [19] Sfoggia, Ana et al . A sedação e analgesia de crianças submetidas à ventilação mecânica estariam sendo superestimadas?. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 79, n. 4, p. 343-348, Aug. 2003 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572003000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000400013&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572003000400013>;
- [20] Slullitel, Alexandre & Sousa, Angela M. Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em UTI. Ribeirão Preto, SP, USP, 1998;
- [21] Bastos, João Gonçalo Salgueiro de. Análise da evolução económica do preço dos medicamentos mais prescritos em Portugal. 2015. Tese de Doutorado. [sn];
- [22] Asph, American Society of Health. System Pharmacists' Ahfs di Monograph: Propofol. Disponível em <https://www.uninter.com/web/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/646/375> > Acesso em 01/06/2017;
- [23] Oddo, M., Crippa, I. A., Mehta, S., Menon, D., Payen, J.-F., Taccone, F. S., & Citerio, G. (2016). Optimizing sedation in patients with acute brain injury. *Critical Care*, 20, 128. <http://doi.org/10.1186/s13054-016-1294-5>;
- [24] Vicens C, Socias I, Mateu C, Leiva A, Bejarano F, Sempere E, et al. Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long term benzodiazepine use: a protocol for a clustered, randomized clinical trial. *BMC Fam Pract*. 2011;
- [25] Oliveira Abf, Dias OM, Mello MM, Araújo S, Dragosavac D, Nucci A, Falcão AL E. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010, 22(3):250-6;
- [26] Klamt, Jyrson Guilherme et al . Efeitos hemodinâmicos da combinação de dexmedetomidina-fentanil versus midazolam-fentanil em crianças submetidas à cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea. *Rev. Bras. Anestesiologia*, Campinas , v. 60, n. 4, p. 356-362, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942010000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000400002&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942010000400002>;
- [27] Benseñor, Fábio Ely Martins; Cicarelli, Domingos Dias. Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Rev Bras Anestesiologia*, v. 53, n. 5, p. 680-693, 2003.
- [28] Privado, Marcelo Soares et al. Fentanil peridural. *Rev. Brasileira de Medicina*, p. 329-334, 2004;
- [29] Rangel, Jéssica Barros. Uso de analgésicos opióides em pacientes de uma UTI adulto. 2014;
- [30] Belle. Alvin Richards-; National survey and point prevalence study of sedation practice in UK critical care. *Critical Care* 2016;20:355. DOI: 10.1186/s13054-016-1532-x, Accepted: 14 October 2016 Published: 27 October 2016;;
- [31] Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA; Prisma-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (Prisma-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;349:g7647;
- [32] Lucena, Marcos Vinícius Ferraz de. Fatores associados à mortalidade em pacientes idosos internados em unidade de terapia intensiva. 2016;
- [33] Monteiro Navarro Marques De Oliveira, Leila. Uso de psicofármacos por idosos cadastrados em unidade de saúde da família da cidade do Recife. 2009;
- [34] Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2013);
- [35] Oliveira, F., Cruz, I. Sedation and its effects on patient safety: sistematic literature review for a clinical protocol. *Journal of Specialized Nursing Care, North America*, 8, jun. 2016. Available at: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/2805/681>>. Date accessed: 01 Jun. 2017;
- [36] Nassar Junior, Antonio Paulo; Park, Marcelo. Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 444-451, Dec. 2016 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2016000400444&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2016000400444&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 June 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20160078>.

# Capítulo 7

## *Uso de esteroides anabólicos em academias uma revisão sistematizada*

*Andrêssa Luiza Oliveira Rocha Soares*

*Weverton Castro Coelho Silva*

*Leonara Raddai Gunther de Campos*

*Flávia Lúcia David*

**Resumo:** A dimensão mais valorizada do corpo, na contemporaneidade, é a aparência, sobretudo, pelos meios de comunicação e pela publicidade. Por esse motivo algumas providências vêm trazendo importantes implicações para a saúde, como o consumo de esteroides anabolizantes. A crescente utilização de esteroides anabólicos androgênicos (EAA) tem sido alvo de várias pesquisas atualmente devido ao uso indiscriminado, seus efeitos colaterais e às alterações fisiológicas provocadas nos usuários. Os EAA são drogas desenvolvidas por meio de modificações moleculares da testosterona, formulados para uso exclusivo na medicina no tratamento de diferentes patologias. Contudo, em virtude da crescente valorização do corpo pela sociedade atual, essas drogas estão sendo empregadas de forma abusiva e indiscriminada para melhoria do desempenho esportivo e fins estéticos, principalmente por frequentadores de academias. O objetivo deste trabalho foi discorrer sobre as possíveis formas farmacêuticas dos EAA, os aspectos que influenciam o uso abusivo por frequentadores de academias e os efeitos adversos da droga, por meio de revisão bibliográfica. Foram revisadas fontes de literaturas por mediação das seguintes ferramentas de busca: Scielo, Bireme, PubMed, Lilacs, Medline. Os resultados apontam que a insatisfação corporal acomete entre 17,4% a 82% da população brasileira, demonstrando uma estimativa de que pode chegar a 55% dos três milhões de frequentadores de academias utilizando esteroides anabolizantes, sendo o consumidor preferencial entre 18 e 34 anos de idade e, em geral, do sexo masculino. Pode-se estimar que 1% da população brasileira entre 18 e 65 anos já utilizou pelo menos uma vez na vida os EAA e do sexo masculino, o qual deseja ganhar um corpo atlético em curto prazo, visando o alto nível de satisfação com o corpo. Também são mostrados que os indivíduos assumem o risco à saúde com objetivo estético, apesar de não procurarem orientações ou prescrições profissionais quanto ao uso de tais substâncias. Além dos efeitos estéticos, os anabolizantes passam a ser consumidos de maneira precária, aumentando assim o risco à saúde, tendo na academia como picadeiro para esta implicação, acarretando em um problema de saúde pública. Os efeitos colaterais dessas substâncias estão relacionados, principalmente, às suas propriedades androgênicas e tóxicas, efeitos que podem afetar órgãos e sistemas, procedendo em doenças e deixando sequelas permanentes ou até induzir à morte.

**Palavra Chave:** Testoterona; Esteroides Androgênicos Anabólicos; Praticantes de Academias, Uso abusivo.

## 1. INTRODUÇÃO

Alcançar o corpo ideal, com baixo custo e num curto intervalo de tempo, é o foco de investimento de muitos jovens insatisfeitos com sua aparência. No entanto, esta prática pode não sair barata ou sem consequências danosas. O culto à beleza, tão evidenciado em nossa sociedade, tem feito muitas pessoas se submeterem a condições extremas para alcançar suas metas, mesmo que para isso coloquem sua própria saúde em risco (DE BRITO & FARO, 2017).

A crescente valorização do corpo na sociedade de consumo onde o modelo ideal, propõe um corpo com músculos bem definidos e melhor desempenho esportivo, são os principais motivos para a utilização de hormônios e substâncias estimulantes (BOFF, 2010).

Os hormônios são substâncias químicas classificadas como aminas, proteínas ou peptídeos e esteroides. Exercem respostas fisiológicas como o aumento ou diminuição da atividade celular, aumento do número ou diferenciação das mesmas (LIMA et al., 2016). Os esteroides androgênicos anabólicos (EAA) são derivados sintéticos relacionados aos hormônios sexuais masculinos, que endossam o crescimento dos músculos esqueléticos e desenvolvimento de características sexuais masculinas (JALILIAN, et al., 2011). A testosterona é o hormônio esteroide androgênico produzido nos homens pelos testículos e no sexo feminino, é produzido em pequena quantidade pelos ovários (MINEIRO, 2015).

O uso abusivo de anabolizantes se constitui uma dessas condições, uma vez que ao mesmo tempo em que possibilita o alcance de resultados rápidos e satisfatórios com o aumento de massa corpórea, pode acarretar sérios prejuízos, chegando a levar, inclusive, à morte (DE BRITO & FARO, 2017). No Brasil, a lei nº 9.965 de 27 de Abril de 2000, trata das condições para comercialização de esteroides, a qual está liberada mediante apresentação e retenção de receita pela farmácia ou drogaria, emitida por médico ou dentista e com número do Código Internacional de Doenças (CID).

Essas substâncias estão associadas a graves consequências médicas, incluindo complicações cardiovasculares, endócrinas e psiquiátricas, como o humor deprimido e um possível vínculo com o comportamento violento (HAKANSSON, 2012).

As academias de musculação são vistas como um dos ambientes de maior preocupação com a aparência e o corpo, mas, também são nelas que podem ocorrer os primeiros contatos e motivações para o uso de EAA. Dessa forma, este trabalho tem por finalidade compreender os atos motivacionais, a forma de utilização e a prevalência de uso dessas drogas comercializadas ilegalmente em nosso País, uma vez que, o uso abusivo de anabolizantes se constitui uma dessas condições, ao mesmo tempo em que possibilita o alcance de resultados rápidos e satisfatórios com o aumento de massa corpórea, pode acarretar sérios prejuízos, chegando a levar, inclusive, à morte (DE BRITO & FARO, 2017).

## 2. OBJETIVOS

Através de revisão sistemática estimar as possíveis formas de utilização e aspectos que influenciam o uso de esteroides anabólicos androgênicos (EAA) em academias.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1. ESTERÓIDES ANDROGÊNICOS ANABÓLICOS

Em geral, os hormônios se enquadram em duas categorias: hormônios derivados dos esteroides e hormônios sintetizados a partir dos aminoácidos, ou hormônios representados por aminas e polipeptídeos. Ao contrário dos hormônios esteróides, os hormônios representados por animais peptídeos são solúveis no plasma, permitindo a fácil captação nos locais alvo (BARROS et al., 2014).

Os hormônios esteroides anabólicos androgênicos correspondem ao resultado do metabolismo do colesterol, sendo produzidos pelo córtex da glândula adrenal, além dos testículos e ovários (BARROS, 2014). O metabolismo é realizado no fígado, envolvendo redução, hidroxilação e formação de conjugados (DUTRA, PAGANI & RAGNINI, 2012).

A testosterona não é a substância ativa, na circulação age como pró-hormônio, a testosterona é metabolizada em 17-cetoesteróides, através de duas vias diferentes, eos metabólitos ativos importantes são o estradiol que potencializam alguns efeitos androgênicos, enquanto bloqueiam outros, e a dihidrosterona (DHT) que são mediadores intracelulares da maioria das ações androgênicas (DUTRA, PAGANI & RAGNINI, 2012). Fisiologicamente as elevações nas concentrações de testosterona estimulam a



Os derivados da testosterona disponíveis compreendem vários grupos: androgênicos endógenos e os seus precursores, incluindo a própria testosterona; derivados sintéticos da testosterona com alterações no metabolismo ou nas características de ligação ao receptor; vários materiais de plantas e animais não caracterizado. O esteroide androgênico endógeno mais importante é a testosterona, sendo utilizada diretamente, em produtos naturais ou purificada em injetáveis, ou com recurso a precursores, como a androstenediona, androstenediol e DHEA, muito populares entre os atletas por possuírem uma baixa potência androgênica, evidenciando-se assim o seu efeito anabólico, ou a metabólitos, como a DHT, apesar desta possuir uma maior potência androgênica (COSTA, 2013).

### 3.3.FORMAS DE UTILIZAÇÃO

As formas farmacêuticas de apresentação dos anabolizantes são diversas, sendo elas spray nasal, creme ou pomada, supositório, selo de fixação na pele, sublinguais, e os mais conhecidos, portanto, mais utilizados corresponde a forma injetável e oral. A forma injetável é administrada unicamente por via intramuscular, essa forma é defendida pelos usuários já que esta não precisa ser digerida pelo organismo, entrando assim diretamente na corrente sanguínea, sendo escolhida principalmente pelos usuários mais experientes (DE ANDRADE, 2016).

Os compostos anabolizantes administrados por via oral acabam sendo os mais comuns, pois a maioria dos interessados não estão dispostos a injetar a droga em seu corpo, optando assim, pela forma mais prática, que acaba sendo a via oral. Porém, essa forma se torna mais agressiva ao fígado, devido a menor duração na circulação do sistema, sendo necessário utiliza-la várias vezes ao dia durando o ciclo, ao contrário dos injetáveis que possui um prazo maior de vida, podendo ser usados em intervalos maiores que variam de 30 a 120 dias (DE ANDRADE, 2016 & OLIVEIRA & NISMACHIN, 2012).

Os injetáveis produzem uma liberação mais lenta do esteroide na circulação, quando comparados ao uso oral possuem maior potência e menor a toxicidade hepática, sendo os 17  $\alpha$ -derivados como metiltestosterona, nortestosterona, metenolona, fluoximesterona, metandrostemolona, nortandrolona, fluoximesterona, danazol, oxandrolona e estanozolol, são formas orais no entanto resistentes ao metabolismo hepático (ANDRADE, 2016). Desse modo os esteróides injetáveis possuem uma vantagem quando correlacionados aos orais, estes não passam pelo processo de alcalinização, são base oleosa liberados aos poucos na circulação onde o óleo se dissipa lentamente do local da aplicação devido a sua viscosidade, após esse processo, seu tempo na circulação é o mesmo (OVIEDO, 2013).

Barros *et al.* (2014), em seu estudo lista uma série de EAA comumente mais utilizados, suas características e formas de utilização (tabela 1).

Tabela 1. EAA e suas formas de utilização

DROGA	CARACTERÍSTICAS	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
Metandrostebolona	Nível androgênico muito alto, causando significativos ganhos de força e volume muscular em poucos dias. Possui elevado efeito tóxico ao fígado.	Oral
Oxandrolona	Conhecida no Brasil como Lipidex. Moderadamente andrógeno, também é utilizado por mulheres. Seu principal efeito é promover grande aumento de força.	Oral/ Injetável
Undecanoato de Testosterona	É absorvido pelo intestino, portanto não passa pelo metabolismo hepático. Porém seu curto período de vida na corrente sanguínea exige maior ingestão para manter uma dose estável no sangue.	Oral/ Injetável
Durateston	O Durateston serve para estimular a regeneração e o crescimento muscular, ao mesmo tempo em que acelera a queima dos estoques de gordura.	Injetável
Decanoato de nandrolona	Sua forma original é moderadamente androgênica, é utilizada para ganho de massa muscular.No Brasil sua concentração pode ser de 25mg/ml ou 50 mg/ml, e seu valor é acessível.	Injetável
Cipionato de testosterona	Promove rápido ganho de força e volume muscular. Maior responsável pela ginecomastia por reter muita água, além de promover atrofia de testículos mais rapidamente que outras drogas.	Injetável
Oximetolona	Esteróide oral mais poderoso. Ocasiona rápido ganho de força e volume muscular, apresenta alta toxicidade ao fígado e efeitos colaterais mais pronunciados.	Oral
Enantato de testosterona	Ação prolongada no organismo, efeito lento porém duradouro. Seu efeito é similar ao promovido pelo cipionato de testosterona, com menor retenção hídrica.	Injetável
Mentelona	Produz densidade muscular em dieta para perda de gordura e líquido subcutâneo. Esteróide favorito entre as mulheres devido sua facilidade em metabolizar gordura.	Oral/Injetável
Propionato de Testosterona	Por não ser muito androgênico, não causa efeitos colaterais pronunciados. Produz ganho de força e volume significativos, sem muita retenção hídrica.	Injetável
Esiclone	Promove uma inflamação no local da aplicação, aumentando o volume do músculo por inchaço.	Injetável
Formebolone	Esteróide usado por fisiculturistas em dia de competição	Oral / Injetável
Undecilenato de boldenone	Droga de uso veterinário, vem sendo utilizada há muitos anos por usuários em busca de aumento de força e volume, tóxica ao fígado porém com baixo nível de efeitos colaterais imediatos.É bastante utilizada por mulheres.	Injetável
Estanozolol	Originado da DHT, reduz globulina transportadora do hormônio sexual elevando os níveis de testosterona e assim a massa magra.	Oral / Injetável

Fonte: BARROS *et al.* (2014) adaptada.

As ações farmacológicas dos androgênios são consequências de suas ações fisiológicas. Três efeitos ocorrem da aplicação de androgênicos: ação virilizante, ação antiestrogênica e ação anabólica. O efeito anabólico aumenta a massa muscular, devido o aumento da síntese proteica intracelular, os esteroides sintéticos potencializam esse efeito, já que ocorre um incremento da armazenagem de creatina fosfato (PCr); balanço nitrogenado positivo; maior retenção de glicogênio e bloqueio do cortisol. O efeito androgênico ocasiona o desenvolvimento de características sexuais secundárias (BARROS,2014).

Há inúmeras indicações farmacológicas para o uso de EAA entre elas estão: impotência sexual, ausência de libido, estimulação do início da puberdade em meninos, além de que sua combinação com exercícios físicos e dietas específicas ajudam a reverter o catabolismo em pacientes imobilizados, pós-traumático, queimaduras, auxílio no tratamento de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e casos de osteoporose (KERSEY *et al.*, 2012).

O uso clínico é realizado com dosagens próximas aos níveis fisiológicos, de modo a controlar os riscos do seu uso, evitando ao máximo os efeitos colaterais, todavia o uso não clínico, ilegal e recreativo é notável, onde a administração de fármacos é feita sem o controle ou consentimento médico, sendo a dose usada, associada ou não ao exercício, 40 vezes maior do que o nível basal fisiológico e 20 vezes maior que o uso terapêutico convencional (GRACELI, 2010), e de acordo com BOFF (2013) esse valor pode chegar a 100 vezes maior que a dose terapêutica.

### 3.4.USO INDISCRIMINADO DE EAA EM ACADEMIAS

No Brasil, há uma estimativa que pode chegar a 55% dos três milhões de frequentadores de academias utilizando esteroides anabolizantes, muitos destes além de utiliza-la, comercializam (SILVA, 2013). Sabe-se, por estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que o consumidor preferencial de EAA está entre 18 e 34 anos de idade e, em geral, é do sexo masculino. Pode-se estimar que 1% da população brasileira entre 18 e 65 anos já utilizou pelo menos uma vez na vida os EAA e do sexo masculino, o qual quer que deseja ganhar um corpo atlético em curto prazo, fazendo uso dessas drogas muitas vezes prescritas por instrutores e professores de educação física (DUTRA *et al.* 2012 & BALBINO, 2015). Dentre os tipos mais usados EAA Estanozolol (Winstrol)<sup>®</sup>, Decanato de Nandronolona (Deca-durabolin)<sup>®</sup>, Propionato e Decanoato de testosterona (Durateston)<sup>®</sup>, Oximetazona (Hemogenin)<sup>®</sup>, Oxandrolona (Anavar)<sup>®</sup>, entre outros (DE SOUSA *et al.*,2017).

O uso de EAA nas academias se dá principalmente pela constante insatisfação com a imagem corporal de seus praticantes, visando a se enquadrar ao padrão ideal da sociedade ocidental onde há músculos grandes e bem definidos e ainda pelo contato com usuários, que aconselham os iniciantes a também fazerem uso para reverter esse mal-estar gerado por sua insatisfação corporal. Portanto, cada vez mais se restringem ao universo das academias, das dietas e dos anabolizantes, no intuito de modificar o quadro corporal em que se encontram (BALBINO, 2015).

Sousa *et al.*,(2017) ao realizar um estudo em academias de musculação no município de Presidente Prudente-SP determinou que em uma amostra de 357 voluntários de ambos os sexos (123 mulheres e 234 homens), nesta amostra apenas 18 homens e 7 mulheres afirmaram utilizar esteroides anabolizantes para fins estéticos devido aos seus ganhos rapidamente de massa corporal, declaram ainda conhecer os malefícios dos esteróides anabólicos ao organismo, no entanto não se importam com os mesmos. Abrahin *et al.* (2013) em sua pesquisa em academias do Belém do Pará determinou que 31,6% dos entrevistados eram usuários de EAA, os mesmos relataram que a principal motivação para o uso era a melhora estética e marketing. Com relação ao conhecimento de substâncias classificadas como EAA, Durateston<sup>®</sup>, Deca-Durabolin<sup>®</sup>, oxandrolona/Winstrol<sup>®</sup> foram os mais citados.

### 4.EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais dessas substâncias estão relacionados, principalmente, às suas propriedades androgênicas e tóxicas, efeitos que podem afetar vários órgãos e sistemas (tabela 2).Esses efeitos podem ser somados a outros fatores, tais como:a forma farmacêutica, dosagem que normalmente é dose-dependente; a idade, como no caso de adolescentes em que pode ocorrer fechamento prematuro das epífises; o sexo dos usuários; predisposição genética e uso prolongado (ABRAHIN & DE SOUSA,2013).

Tabela 2. Possíveis efeitos colaterais do uso de EAA.

POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS DO USO DE EAA	
<b>DERMATOLÓGICOS</b>	
Acne	Estrias
<b>MUSCULOESQUELÉTICO</b>	
Fechamento prematuro das epífises (déficit de crescimento)	
Risco aumentado de lesões musculotendíneas	
<b>ENDÓCRINOS</b>	
Ginecomastia	Alterações na libido
Impotência e infertilidade	
<b>GENITURINÁRIO</b>	
Masculino	Diminuição do número de espermatozoides
Atrofia testicular	
Feminino	Irregularidades menstruais
Masculinização	
Hipertrofia do clitóris	
<b>CARDIOVASCULAR</b>	
Mudanças no perfil lipídico	
Aumento da pressão arterial	
Diminuição da função do miocárdio	
<b>HEPÁTICO</b>	
Risco aumentado de tumores	
Danos ao fígado	
<b>PSICOLÓGICO</b>	
Manias, depressão	
Alterações do humor e Agressividade	

FONTE: (ABRAHIN & DE SOUSA, 2013).

Os efeitos adversos da utilização de EAA, podem afetar vários órgãos e sistemas, e a interação com outras substâncias podem potencializar esses efeitos. Do ponto de vista dermatológico, o aparecimento de acne é o efeito mais comum, resultado de uma maior estimulação das glândulas sebáceas em produzir óleo, as estrias também são bastante comuns e podem estar relacionadas ao rápido crescimento muscular (BRITO,2016).

A secreção excessiva pelas glândulas sebáceas da face é particularmente importante, visto que pode resultar no desenvolvimento da acne. Por conseguinte, a acne constitui a característica mais comum da adolescência masculina, quando o corpo está sendo inicialmente submetido a quantidade aumentada de testosterona. Depois de vários anos de secreção de testosterona, a pele normalmente se adapta ao hormônio, de algum modo que lhe permite superar a acne (BARROS,2014).

As estrias cutâneas são o resultado do aumento rápido de massa muscular, cuja pele é incapaz de acomodar a taxa de alongamento e também da redução de elasticidade da pele. Estas localizam-se tipicamente na região cervical, porção superior do tronco, ombrose porção proximal dos membros superiores (ROCHA, AGUIAR & RAMOS, 2014).

A ginecomastia caracteriza-se como um alargamento macio, simétrico e discoide da mama masculina. É definida como a proliferação benigna mais comum do tecido glandular da mama masculina, sendo causada principalmente pelo aumento da atividade do estrógeno (MEDEIROS, 2012). Segundo Lima & Cardoso (2012) o uso de anabolizantes está fortemente ligado a riscos no sistema cardiovascular, existindo relatos de hipertensão, hipertrofia ventricular, arritmia, trombose, infarto do miocárdio e morte súbita.

Normalmente, após a administração de EAA, ocorre aumento na libido; entretanto, quando os níveis de testosterona atingem determinada concentração no sangue, o organismo passa a inibir a produção do mesmo, fenômeno este denominado retroalimentação negativa ou *feedback* negativo (ABRAHIN & DE SOUSA, 2013). Em homens poderá levar a problemas hormonais, atrofia testicular, sendo que esta poderá progredir e levar à impotência sexual e esterilidade (DARTORA et al., 2014).

De acordo com Teixeira et al. (2016) alguns efeitos no aparelho reprodutor feminino incluem a redução dos níveis circulantes do hormônio luteinizante, do hormônio folículo-estimulante, dos estrogênios e da progesterona; inibição da foliculogênese e da ovulação; alterações do ciclo menstrual que incluem o prolongamento da fase folicular, encurtamento da fase lútea e, em alguns casos, ocorrência de amenorreia.

## 5.METODOLOGIA

Esta pesquisa caracteriza-se quanto a abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Quanto aos procedimentos utilizados na coleta de dados bibliográficos, no qual teve por finalidade apresentar uma pesquisa teórica sobre o uso indiscriminado de esteroides anabólicos androgênicos (EAA) em academias e suas implicações na saúde e formas de utilização. Foram analisados artigos, e documentos anexados as bases de dados Scielo, Bireme, PubMed, Lilacs, Medline, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA).

Os artigos foram incluídos mediante as seguintes palavras chaves: Testosterona, Esteroides anabólicos androgênicos, Praticantes de academias, uso abusivo. Para a busca no idioma inglês, empregou-se: Testosterone; Anabolic Androgenic Steroids; Practition ers of Academies, Abuse. Como critérios de inclusão, foram considerados estudos publicados entre os anos de 2010 a 2017 como: estudos de casos, artigos originais, revisões sistemáticas e meta-análises, cuja abordagem referência a utilização indiscriminada de esteroides anabólicos androgênicos, e suas consequências a saúde de praticantes de atividade física. Serão considerados critérios de exclusão, artigos incompatíveis com o objetivo do estudo.

Os dados foram coletados pelo pesquisador no período que compreende os meses de maio de 2017 a agosto de 2017. Os textos/artigos foram agrupados para análise considerando os subtemas elencados para este estudo com o intuito de responder aos objetivos específicos. A partir da organização e sistematização das informações, foram utilizados ilustrações e quadros para melhor explorar o potencial bibliográfico encontrado.

## 6.CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo relaciona o uso de esteróides androgênicos anabólicos na área clínica e no meio esportivo, exclusivamente em frequentadores de academias, abrangendo as principais formas de uso. A ciência já comprova inúmeros benefícios através do uso de EAA, auxiliando no tratamento patologias, já que existem correlação entre o benefícios e possíveis efeitos adversos.

Mas as pesquisas relacionadas ao uso de EAA deixam lacunas no conhecimento quando se trata de benefícios a usuários não patológicos, ou seja, praticantes profissionais ou recreativos de atividade física. Os quais ainda utilizam técnicas baseadas no conhecimento empírico.

Inúmeros efeitos colaterais podem ser causados pelo uso não terapêutico, indiscriminado e abusivo de EAA. Ressalta-se, ainda, que os efeitos adversos podem afetar vários órgãos e sistemas. Alguns desses efeitos parecem ser desconhecidos ou pouco evidenciados na literatura, devido, principalmente, à dificuldade na obtenção de informações ou mesmo em virtude de negações dos usuários de EAA em participar de pesquisas. Evidências mostram efeitos colaterais aos sistemas dermatológico, musculoesquelético, endócrino, geniturinário, cardiovascular, hepático e psicológico. Os efeitos psicológicos em especial, estão tendo uma atenção da literatura uma vez que ele apresenta distúrbios em manias, indícios de depressão, alteração de humor e também leva ao usuário um alto teor de agressividade.

Sobre o uso de substancias androgênicas podemos concluir que é algo que não se pode conter, tão pouco quando se refere a usuários que se baseiam na ciência empírica. A necessidade de novos estudos que relacionem os pilares do exercício físico, uso de androgênicos, desempenho físico, benefícios e efeitos adversos é algo de extrema necessidade, afim de presumir as reações causadas no metabolismo dos usuários.

Assim, os resultados fornecem subsídios para o entendimento de um grave problema de saúde pública com características epidemiológicas, e atenta para a necessidade de medidas eficientes e adequadas no desenvolvimento de programas de prevenção nas áreas de saúde, além de programas de educação nutricional direcionados a populações específicas.

## REFERÊNCIAS

- [1] Brito, Juliana Letícia da Silva. O uso de esteróides anabólicos androgênicos e suas implicações na saúde de praticantes de atividade física em academias de ginástica: um problema de saúde pública. Caruaru, PE, Universidade Tabosa de Almeida, 2016.
- [2] Boff, Sergio Ricardo. Esteróides anabólicos e exercício: ação efeitos colaterais. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 18, n. 1, p. 81-88, Oct. 2010.
- [3] Lima, Poliana Silva de Oliveira; De Souza, José Helvécio Kalil; Mafra, Rogério Saint-Clair Pimentel. Uso de Esteróides Androgênicos Anabolizantes e Outros Suplementos Ergogênicos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, v. 30150, p. 220, Dec. 2016.
- [4] Jalilian, Farzad et al. Effectiveness of anabolic steroid preventative intervention among gym users: Applying theory of planned behavior. *Health Promotion Perspectives*, v. 1, n. 1, p. 32-40, Jun. 2011.
- [5] Mineiro, Lindomar et al. Uso de esteroides por frequentadores de academias de musculação na cidade de Caçador-SC. *RBPPEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 9, n. 53, p. 321-327, Jun. 2015.
- [6] De Brito, Ariane; Faro, André. Significações atribuídas aos anabolizantes: Um embate entre o desejo e o risco. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 18, n. 1, p. 102-114, 2017.
- [7] Hakansson, Anders et al. Anabolic androgenic steroids in the general population: user characteristics and associations with substance use. *Europeanaddictionresearch*, v. 18, n. 2, p. 83-90, Fev. 2012.
- [8] Barros, Diego Diniz et al. Anabolizantes: Uma abordagem científica. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 24-28, jan-mar. 2014.
- [9] Dutra, Brigida Souza Cortês; Pagani, Mario Mecnas; RAGNINI, MillenaPancotti. Esteróides anabolizantes: Uma abordagem teórica. *Revista Científica FAEMA*, v.3, n. 2, p. 21-39, Dez. 2012.
- [10] Martinez, Efred Quintana et al. Androgenic anabolic steroid, cocaine and amphetamine abuse and adverse cardiovascular effects. *International journal of endocrinology and metabolism*, v. 11, n. 4, Oct. 2013.
- [11] Osorio, Luis Felipe Baumotte. Os esteróides anabolizantes e a sociedade, monografia, p. 37. 2011.
- [12] Costa, João Pedro Marques da et al. Toxicidade de esteroides anabolizantes, Coimbra, PT, Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, p. 36, 2013.
- [13] Bueno, Cecilia Rodríguez. Índices aplicados y propuesto sen el control del do paje para detectar lautilización de testosterona como sustancia dopante. Colección ICD: Investigación em ciências del deporte, sv. n.17, 2011.
- [14] Chang, Erika Gómez; LARREA, Fernando; MONTES, Federico Martinez. Vías de señalización asociadas a la esteroidogénesis. *TIP. Revista especializada enciencias químico-biológicas*, v. 15, n. 1, p. 24-36, 2012.
- [15] De Andrade, Weidla Fernanda Garcia. Mecanismos fisiológicos e moleculares dos Esteroides Anabólicos Androgênicos: os efeitos desejáveis. *ACTA Brasileira do Movimento Humano*, v. 6, n. 1, p. 56-63, Jan-mar. 2016.
- [16] Kersey, Robert D. et al. National Athletic Trainers' Association position statement: anabolic-androgenic steroids. *Journal of athletic training*, v. 47, n. 5, p. 567-588, 2012.
- [17] Graceli, Jones Bernardes et al. Uso crônico de decanoato de nandrolona como fator de risco para hipertensão arterial pulmonar em ratos Wistar. *Revista brasileira medicina esporte*, v. 16, n. 1, p. 46-50, Jan-Fev. 2010.
- [18] Silva, Sérgio Henrique Almeida Junior. Morbidade hospitalar por ingestão de esteroides anabólico-androgênicos (EAA) no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 19, n. 2, 2013.
- [19] Dutra, Brigida Souza Cortês; PAGANI, Mario Mecnas; RAGNINI, Millena Pancotti. Esteróides anabolizantes: Uma abordagem teórica. *Revista Científica FAEM*, v.3, n. 2, p. 21-39, Dez. 2012.
- [20] De Sousa, Sergio et al. Perfil de usuários de esteroides anabolizantes no município de Presidente Prudente-SP. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, v. 11, n. 63, p. 383-389, 2017.
- [21] Balbino, Gustavo. Insatisfação corporaleousode esteróides anabólicos em homens praticantes de musculação. Rio Claro, GO, monografia, Universidade Estadual Paulista, p.43, 2015.
- [22] Abraham, Odilon Salim Costa; Desousa, Evitom Corrêa. Esteroides anabolizantes androgênicos e seus efeitos colaterais: uma revisão crítico-científico. *Journal of Physical Education*, v. 24, n. 4, p. 669-679, Dec. 2013.
- [23] Rocha, Madalena; Aguiar, Fátima; Ramos, Helena. O uso de esteróides androgênicos anabolizantes e outros suplementos ergogênicos – uma epidemia silenciosa. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, v.9, n.2, p.98- 105, 2014.
- [24] Lima, Alisson Padilha De; Cardoso, Fabrício Bruno. Alterações fisiológicas e efeitos colaterais decorrentes da utilização de esteróides anabolizantes androgênicos. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciência da Saúde)*, v. 9, n. 29, Nov. 2012.
- [25] Dartora, William Jones et al. O uso abusivo de esteróides anabolizantes como um problema de saúde pública. *Revista Cuidarte*, v. 5, n. 1, p. 689-693, jun. 2014.
- [26] Teixeira, André Mendes et al. Uso de Esteróides Androgênicos Anabolizantes e Outros Suplementos Ergogênicos. *Revista Urominas*, v.2318, n. 0021, p. 29-33, 2016.

# Capítulo 8

## *Representações sociais da Hanseníase em portadores e familiares do Município de Alto Rio Novo - ES*

*Adriene de Freitas Moreno Rodrigues*

*Jozilda Vilela Matheus*

*Luciano Antonio Rodrigues*

**Resumo:** A hanseníase é uma doença causada por uma bactéria, que afeta a pele e os nervos das pessoas, conhecida popularmente como lepra. Sua progressão é lenta, atinge pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. A hanseníase tem grande estigma na sociedade, pois o preconceito com a doença é relatada até mesmo na Bíblia, onde recebia o nome de lepra. A metodologia utilizada consiste em pesquisa bibliográfica, na qual foi realizado um estudo de caso e entrevista a fim de colher informações sobre as representações sociais da hanseníase em portadores e familiares no município de Alto Rio Novo - ES com a finalidade de responder o objetivo geral que consistiu em analisar as representações sociais da hanseníase em portadores e familiares no município de Alto Rio Novo - ES. Conclui-se que a hanseníase nos dias atuais é causa de preocupação por parte de seus portadores, uma vez que ainda existe preconceito na sociedade quando a doença é diagnosticada. O tratamento é demorado o que possibilita dizer que é uma das principais dificuldades enfrentadas pelos portadores, já que esperam uma cura rápida para uma doença que causa tanto preconceito.

**Palavras-chave:** Sociedade. Portadores. Preconceito.

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença causada por uma bactéria, que é conhecida popularmente como lepra, afeta a pele e os nervos da pessoa. É uma doença crônica granulomatosa, provinda de infecção causada pelo bacilo resistente *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular, que apresenta afinidade cutânea e por células dos nervos periféricos. É uma doença que progride lentamente no organismo, tendo em média um período de incubação de três anos, podendo chegar a vinte anos. Afeta pessoas de ambos os sexos e de todas as idades, já que consiste em uma doença transmissível pela pessoa infectada (NERI, 2009).

De acordo com Sales (2015) mesmo com a descoberta para a cura da hanseníase o preconceito existe até hoje, sendo uma das principais dificuldades que os pacientes enfrentam. Segundo profissionais de saúde, esse estigma ainda persiste em função da escassez na divulgação de informações acerca da doença e seus agravos.

Existem várias formas às estratégias desenvolvidas para o controle e eliminação da hanseníase no Brasil, embora essas estratégias tenham apresentado resultados positivos, a doença não foi totalmente erradicada até o momento. Uma proposta que vem sendo considerada como válida para diminuir significativamente o número de casos da doença é descentralizar as estratégias de combates e uni-las a outros programas como a programação realizada pelas Equipes de Saúde da Família, permitindo assim, uma rede de cuidados e atenção integral (SALTARELLI, 2011).

Sendo assim, no contexto assistencial, existe uma grande necessidade de ações voltadas ao processo de diagnóstico e tratamento da hanseníase. O diagnóstico é basicamente clínico, baseado nos sinais e sintomas detectados no exame de toda a pele, olhos, palpação dos nervos, avaliação da sensibilidade superficial e da força muscular dos membros superiores e inferiores. Em raros casos será necessário solicitar exames complementares para confirmação do diagnóstico (MOREIRA e NETO, 2001).

Este diagnóstico é recebido pelos portadores com um sentimento de medo, tristeza, insegurança. A falta de conhecimento de como proceder quando se tem a doença deixa o portador com sentimento de incapacidade para viver, pois o seu primeiro pensamento é que sua família e sociedade o manterão isolado pelo preconceito que ainda existe a respeito da doença (SILVEIRA, et. al., 2014).

Muitos portadores e alguns dos familiares que sabem do diagnóstico da doença decidem por omitir a existência da doença aos demais familiares por medo do doente sofrer preconceito e ser afastado do convívio da família. Com a omissão do diagnóstico, o portador fica sem apoio durante o tratamento da família que representam a principal fonte de incentivo durante o tratamento (CID et. al., 2012).

Contudo o processo de adesão ao tratamento é influenciado por diversos fatores devido a estigma social imbuída na contextualidade da hanseníase, destarte entendeu os sujeitos é observar as nuances dos aspectos psicossociais e culturais que transpassam o contexto biológico da temática. Assim as representações sociais da hanseníase tornam-se um aspecto importante para nortear melhores ações em uma ótica diferenciada da assistência.

A representação social deve ser encarada tanto na medida em que ela possui uma contextura psicológica autônoma como na medida em que é própria de nossa sociedade e de nossa cultura (Moscovici 1978; Crusoé, 2004). Para Denise Jodelet a representação social tem cinco características fundamentais: é sempre representação de um objeto; tem sempre um caráter imagético e a propriedade de deixar intercambiáveis a sensação e a ideia; a percepção e o conceito; tem um caráter simbólico e significante; tem um caráter construtivo; tem um caráter autônomo e criativo (Sêga, 2000).

A representação social da hanseníase diz respeito como o doente enfrenta a doença. O paciente ao ser informado que é portador da doença deve ser bem instruído do que realmente ela representa, pois ele próprio pode produzir e modificar modelos de realidade, representações sobre a enfermidade. A representação social é histórica, não pode ser entendida como um fato isolado. A hanseníase, por exemplo, chegou a Europa sem ter seus portadores isolados de imediato, com o tempo passou a isolar as pessoas que apresentavam a doença, tal isolamento teve inúmeras justificativas. Com o passar do tempo deixou-se de isolar as pessoas, possibilitando uma nova leitura da doença. Ainda hoje o estigma, apesar de real e forte, não está sistematicamente presente. Com as informações recebidas a respeito da doença o portador tem diversas condições históricas a seu favor ou não, que serão consideradas com a experiência de sua enfermidade (MINUZZO, 2008). Portanto o objetivo do estudo foi de analisar as representações sociais da hanseníase em portadores e familiares no município de Alto Rio Novo – ES

## 2.METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em usuários do serviço das Estratégias de Saúde da Família do município de Alto Rio Novo – ES. Como critérios de inclusão, pacientes portadores de hanseníase e seus familiares. Os portadores para participar da pesquisa devem ter o diagnóstico da doença realizado pelo menos há 1 mês e estarem realizando o tratamento. Com a realização deste estudo foi possível identificar os principais aspectos que venham a influenciar no tratamento envolvendo o portador e os familiares.

A pesquisa foi realizada no município de Alto Rio Novo no Estado do Espírito Santo. Possui uma população de 7.317 habitantes e uma estimativa populacional para o ano de 2016 de 7.979 habitantes dados retirados do portal do IBGE (2016). Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, esse município possui o índice de casos da doença no município é considerado elevado, sendo os maiores registro de casos em 2013 (SESA, 2016).

A amostra do estudo foi constituída pelos portadores de hanseníase e seus familiares diagnosticados pelo Sistema Único de Saúde há pelo menos 1 mês e estão realizando o tratamento no município de Alto Rio Novo - ES.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas através de um questionário semiestruturado com os portadores de hanseníase e seus familiares. Os dados foram coletados por gravador digital e posteriormente todas as entrevistas foram transcritas após serem analisadas e extraídas.

As evocações as quais foram analisadas por meio de um *software* IRaMuTeQ versão 0.6 Alpha 3, do laboratório Lerass, obtendo-se conteúdos de análise frente às evocações, feitos a produção da *word cloud* e análise de similitude, e finalizando com a discussão das representações obtidas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC) Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) 56138116.5.0000.5062 atendendo aos critérios concebidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1.DADOS QUANTITATIVOS

Os dados quantitativos trazem informações pessoais dos respondentes, estes que possuem o grupo de portadores de hanseníase e o grupo de familiares destes portadores, como o estudo possui um foco qualitativo estes dados representam um perfil dos respondentes e podem ser observados as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar e procedência e podem ser observados na tabela 1.

Observa-se que a maioria (35,71%) dos respondentes do estudo possui a faixa etária entre 18 a 25 anos e 40% dos portadores estavam nesta faixa. De acordo com Lima *et al.* (2010) a ocorrência da hanseníase predomina-se na faixa etária economicamente ativa, o que proporciona grande impacto socioeconômico no país. A predominância da doença é em indivíduos de idade entre 15 e 44 anos. Esta informação é confirmada já que o percentual de portadores de hanseníase, de acordo com a tabela, possui faixa etária de 18 a 44 anos totalizam 60%.

Entre os portadores houve a prevalência de homens (60%) e 77,78% dos familiares respondentes eram do sexo feminino. Em grandes estudos quantitativos de hanseníase no Brasil observa-se que a frequência do sexo masculino é predominante (LIMA *et al.*, 2010).

Neste estudo observou-se que 60% dos portadores de hanseníase são solteiros e 40% declaram casados, já os familiares observou-se que 66,66% possuem um relacionamento conjugal seja casado ou união estável.

Quanto a escolaridade dos portadores de hanseníase 20% são analfabetos e 80% possui ensino fundamental incompleto, caracterizando-se assim, o nível de escolaridade muito baixo. A escolaridade dos familiares dos portadores de hanseníase segue percentuais parecidos se comparados aos dos portadores, pois 33,33% dos familiares responderam ser analfabetos, 55,56% possuem ensino fundamental incompleto e 11,11% tem ensino médio incompleto.

De acordo com GAMA (2014) para nível de conhecimento no Brasil no ano de 2013 havia 13 milhões de analfabetos que apresentavam idade de 15 anos ou mais, o que corresponde a 8,3% do total de habitantes do país. Para as pessoas com faixa etária abaixo de 30 anos o índice de analfabetos estava abaixo de 3%. No

entanto, o índice de analfabetismo no Brasil é ainda considerado alto para pessoas com mais de 40 anos devido ao fato que estas não tiveram acesso a educação anteriormente.

Tabela 1- Informações pessoais dos portadores de hanseníase e familiares (n=14)

Variáveis individuais		Portadores de hanseníase e familiares					
		Portadores (n=5)		Familiares (n=9)		Total (n=14)	
		N	%	N	%	N	%
Idade	Entre 18 a 25 anos	2	40,0	3	33,33	5	35,71
	Entre 26 e 44 anos	1	20,0	3	33,33	4	28,57
	Entre 45 a 54 anos	1	20,0	0	00,00	1	7,15
	Acima de 55	1	20,0	3	33,33	4	28,57
Sexo	Feminino	2	40,0	7	77,78	9	64,29
	Masculino	3	60,0	2	22,22	5	35,71
Estado Civil	Solteiro	3	60,0	3	33,33	6	42,86
	Casado	2	40,0	3	33,33	5	35,71
	União Estável	0	0	3	33,33	3	21,43
Escolaridade	Analfabeto	1	20,0	3	33,33	4	28,57
	Ens. Fundament. Incompl.	4	80,0	5	55,56	9	64,29
	Ens. Médio Incompl.	0	0	1	11,11	1	7,14
Renda familiar	Menor 1 salário	3	60,0	3	33,33	6	42,86
	Até 1 salário	2	40,0	6	66,67	8	57,14
Procedência	Zona rural	3	60,0	4	44,44	7	50,0
	Zona urbana	2	40,0	5	55,56	7	50,0

Fonte: Dados da Pesquisa

O índice de analfabetos e ensino fundamental incompleto dos portadores de hanseníase torna-se preocupante, pois quanto menor é o nível de escolaridade menor é o conhecimento que se podem ter sobre a doença. Tem-se uma interferência no que diz respeito a linguagem técnica utilizadas pelos profissionais, o que compromete a compreensão das informações durante a consulta e duração do tratamento (SOUZA *et al.*, 2013)

De acordo com GAMA (2014) para nível de conhecimento no Brasil no ano de 2013 havia 13 milhões de analfabetos que apresentavam idade de 15 anos ou mais, o que corresponde a 8,3% do total de habitantes do país. Para as pessoas com faixa etária abaixo de 30 anos o índice de analfabetos estava abaixo de 3%. No entanto, o índice de analfabetismo no Brasil é ainda considerado alto para pessoas com mais de 40 anos devido ao fato que estas não tiveram acesso à educação anteriormente.

O índice de analfabetos e ensino fundamental incompleto dos portadores de hanseníase torna-se preocupante, pois quanto menor é o nível de escolaridade menor é o conhecimento que se podem ter sobre a doença. Tem-se uma interferência no que diz respeito a linguagem técnica utilizadas pelos profissionais, o que compromete a compreensão das informações durante a consulta e duração do tratamento (SOUZA *et al.*, 2013).

Observando a renda dos portadores de hanseníase e seus familiares podem estar relacionada ao nível de escolaridade que os mesmos apresenta. Pode-se constatar que a ocupação dessas pessoas é em serviços que não precisam de nível de escolaridade alto, por isso a renda ser tão baixa (DUARTE, AYRES e SIMONETTE, 2007).

A renda familiar dos portadores de hanseníase é muito pequena. Dados apontaram que 60% dos portadores tem renda familiar menor que um salário mínimo e 40% possuem renda de até um salário

mínimo. As famílias dos portadores o percentual é de 33,33% para renda menor de um salário mínimo e 66,67 possui renda de um salário mínimo.

A renda per capita é um dos indicadores socioeconômicos utilizados para elaborar o Índice de Desenvolvimento Humano (IHD). O Brasil está bem longe de ocupar as primeiras posições desse ranking devido a desigualdade social existente no país. A riqueza está concentrada em uma pequena parte da população, ficando assim, grande parte percentual da população que vive na pobreza. É notório que os aspectos econômicos das pessoas influenciam nas formas de enfrentar os problemas de saúde, principalmente a hanseníase, uma doença que está associada ao preconceito na sociedade desde os primeiros relatos da doença (DUARTE, AYRES e SIMONETTE, 2007).

“A pouca escolaridade e a baixa renda são fatores de risco para o desenvolvimento da hanseníase, havendo comprometimento da qualidade de vida, sobretudo no que tange às relações sociais e aceitação da doença” (SOUZA et. al., 2013, p. 10).

No que tange à procedência observou-se 60% dos portadores de hanseníase residem na zona rural e 40% na zona urbana. A residência dos familiares equivale-se a um percentual de 44,44% residindo na zona rural e 55,56 residem na zona urbana.

Para finalizar o levantamento do perfil, foi indagado sobre o meio de informação dos sujeitos do estudo e 100% dos portadores e familiares tem acesso à informação principalmente por meio de televisão e rádio.

De acordo com dados da Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (2015) a televisão é o meio de comunicação mais utilizado pelos brasileiros 95% assistem televisão regularmente. O rádio é o segundo meio de comunicação entre os brasileiros, pois 55% da população têm suas informações através do rádio.

### 3.2.DADOS QUALITATIVOS

Dentro da teoria das representações sociais os apontamentos gerados evocações um conjunto de explicações, crenças e ideais acerca da interação social dos sujeitos frente à acontecimentos, pessoas ou objetivos e no caso deste estudo acerca da hanseníase.

Para elucidar melhor os dados, estes serão apresentados as representações sociais dos Portadores separados de seus Familiares. Nestes dados são identificadas as representações sociais sobre a hanseníase da chamada de *Word Cloud* (Nuvem de palavras) trata-se de uma análise lexical mais simples, porém graficamente didática que agrupa os termos e os organiza em função da sua frequência.

Na representação gráfica, as palavras têm seu tamanho diretamente proporcional à sua frequência de evocação no *corpus* transcrito a partir das entrevistas com o s portadores de hanseníase e seus familiares. Além disso é feito graficamente a análise de similitude, esta que se baseia na teoria dos grafos (MARCHAND E RATINAUD, 2012) e avalia a cognição social possibilitando identificar as co-ocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação.

### 3.3.REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE HANSENÍASE POR PORTADORES

Observando a figura 1 a qual desvela, através da nuvem de palavras, que a representação social de Hanseníase em Portadores “remédio”, a possível razão para que este elemento seja evocado está na busca da cura para a hanseníase, uma vez que o tratamento é longo, querem disciplina o consumo diário, além da dose supervisionada e os medicamentos que devem ser administrados nas Unidades de Saúde.

Vale lembrar que a alta por cura se dá se o paciente fizer o tratamento de forma adequada e até o fim, pois a casos em que o paciente abandona o tratamento. O tratamento quando interrompido pode resultar em problemas para o portador de hanseníase, sendo o mais grave o retardamento da cura ou poderá apresentar deformidades físicas o que pode contribuir para perpetuar o estigma da doença, (MELLO, 2010).

Figura 1 – Nuvem de Palavras – Representação Social de Hanseníase em Portadores.



**Fonte:** Dados da pesquisa

Observa-se que na periferia da nuvem aparecem o reforço de tais dados com os termos “tratamento” e “tomar”. Para uma melhor compreensão destes aspectos, remete-se a análise de similitude para avaliação da conectividade entre os termos evocados no discurso (figura 2).

Figura 2 – Análise da Similitude – Representação Social de Hanseníase em Portadores.



**Fonte:** Dados da Pesquisa

Os dados desvelam que elemento “remédios” sendo evocado no gráfico torna-se centralizado (árvore máxima) para nortear aspectos que direcionam as ramificações léxicas as quais existem elementos que caracterizam a preocupação e temor com a hanseníase como os elementos “dormência” e “lepra”; e a preocupação com a cura através dos elementos “exame” e o reforço de representação social de Hanseníase – “remédio”, através do elemento “tratamento”.

Observa-se que os portadores evocam o termo “lepra” em um tom de medo e tensão, percebido não somente na intensidade de falas, mas durante as entrevistas a palavra era citada em um tom mais baixo. O termo “lepra” remete ao preconceito que os portadores de hanseníase enfrentaram no passado e ainda têm que enfrentar nos dias atuais.

“Antigamente eles chamava isso de lepra” (PORTADOR 4).

O termo lepra foi utilizado na Bíblia, na época de Jesus, onde o Novo Testamento traz a narrativa que Jesus limpou um homem cheio de lepra que veio até ele, fato este relatado no livro de Lucas (BÍBLIA SAGRADA, 2007).

O destaque para a palavra “dormência” está associado a um dos sintomas da hanseníase. A dormência foi relatada pelos portadores de hanseníase quando estes foram questionados o que eles pensam quando ouvem a palavra hanseníase.

Vem em minha mente dormência (PORTADOR 3).

De acordo com o portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia (BRASIL, 2016b, p. 1) “nas áreas afetadas pela hanseníase, o paciente apresenta perda de sensibilidade térmica, perda de pelos e ausência de transpiração. Quando lesiona o nervo da região em que se manifestou a doença, causa dormência e perda de tônus muscular na área”.

Tem-se da ramificação o termo “exame” o qual remete a necessidade do portador de hanseníase realiza-lo para detectar da doença.

Senti a muito tempo que meu braço estava dormente, um ano ou mais e quando fui fazer o exame doeu muito quando eles cortaram meu joelho e minha orelha, no braço não doeu porque estava dormente, isso me incomodou muito (PORTADOR 4).

O diagnóstico é basicamente clínico, baseado nos sinais e sintomas detectados no exame de toda a pele, olhos, palpação dos nervos, avaliação da sensibilidade superficial e da força muscular dos membros superiores e inferiores. Em raros casos será necessário solicitar exames complementares para confirmação diagnóstica (MOREIRA e NETO, 2001).

Da primeira ramificação da palavra remédio tem a palavra “tratamento”. O tratamento é uma parte delicada e difícil para o portador de hanseníase, já que este deve ser feito com acompanhamento nas unidades de saúde.

Acho muito difícil ficar indo na rua toda vez pra toma os remédios e fico com medo disso não sarar. Minha filha disse que ia pegar em todo mundo aqui de casa, fiquei triste, mas a enfermeira do posto falou que se eu tomar os remédios direito não pega neles (PORTADOR 5).

Araguaia (2015, p. 1) informa que “o tratamento e distribuição de remédios são gratuitos, e ao contrário do que muitas pessoas podem pensar, em face o estigma que esta doença tem, não é necessário o isolamento do paciente.

Da palavra remédio ainda encontra-se ramificações com as palavras “tomar”, “mancha”, “problema”. Há uma necessidade dos portadores tomarem os remédios para diminuir as manchas e acabar de vez com o problema da hanseníase.

As manchas tornam-se uma grande preocupação para o portador de hanseníase, pois de acordo com a entrevista a esses portadores, houve relatos sobre a preocupação e a vergonha que sentem com as manchas.

Sentia muita dor, muita mesmo e essas mancha me mata de vergonha. Minhas manchas era muito no rosto assim, ai lá na escola as pessoas não queria chegar perto de mim, a professora me colocou no canto da sala, senti vergonha demais e não queria voltar na escola mais (PORTADOR 1).

Não quero que apareça mais manchas e não quero tomar esses remédios mais de um ano (PORTADOR 2).

Vem em minha mente é manchas (PORTADOR 5).

A palavra “mancha” encontra-se na ramificação, pois é um dos sintomas da hanseníase perceptíveis para as demais pessoas. A mancha é caracterizada como o primeiro e principal sintoma da lepra, as manchas são de cor parda, ou eritematosas, mesmo sendo pouco visível, torna-se causa de constrangimento para o portador de hanseníase, são dados do portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia (BRASIL, 2016b).

A palavra “tomar” está associada aos medicamentos que são tomados pelos portadores de hanseníase. Destaca-se que estes remédios são administrados através de doses supervisionadas.

De acordo com o Portal da Saúde (BRASIL, 2014) os esquemas terapêuticos deverão ser utilizados de acordo com a classificação operacional da doença. As doses supervisionadas tem duração de 6 meses ou 12 meses, obedecendo sempre a classificação.

Pode-se observar que dentro das ramificações da árvore máxima das representações sociais da hanseníase dos portadores, não aparece a palavra “preconceito”. Os portadores pesquisados não colocam o preconceito como meio de preocupação da doença, ao contrário, a única vez que a palavra aparece foi para relatar que não houve preconceito após o diagnóstico da doença.

“Não tive nenhum medo e preocupação, não sofri preconceito” (PORTADOR 3).

### 3.4. REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE HANSENÍASE POR FAMILIARES DE PORTADORES

A figura 3 apresentada a Representação social de Hanseníase por Familiares observa-se que a evocação do termo “medo” é o elemento de representação, tal fato chama a atenção pois desvela que mesmo no século XXI, o medo está ligado à contextualidade estigmatizantes com lepra, maldição e praga.

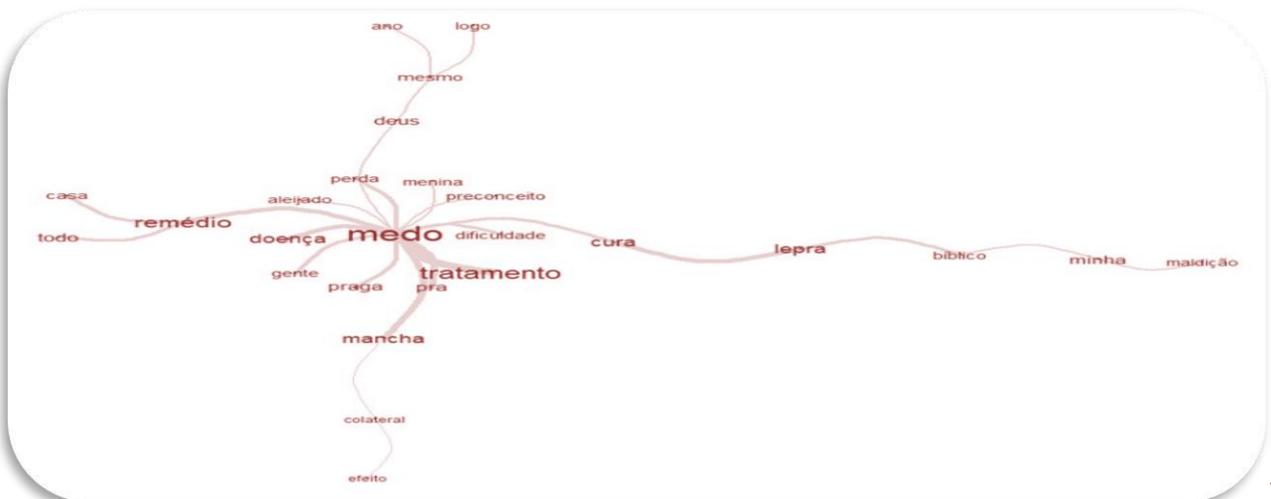
Figura 3 – Nuvem de Palavras - Representação Social de Hanseníase por Familiares de Portadores



Fonte: Dados da pesquisa

Tomando estes pontos observa-se na figura 4, na análise de similitude, uma das ramificações da palavra medo remete a “lepra” “doença” “Praga” “Deus” “Bíblico”, “Maldição”. Essas palavras apontam negativa e a obscuridade do desconhecido, algo carregado de representação histórica construída em torno da hanseníase. Essa representação pode ser dita até mesmo na fala dos familiares como forma de preconceito, além de cancelar as características de baixo conhecimento sobre o assunto revelado no nível de escolaridade dos respondentes nos dados já apresentados do perfil da amostra.

Figura 4 – Análise da Similitude- Representação Social de Hanseníase por Familiares de Portadores



Fonte: Dados da Pesquisa

Os familiares dos portadores têm medo da doença, sabem das dificuldades enfrentadas após o diagnóstico, no entanto tem consciência da cura. O medo está relacionado à questão estigmatizada que é bíblico, tornando-se a doença uma maldição para sua família.

A palavra praga é um termo utilizado desde os tempos bíblicos para caracterizar a doença da hanseníase.

Tenho medo de pegar essa praga porque ele foge pra bebe e a menina do postinho de saúde falou que se ele beber vai passar pra todo mundo aqui de casa, é muito difícil controlar ele em casa (FAMILIAR 3.1)

Em Deuteronômio 24:8 encontra-se a palavra praga para se referir a lepra “guarda-te da praga da lepra e tem diligente cuidado de fazer segundo tudo o que te ensinarem os sacerdotes levitas; como lhes tenho ordenado, terás cuidado de o fazer” (BIBLIA SAGRADA, 2007).

Outra ramificação que merece destaque nas fala dos familiares dos portadores de hanseníase é que o medo remete a “tratamento” “lepra”

Hanseníase é aquele negocio lepra, leproso, antigamente era lepra e não tinha cura, hoje em dia tem tratamento e não vira lepra (FAMILIAR 2.1).

A hanseníase é uma doença milenar, foi denominada durante muito tempo como lepra e ainda o nome dado, mesmo com o passar do tempo, continua sendo motivo de preconceito e discriminação para os portadores da doença (BORENSTEIN et. al., 2008).

Um das ramificações da representação da hanseníase junto de acordo com os familiares dos portadores é que da palavra “medo” tem-se os termos “tratamento”, “mancha”, “colateral” “efeito”.

Tive muita dó dela, essa menina sentia dor dia e noite, levamos ela no médico do município, só que ela tomou poucos meses os remédios, ai ela piorou, tive que levar ela no doutor de vitória, ai lá ele disse que ela estava tomando os remédios errados e passou de novo aquele monte de remédios, ai depois foi sarando, sei que se não tratar mata, como aconteceu com meu sogro, cada dia que passava ficava com mais medo dessa menina complicar e morrer. Foi difícil no começo porque os remédios faziam mal pra ela, mas graças a deus está indo devagar (FAMILIAR 1).

Fico pensando no efeito colateral, tenho medo dele piorar, não temos dificuldade para tratar ele porque a enfermeira do posto de saúde ajuda e não sei o que seria sem ela (FAMILIAR 2)

Alguns familiares dos portadores de hanseníase relataram que ao tomar o remédio da dose supervisionada tiveram efeitos colaterais. Como a dose supervisionada é composta por diferentes remédios como difampicina, dapsona e clofazima pode sim ocorrer efeitos colaterais quando as doses são administradas (GOULART et al., 2002).

A palavra medo remete-se ainda ao termo “aleijado”. A hanseníase pode deixar deformidade no corpo da pessoa e essa é uma preocupação dos familiares dos portadores.

Tenho medo de a doença agravar e meu pai ir ficando aleijado aos poucos, nossa maior dificuldade foi até descobrir a doença (FAMILIAR 4.1).

O estigma da doença se dá pelas manchas na pele e demais e quando tratada tardiamente pode causar deformidades nas mãos e nos pés (BORGES, 2016).

#### 4.CONCLUSÃO

As representações sociais da hanseníase para os portadores e familiares pesquisados apresentam pontos importantes que merecem destaque. Ainda no século XXI a hanseníase é causa de preocupação e preconceito na sociedade, mesmo sendo uma doença que tem cura. O preconceito vem desde os primeiros relatos da doença, na Bíblia Sagrada quando refere a doença, usa-se termos como praga, maldição divina.

A hanseníase é vista pelos familiares como uma praga, uma maldição que pertence à família, pois de acordo com a entrevista em alguns casos, o portador atual, não é o único a ter a doença, houve relato que um familiar veio a óbito por causa da doença.

Os portadores de hanseníase têm muito vergonha, devido ao fato do aparecimento de manchas que podem ser vistas por outras pessoas tornando-se assim motivo de preconceito. Houve relatos durante a entrevista de um caso em que em sala de aula o portador foi separado dos demais alunos devido às manchas em seu

corpo. Observa-se que até mesmo no ambiente escolar onde o professor poderia explicar o que a hanseníase, seus sintomas, que é uma doença que tem cura, optou-se pelo preconceito, fato este que se torna preocupante, pois comprova que o preconceito à doença é muito alto na sociedade.

A principal dificuldade relatada pelos portadores é com o tratamento, por ser um tratamento longo deve ser feito através de antibióticos com dose supervisionada, os portadores alegaram que alguns medicamentos não fazem efeito e não querem mais toma-los.

O longo período de tratamento é a principal causa do abandono do mesmo, os portadores esperam uma cura imediata para a doença, no entanto não é essa a realidade que enfrentam. É muito importante que durante o tratamento os portadores tenham incentivos de familiares, amigos e dos profissionais de saúde para não desistirem do tratamento, uma vez quando interrompido demora-se mais para ter a cura da doença.

Os familiares também relataram enfrentar dificuldades com o diagnóstico da doença. Para eles se torna difícil acompanhar o portador as unidades de saúde, por causa do preconceito das outras pessoas e até mesmo pelo fato do portador não querer ir de encontro ao tratamento.

Vale ressaltar que com a pesquisa o portador não mencionou em momento algum a palavra preconceito, no entanto, expressa a doença como palavras que remetem as dificuldades que eles enfrentam durante o tratamento, pela presença de manchas, efeitos colaterais dos medicamentos dentre outros.

Pode-se concluir que a hanseníase é uma doença que ainda tem grande estigma na sociedade. Os portadores e familiares ainda sofrem com o preconceito da doença e veem o tratamento como demorado e muitas vezes alegam que não está tendo o efeito desejado e acabam por interromper o mesmo.

## REFERÊNCIAS

- [1] BÍBLIA SAGRADA. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2007.
- [2] BORGES, Cintia. *Mato Grosso lidera casos de hanseníase há 30 anos*. 2016. Disponível em: <<http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/89024-mato-grosso-lidera-casos-de-hansenaase-ha-30-anos.html>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- [3] BORENSTEIN Miriam Süssking et. al. *Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960)*. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700009). Acesso em: 27 out. 2016.
- [4] BRASIL, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. *Hanseníase, verminoses e tracoma tem cura: a experiência de uma campanha integrada*. 2016a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/12/2015-038---Campanha-publica---o.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016
- [5] .CID, Renata Dias de Souza, et. al. *Percepção dos usuários sobre o preconceito da hanseníase*. Revrene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Ceará, v. 13, n. 5, p. 1004 -14, 11 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.
- [6] CRUSOÉ, Nilma Margarida de Castro. *A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa da educação*. 2004. Disponível em: <[http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf\\_121](http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf_121)>. Acesso em: 15 out. 2016.
- [7] DUARTE, Marli Teresinha Cassamassino; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTE, Janete Pessuto. *Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem*. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000700010&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 24 out. 2016.
- [8] GAMA, Lima. Brasil ainda tem 13 milhões de analfabetos com 15 anos ou mais. 2014. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/noticias/2014/09/18/brasil-ainda-tem-13-milhoes-de-analfabetos-com-15-anos-ou-mais.htm>>. Acesso em: 24 out. 2016.

- [9] GOULART, Isabela Maria Bernardes et. al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 35(5): 453-460, set-out, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n5/13162.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.
- [10] IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Alto Rio Novo – Espírito Santo. 2016. Disponível em: <[http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/es/alto\\_rio\\_novo/](http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/es/alto_rio_novo/)>. Acesso em: 15 out. 2016.
- [11] LIMA, Hívena Maria Nogueira et. al. *Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde São Luís MA*. *Revista Brasil Clínica Médica*, v. 8, n. 4 p. 323 a 327. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n4/a007.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.
- [12] MACHADO, Rosani Ramos et. al.. *Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação*. 2009. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- [13] MELLO, Kédman Trindade. *Respostas para as principais dúvidas da hanseníase*. 2010. Disponível em: <<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=9W7tI79fp78%3D>>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- [14] MINUZZO, Débora Alves. *O homem paciente de hanseníase (LEPRA): representação social, rede social e familiar, experiência e imagem corpora*. 2008. Disponível em: <[http://www.ensino.uevora.pt/erasmusmundus/thesis/thesishanseniaseleptra\\_minuzzo.pdf](http://www.ensino.uevora.pt/erasmusmundus/thesis/thesishanseniaseleptra_minuzzo.pdf)>. Acesso em: 30 ago. 2016.
- [15] MOREIRA, Maria Bernadete Rocha; NETO, Milton Menezes da Costa. *Controle da hanseníase na atenção básica*. 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasse\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasse_atencao.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2016.
- [16] NERI, Esmeraldina Carlos de Fátima Peixoto. *Adesão ao controle de hanseníase: perfil dos comunicantes intradomiciliares que comparecem as consultas*. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Guarulhos, Guarulhos. Disponível em: <<http://tede.ung.br/bitstream/123456789/224/1/Esmeraldina+Carlos+de+Fatima+Peixoto+Neri.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.
- [17] SALES, Anna Maria. *Hanseníase*. 2015. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/hansen%C3%ADase>>. Acesso em: 13 set. 2015
- [18] SALTARELLI, Rafaela Guimarães Fernandes. *Limites e possibilidades da atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete/ Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3147.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2015.
- [19] SÊGA, Rafael Augustus. *O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici*. 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- [20] SILVEIRA, Mariana Guimarães Bicalho. et. al. *Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico*. *Revista Psicologia e Sociedade*. Minas Gerais, v. 26, n. 2, p. 517-527, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a27v26n2.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.
- [21] SOUZA, Adriana Alves de et. al. *Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz- MA*. *Revista SANARE*, v. 12, n. 1, p. 6-12, jan./jun. 2013. Disponível em: <[http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7588/1/2013\\_art\\_acpjcosta1.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7588/1/2013_art_acpjcosta1.pdf)>. Acesso em: 24 out. 2016.

# Capítulo 9

*Depois das grades e apesar delas: saúde como caminho de liberdade para mulheres em cumprimento de pena semiprivativa de liberdade na unidade prisional semiaberto de Manaus.*

*Elise Miranda Peixoto*

*Ana Paula de Souza Lima*

*Cecília Maria Alves de Freitas*

*Ludmila Mendonça*

*Thaís Tibery Espir*

**Resumo:** Este trabalho busca contribuir para a reflexão em torno da condição da mulher encarcerada na cidade de Manaus além de descrever diversas ações sociais e de saúde desenvolvidas por docentes e discentes do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas junto às mulheres em cumprimento de pena em regime semiaberto na Unidade Prisional Semiaberto Feminina de Manaus. Tendo a saúde como foco e compreendida a partir de uma visão holística, pretendeu-se possibilitar a essas mulheres o acesso a alguns procedimentos específicos de saúde (consultas médicas, preventivo do câncer e do colo uterino, testagem rápida, consultas e exames dermatológicos, dentre outros), além de atividades voltadas para o acesso a direitos básicos e informação em saúde. Objetiva-se com estas ações contribuir para que o processo de transição da condição de privação de liberdade e para a liberdade ocorra sob condições, minimamente, adequadas de modo a favorecer a gradativa autonomia dessas mulheres na retomada da vida em sociedade.

**Palavras-chave:** Mulheres. Presídio. Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população carcerária brasileira vem apresentando cada vez mais desafios ao seu enfrentamento e que requer respostas para além das tão almejadas medidas coercitivas reivindicadas pela sociedade face ao aumento da violência nas cidades brasileiras. Parte dessa população carcerária que vem crescendo é feminina, e, portanto, com necessidades específicas dentro do universo penitenciário dominado por homens. Adentrar a esse universo para conhecê-lo e propor medidas interventivas e efetivas configura-se como um dos grandes desafios para as Instituições Públicas, especialmente para as Universidades Públicas Federais e, no interior delas, as Faculdades de Medicina, cujos Cursos, formam profissionais para atenderem pessoas e seus processos de adoecimento e junto a elas construírem boas práticas que produzam saúde. Este trabalho descreve algumas ações desenvolvidas junto às mulheres de uma Unidade Prisional no esforço de começar a responder a esse desafio.

## 2. OBJETIVO GERAL

Realizar um conjunto de ações sociais e de saúde junto às mulheres em cumprimento de pena semiprivativa de liberdade na Unidade Prisional Semiaberto Feminina de Manaus de modo a contribuir com acesso a seus direitos e construção de autonomia na transição do cárcere para a liberdade.

## 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil ocupa o 3º lugar em população carcerária no mundo ultrapassando a Rússia em 2015, segundo dados do Ministério da Justiça. Eram 699 mil brasileiros naquele ano, contra 646 mil russos. Apenas os Estados Unidos estão à frente (2,1 milhões) e a China (1,6 milhões). Dados obtidos pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), órgão do Ministério da Justiça, reunidos até junho de 2016, dão conta de que, em relação à taxa de aprisionamento de mulheres por 100 mil habitantes, o país deixa de ser o 4º e passa para o 3º lugar atrás apenas dos Estados Unidos e da Tailândia com 40,6%. A população carcerária feminina cresceu 698%. No ano 2000, havia 5.601 mulheres cumprindo medidas de privação de liberdade. Em 2016, o número saltou para 44.721. Apenas em dois anos, entre dezembro de 2014 e dezembro de 2016, houve aumento de 19,6% subindo de 37.380 para 44.721. Em relação ao Estado do Amazonas, entre os anos de 2007 e 2014, a população carcerária feminina cresceu 89%, acompanhando a tendência do Sistema Nacional que registrou um aumento de 567% no número de mulheres encarceradas.

Dentre outros aspectos, o levantamento do DEPEN mostra que há um crescimento crescente na tipificação de crimes sendo o tráfico de drogas o correspondente a 62% das incidências penais. De 5 mulheres encarceradas, 3 respondem por ligação ao tráfico.

A análise desse fato aponta diversas razões dentre as quais a ausência de políticas sociais, de assistência às egressas do Sistema prisional uma vez que o tráfico funciona, na maioria das vezes, como a base de uma renda familiar, um mercado paralelo de sobrevivência no contexto de crise financeira e desemprego como no caso Brasileiro, país marcado por extremas desigualdades sociais e formas de exclusões sociais diversas.

Assim, ao se discutir o Sistema Penitenciário Brasileiro, necessário se faz lembrar que parte dessa população é constituída de mulheres, portanto com necessidades específicas de mulheres. Conforme destaca Queiroz (2015): “é fácil esquecer que mulheres são mulheres sob a desculpa de que todos os criminosos devam ser tratados de maneira idêntica. Mas a igualdade é desigual quando se esquecem as diferenças”. A própria criminologia foi definida pelas primeiras estudiosas feministas que atuavam no campo como “uma disciplina feita por homens para estudar crimes cometidos por homens” sendo estabelecida a perspectiva feminista na criminologia como um movimento crítico”. (Portella, 2014)

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Valois (2016) destaca que “as prisões foram construídas para homens, suas paredes, seus muros e suas grades, foram pensados para conter homens e sua violência (...) todas as práticas prisionais, o ritual do encarceramento, assim como uniformes, algemas, camburões desconhecem gêneros e são iguados em nível de violência que agride qualquer coisa que se imagina no feminino”. Com esse pensamento, Laier (2014) observa que, “se a mulher foi esquecida pela criminologia tradicional, e tem sido muito mais nas sociedades onde a estrutura de poder e cultura patriarcais ainda prevalecem, se o trabalho da mulher em casa permanece ignorado, as mulheres encarceradas são, simplesmente invisíveis.

#### 4. METODOLOGIA

As atividades foram iniciadas na Unidade Prisional Semiaberto Feminina de Manaus (UPSFM) por meio de Projeto de Extensão (PIBEX) devidamente aprovado nas Instâncias da Faculdade de Medicina e da Pró-Reitoria de Extensão da UFAM bem como na UPSFM. Após discussão da proposta com a direção da UPSFM e com as mulheres em cumprimento de pena semiprivativa de liberdade daquela Unidade, semanalmente, um grupo de alunos (as), acompanhados (as) de duas Professoras, desenvolveram as seguintes ações: rodas de conversa e oficinas temáticas para prevenção de doenças, promoção de saúde e aquisição de habilidades diversas; em parceria com outros profissionais (médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros) foram realizados testes rápidos para investigação da presença de HIV, Sífilis, Hepatites B e C bem como exames dermatológicos, ginecológicos e exames preventivos do câncer de colo de útero para detecção de doenças e posterior tratamento; em datas comemorativas como o dia das mães, dia das crianças e natal foram realizadas confraternizações para contribuir no estreitamento de laços familiares, motivar a sentimentos de autoestima, resiliência e busca de autonomia que favorecessem no enfrentamento de dificuldades na transição para a liberdade; foi iniciada a parceria com o Curso de Educação Física e realizada atividade física com as mulheres apenas no Campus Universitário/UFAM; foi estabelecida parceria com o Curso de Psicologia da UFAM criando-se o Estágio Curricular Supervisionado com atendimento individual e/ou grupal nas dependências da UPSFM por meio de encontros semanais das mulheres e alunos (as) de Psicologia acompanhados de um Professor- Supervisor do Estágio.

O Projeto de Extensão foi desenvolvido por cerca de dois anos com sucessivas renovações (2014-2016) não havendo continuidade no ano de 2017 e está sendo retomado neste segundo semestre de 2018.

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato mantido ao longo desses dois anos com as mulheres da UPSFM contribuiu para que a equipe de alunos (as) e Professores (as) entendesse ainda mais a importância de adentrar-se ao Sistema Carcerário para melhor e cada vez mais conhecer as demandas de sua população para que sejam propostas e realizadas ações interventivas que visem corresponder gradativamente a essas demandas por saúde, assistência social, estreitamento dos laços familiares os quais ficam bastante fragilizados no cárcere. No que se refere às mulheres, é preciso que se busque conhecer suas especificidades, conhecê-las na sua singularidade para que as ações interventivas alcancem alguma efetividade. A experiência desenvolvida, embora incipiente face à problemática do Sistema Prisional mostrou que dar o primeiro passo, fazer o movimento da aproximação inicial é fundamental. O resto é construção coletiva! O que se quer passar como mensagem é que as pessoas, homens e mulheres que viveram ou vivem a experiência carcerária, precisam de oportunidades para recomeçar. Faz-se necessário questionar a lógica das políticas públicas atuais, que, pautadas num projeto de estado de inspiração neoliberal, tende a reduzir seu compromisso com a garantia dos direitos sociais da população ao mesmo tempo em que amplia a intervenção penal e pouco se busca experiências interventivas, uma vez que até as produções teóricas a cerca do tema ainda são escassas.

#### REFERÊNCIAS

- [1] Diniz, Débora. Cadeia: Relatos sobre Mulheres. 1º ed. Rio de Janeiro; Civilização Brasileira, 2015.
- [2] Queiros, Nana. Presos que menstruam. A brutal vida das mulheres tratadas como horas nas prisões brasileiras. 1º ed. Rio de Janeiro; Record, 2015.
- [3] Almeida, Ney Luís Teixeira de; Monnerat, Giselle Lavinias; Souza, Rosimary Gonçalves. A Intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- [4] Laier, Goretti. Mulheres atrás das Grades: “ Não era para estarmos aqui! ” Aproximações da realidade de Mulheres Encarceradas no Presídio de João Pessoa. Gráfica JB. João Pessoa, 2014.
- [5] Portela, Ana Paula. Criminologia Feminista. IN: Crime, Polícia e Justiça no Brasil/ Organização Renato Sérgio de Lim, José Luis Rattar e Rodrigo Grringhellede Azevedo.- 1º ed. 1ª impressão- São Paulo. Contexto, 2014.
- [7] Westphal, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. IN: Tratado da Saúde Coletiva/ Gastão Wagner de Sousa Campos, et. al. 2ª ed. São Paulo HUCITEC, 2012. 968 p. (Saúde em debate, v. 170)
- [8] Valois, Luís Carlos. O Direito Penal da Guerra às Drogas. – Belo Horizonte; Editora D'Plácido, 2016.
- [9] Universidade Federal. Faculdade de Medicina. Projeto de Extensão: Depois das Grades e Apesar Delas: Saúde como Caminho de Liberdade para Mulheres do Semiaberto de Manaus. Proext, 2016.
- [10] Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Senado, 1988.

- [11] Brasil, Lei de Execução Penal, Lei 7.210 de Julho de 1984.
- [12] Gducc- Grupo de Diálogo- Universidade- Cárcere- Comunidade: uma experiência de integração entre a sociedade e o cárcere. Alvino Augusto de Sá, Ana Gabriela Mendes Braga, Maria Emília Accioli Nobre Bretan, Vivian Caldarani.
- [13] Varella, Dráuzio- Prisioneiras. 1º ed, São Paulo: Companhia de Letras, 2017.
- [14] Gonçalves, Pedro Correia. A Pena Privada da Liberdade. Evolução, História e doutrina. Quid Juris;
- [15] Foucault, Michel. Vigiar e Punir: História da Violência das Prisões; tradução de Raquel Ramallute. 37º ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

# Capítulo 10

## *Cuidados em saúde com usuários acometidos pela Hanseníase e que vivem em situação de rua*

*Juliana Santos Simões*

*Joicy Princeza de Portugal*

**Resumo:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por residentes de saúde mental e trabalhadores da eCR que desenvolveu um trabalho no ano de 2017 com o objetivo de realizar um levantamento diagnóstico de pessoas em situação de rua acometidas pela hanseníase. A hanseníase é uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*, com transmissão através do sistema respiratório superior. Após esses diagnósticos, a equipe se planejou para assegurar a adesão ao tratamento medicamentoso até o final sem que os obstáculos incidissem em abandono. Para tanto, foi construído em rede o Plano Terapêutico Singular envolvendo familiares, eCR e Centro de Saúde da Comunidade. Verificou-se que essa parceria é promissora e contribui positivamente para o tratamento adequado de patologias crônicas, como a hanseníase.

**Palavras Chave:** hanseníase, autocuidado, educação em saúde, equipe de assistência ao paciente

## 1. INTRODUÇÃO

Existe um número crescente de pessoas da população geral que estão excluídas das estruturas convencionais da sociedade, às quais vivem em situação de rua, tendo como resultado o comprometimento de sua saúde, tanto física como psíquica e, conseqüentemente, da sua sobrevivência. O aumento do consumo de drogas, inclusive por esta população, constitui um grave problema de saúde pública em todo o mundo, sendo alvo de planejamento de várias estratégias para minimizá-lo.

Em reconhecimento a questão de álcool e outras drogas, o Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, implantado pelo Ministério da Saúde, tem como proposta a ampliação do acesso ao tratamento e à promoção do direito de cidadania, com abordagem de redução de danos.

Sendo assim, após publicação da Portaria nº122 em 25 de janeiro de 2011, que define a organização e funcionamentos das equipes de consultório na rua (eCR), que faz parte da Política Nacional de Atenção Básica e que visa à ampliação do acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, oferecendo de maneira oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, que se encontra em condições de vulnerabilidade.

As equipes dos Consultórios na Rua desenvolvem ações de Atenção Básica e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica, são dotadas de composição multiprofissional e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Tem por objetivo, realizar suas atividades *in locu*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às unidades básicas (no município de Palmas, são denominados Centros de Saúde da Comunidade) e, quando necessário, também com as equipes dos Centro de atenção psicossocial - CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

## 2. LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

A experiência aqui relatada iniciou no mês de maio do ano de 2017, após a inserção do Residência Multiprofissional em Saúde Mental no Consultório na Rua (CNR) de Palmas/Tocantins como campo de atuação e finalizou em novembro de 2017.

Foram realizadas ações em conjunto, visando compreender o estado de saúde e as necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, no qual foi identificado a necessidade de investigar o acometimento de Hanseníase nessa população. Sendo assim, a equipe iniciou avaliações dermatoneurológica nos vários pontos de Palmas que vivem pessoas em situação de rua.

## 3. OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

A cidade de Palmas- TO está em segundo lugar no ranking nacional de casos diagnosticados de Hanseníase no Brasil. Durante as abordagens realizadas pela equipe de consultório na rua e residentes que atuaram no CNR no ano de 2017, percebeu-se a necessidade de investigar possíveis casos de hanseníase na população em situação de rua, essa é uma patologia negligenciada e com altos índices incapacitantes, é notório a dificuldade que essa população encontra ao tentar acessar dispositivos básicos da saúde no Sistema Único. Nesse sentido, a equipe se organizou de forma a realizar avaliação de hanseníase nos pacientes assistidos pelo consultório na rua da cidade de Palmas, com o objetivo de avaliar, diagnosticar/tratar e monitorar, devido aos vínculos construídos entre equipe e usuários.

## 4. OBJETIVO

- Captação dos usuários que vivem em situação de rua com diagnóstico positivo pra Hanseníase;
- Construir em Rede o cuidado em saúde à população em situação de rua acometida pela Hanseníase (Projeto Terapêutico Singular - PTS), na perspectiva da clínica ampliada;
- Diagnosticar e tratar casos de hanseníase que não chegam por demanda espontânea na Atenção Básica;
- Realizar levantamento epidemiológico de Hanseníase nas populações vulneráveis que encontram-se em situação de rua;
- Fortalecer o vínculo entre profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e população em situação de rua.

## 5.METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência adquirido durante a integração ensino-serviço do Programa Integrado de Residências Multiprofissionais (PIRS) na Residência Multiprofissional em Saúde Mental em parceria com a Equipe de Consultório na Rua de Palmas, Tocantins.

Após a experiência no mês de maio de 2017 em abordagens do eCR com as residentes em saúde mental, foi identificado a necessidade de realizar avaliações dermatoneurológicas neste grupo populacional, no qual a equipe se organizou e planejou ações pertinentes neste contexto.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais foram organizadas em ações multiprofissionais visando a promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde da população em situação de rua, bem como a redução de danos nessa população, que na sua maioria faz uso de álcool e outras drogas.

Foram utilizadas estratégias em regiões específicas de Palmas e as avaliações aconteceram nos CSC envolvendo as Equipes de Saúde da Família (ESF), Grupo Condutor (GC) da Hanseníase atuante na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Palmas aprovado pela Portaria Dsg/Fesp Nº 65 De 28 de agosto de 2017 e equipe do Consultório na Rua, bem como as residentes da saúde mental.

Foram utilizadas como instrumento de coleta de dados, as fichas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a avaliação dermatoneurológica, além disso, foi criado pelas pesquisadoras uma planilha de preenchimento manual para organização da coleta de dados.

Os resultados obtidos foram analisados inicialmente de forma manual e posteriormente compilados.

## 6.RESULTADOS

Foram realizadas quatro ações distribuídas entre as Regiões Norte, Central e Sul de Palmas.

Durante as ações, foram ofertadas: consulta odontológica, vacinação, testagem rápida, coleta de escarro, consulta com psicólogo, sala de espera com assistente social acerca de seus direitos civis, bem como avaliação dermatoneurológica.

Ao total, foram realizadas 12 avaliações, com três casos suspeitos, além disso, quatro usuários recusaram a avaliação, entretanto participaram da ação.

Neste período, foram diagnosticados quatro casos positivos de hanseníase em parceria com os CSC, que propiciou um cuidado longitudinal na perspectiva das necessidades de saúde a curto, médio e a longo prazo desses indivíduos. Dos quatro casos diagnosticados, três fazem uso de álcool e outras drogas.

Citaremos aqui, a experiência vivida com uma pessoa que estava em situação de rua há 2 anos e tinha familiares na cidade, mas devido as relações familiares prejudicadas pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, passou a utilizar os espaços públicos para moradia.

O mesmo foi diagnosticado com hanseníase multibacilar e dimorfa, sendo prescrito tratamento poliquimioterápico por 12 meses, então, a eCR iniciou a construção do PTS junto a RAS, visando reduzir os danos causados pelo acometimento da hanseníase, bem como, a assistência multiprofissional e um cuidado longitudinal.

Após permissão do usuário e por fazer parte do PTS, a equipe se organizou para discutir o caso junto aos familiares, que ao saberem do diagnóstico, se prontificaram a ajudar e ofereceram a ao mesmo que voltasse para a casa durante o tratamento. A qualidade de vida durante o tratamento de hanseníase, está atrelado a uma boa alimentação e ingestão de líquidos, e esses fatores ficam prejudicados quando as pessoas estão em situação de rua, nesse sentido, o apoio dos familiares é válido e contribuiu para a adesão ao tratamento medicamentoso.

Vale lembrar, que todo o processo de envolvimento de toda a RAS e da família, quando essa existe, foi feita em todos os casos diagnosticados com hanseníase pelo CNR e ainda é feito para outros tipos de agravos.

## 7.CONCLUSÃO

O morador de rua representa o extremo das iniquidades em saúde que contribuem para o maior número de agravos à saúde, sendo este um problema de saúde pública. Políticas de saúde já vem sendo desenvolvidas para atender esta clientela, entretanto, nem todos os municípios brasileiros aderem a política do consultório na rua, sendo assim, as ações de atenção básica dentro da estratégia saúde da

família, necessitam de fortalecimento para garantir acesso a saúde àqueles mais invisíveis, no que diz respeito a integralidade e equidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias, Guia de Bolso. 8ª edição. Pag. 206-216, 2010.
- [2] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>. Acesso em 04 de junho de 2018.
- [3] Luna, I. T., et al. Adesão ao Tratamento de Hanseníase: Dificuldades Inerentes aos Portadores. Reben. Fortaleza. v. 2, n. 2. Setembro 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267019463018/>>. Acesso em: 04 de junho 2018.
- [4] Prefeitura Municipal De Palmas. Portaria DSG/FESP nº 65, de 28 de agosto de 2017. Palmas, 28 ago. 2017.
- [5] Prata, E. M. M., Santos, M. A. O processo de saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicol Teor Prát*; v.25, pag.203-11, 2009.
- [6] Tesser, Charles Dalcanale; Sousa, Islândia Maria Carvalho. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. *Rev. Saúde e Sociedade*. São Paulo. v. 21, n.2. 2012. p 336-350, Março 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2012.v21n2/336-350/pt.>> Acesso em: 04 de junho 2018.

# Capítulo 11

## *Depressão: Etiologia, classificação e tratamento*

*Caroline de Sousa Medeiros e Silva*

*Fabio Biasotto Feitosa*

*Fagner Alfredo Ardisson Cirino Campos*

*Jaine de Santana Feitosa*

*Maria Ivanildes Silva de Azevedo*

**Resumo:** A depressão é conhecida desde a Antiguidade e, conforme cada época e civilização, existiu uma explicação para sua causa. Para as ciências da saúde, a depressão seria causada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Atualmente, a doença é classificada como um transtorno de humor. As taxonomias internacionais da saúde mental CID-10 e DSM-V definiram a depressão de acordo com especificadores padronizados e específicos. Existem também escalas psicométricas que procuram estabelecer parâmetros sugestivos de humor deprimido em indivíduos. O tratamento da depressão pode ser farmacológico e não farmacológico.

**Palavra Chave:** Depressão. Saúde mental. Psicologia. Enfermagem Psiquiátrica.

## 1.CONTEXTO HISTÓRICO DA DEPRESSÃO E CONSIDERAÇÕES ATUAIS

A depressão é conhecida desde os tempos mais remotos conforme registros históricos de diferentes culturas e povos, sendo concebida, nas culturas antigas, por fatores sobrenaturais, como no caso do rei Saul de Israel, mencionado na Bíblia, que se torna depressivo por influência da ira divina. Na Grécia, a depressão é apresentada como fruto de conflitos impostos pelo destino. A mitologia grega aponta que Orestes recebeu ordem do deus Apolo para matar sua mãe e, por não obedecê-lo, passa a ser deprimido. Hipócrates, por sua vez, considerou que o excesso da bile negra afetava o cérebro, causando a depressão. Assim, a doença seria de origem endógena (aparece sem motivo aparente) e exógena (surge do resultado de um trauma externo). O pai da medicina propôs, ainda, a Teoria dos Humores para explicar o temperamento, o qual dependia dos quatro humores básicos no corpo: sangue, bílis amarela, bílis negra e linfa. O acúmulo de algum destes elementos em algum órgão resultaria no predomínio de determinado temperamento. A bílis negra representava o outono e, como a terra, deveria ser fria e seca, tornando hostil a vida e ocasionando a tristeza, por ser acumulada no baço. É dessa teoria que surgiu o termo melancolia, derivado do grego *melas* – negro – e *kholé* – bílis – (TEIXEIRA, 2005).

Na Idade Média, acreditava-se que a depressão estava ligada à astrologia e que Saturno era responsável por guiar e conduzir os melancólicos (TEIXEIRA, 2005). Na Renascença, a depressão era atribuída à obstrução da circulação do ar, preocupação excessiva, situação desesperadora e fora do controle do indivíduo. No século XIX, a depressão recebeu novo significado, acrescido da afetividade (TOWNSEND, 2002).

Após muitas divergências na literatura em relação ao que seria melancolia e depressão, Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) acreditava que o termo melancolia era desgastado, de uso literário e usado vagamente para descrever o estado de humor deprimido dos seres humanos. A depressão, de forma científica, seria caracterizada pela tristeza, abatimento e desgaste de viver, que são acompanhados do delírio em uma ideia fixa (TEIXEIRA, 2005). A doença foi dicotomizada em reativas menores, atípicas, neuróticas e endógenas, subdivisões essas que, atualmente, não são mais aplicadas na medicina (AKISKAL; JUDD, 2007).

Nos dias atuais, a depressão é caracterizada como um transtorno do humor constituído por uma experiência subjetiva de grande sofrimento, acompanhada de perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite, modificações no sono e na atividade sexual, bem como pensamentos de morte ou suicídio. Esses sintomas quase sempre levam a comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional (SADOCK; SADOCK, 2010). Além disso, a depressão está frequentemente associada a dor crônica incapacitante e a baixos indicadores de qualidade de vida (ARNOW *et al.*, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de depressão na população geral está entre 3% e 11% e, aproximadamente, 350 milhões de pessoas sofrem desse transtorno (WHO, 2014). Nos Estados Unidos, a depressão afeta, em média, 14,8 milhões de adultos americanos ou 6,7% população americana com idade entre 18 ou mais (SMITH; RENSHAW; BILELLO, 2013).

De acordo com Townsend (2002), a incidência do transtorno é duas vezes maior no sexo feminino e, em ambos os sexos, os índices são maiores entre 20 e 40 anos. O início pode ocorrer em qualquer idade, mas a média gira em torno dos 25 anos (DSM-V, 2014). Ademais, histórico familiar de depressão aumenta a chance de um indivíduo desenvolver a doença (BUENO; NARDI, 2000).

## 2.POSSÍVEIS EXPLICAÇÕES DA CAUSA DA DEPRESSÃO

Conforme Townsend (2002), a depressão é concebida e explicada como um transtorno do humor, que abrange dimensões biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais. A psiquiatria se fundamenta em uma visão essencialmente biológica, a partir da qual o humor é entendido como mediado por neurotransmissores. A ação de um neurotransmissor irá interferir na ação dos demais neurotransmissores, resultando, às vezes, em um desequilíbrio do humor (BUENO; NARDI, 2000).

A Teoria Monoaminérgica, que explica o mecanismo de ação dos antidepressivos, defende que há uma íntima relação entre a depleção (diminuição) dos estoques cerebrais de monoaminas (serotonina, noradrenalina e dopamina) com o aparecimento da depressão. Tal teoria ou hipótese surgiu na década de 1950, com o uso da reserpina (anti-hipertensivo), que causava depressão como reação adversa, por deprimir os estoques cerebrais basais de monoaminas. Essa suposição é reforçada pela descoberta de que a isoniazida (medicação para tuberculose) inibia a enzima monoaminoxidase (que degrada as

monoaminas), proporcionando a elação (aumento) do humor. Dessa forma, a depressão seria ocasionada pela deficiência de catecolaminas ou serotonina e a elação do humor seria causada pelo excesso de catecolaminas.

Ainda não existe uma resposta definitiva para a etiologia biológica e a hipótese em questão ainda não foi comprovada, pois os resultados das pesquisas se mostraram contraditórios e inconsistentes, pelo fato de as monoaminas serem alteradas por funcionamento neuroendócrino, estresse, gênero, idade, cafeína, álcool e nicotina (IVERSEN, 2007). Ademais, Fava e Davidson (1996) demonstraram que nem todo paciente depressivo responde ao tratamento com antidepressivo, visto que 19% a 34% não apresentam resposta efetiva. Isso sugere que não há *déficit* global no funcionamento das monoaminas em todos os pacientes depressivos, mas, possivelmente, em apenas um grupo de indivíduos.

Outros achados biológicos evidenciam que pacientes depressivos possuem o mecanismo inibitório significativamente insatisfatório na supressão do eixo Hipotâmico- Hipofisário-Adrenal (HPA), que regularia o cortisol no organismo (IVERSEN, 2007). Nessa direção, Cohen, Kessler e Gordon (1997) expõem que, desde a década de 1970, existe um interesse em estudar transtornos psiquiátricos com foco no eixo HPA. Descobriu-se que esse eixo é relativamente mais ativo na depressão, com frequentes episódios de secreção de cortisol, cuja duração é maior do que em outros transtornos psiquiátricos ou em pessoas sem transtornos. Contudo, segundo os autores, ainda é incerto se a hiperativação do eixo HPA é a causa ou o efeito da depressão. De qualquer forma, sabe-se que o mesmo sistema neurofisiológico ativo nas reações de estresse pode estar também ativo em alguns tipos de depressão. Estudos de histologia *post-mortem*, com auxílio da neuroimagem, constataram a redução em densidades neurais e gliais no córtex pré-frontal em pacientes com transtorno do humor (ONGÜR; DREVETS; PRINCE, 2000).

Uma possível explicação genética para a depressão é oferecida no estudo neozelandês em que se observou que os polimorfismos, nas regiões promotoras do gene transportador de serotonina, moderam os eventos estressantes na depressão. Indivíduos com uma ou duas cópias do alelo curto da região promotora tiveram mais sintomas depressivos, diagnóstico depressivo e risco de suicídio em resposta a determinado evento estressante de sua vida, quando comparados aos sujeitos homocigóticos para o alelo mais longo dessa mesma região. O estudo sugere a influência genética e ambiental da depressão, entretanto, existe, ainda, muito a se descobrir nesse campo (CASPI *et al.*, 2003).

Às hipóteses biológicas, somam-se as psicológicas. Segundo a psicanálise, o luto é um importante componente para produzir a depressão. Nessa concepção, o luto é caracterizado por uma dependência que o indivíduo tem em relação a um objeto querido que foi perdido (LUCAS, 2003), podendo, portanto, ser também simbólico.

Teixeira (2005, p. 13) aponta que Freud classificou a depressão no registro de perda, no intuito de entender como cada indivíduo reage psiquicamente. O luto foi definido “[...] como o espaço paradigmático por excelência da vivência e da elaboração das situações de perda e de frustração”. Assim, a psicanálise procura compreender os significados subjetivos conferidos pelas situações de perda de difícil elaboração, já que a dificuldade em elaborar perdas e vivenciar o luto está intimamente relacionada à depressão. Na abordagem psicanalítica, a melancolia é uma psicopatologia específica, bem demarcada, ao passo que o termo depressão seria usado para caracterizar sintomas de natureza penosa, com tristeza, desgosto preocupação e inibição geral.

Sob o ponto de vista da Teoria Cognitiva, a depressão é considerada um transtorno que inclui distorções nos esquemas cognitivos, fundamentados em erros de percepção e no processamento de informações, fazendo com que o indivíduo tenha reações, pensamentos e humor negativos. A forma como o indivíduo interpreta os estímulos e os eventos é rígida e incoerente, de maneira que, frequentemente, pensa em situações ruins ou depreciativas, antes mesmo que estas venham a ocorrer e ainda que sejam pouco prováveis (POWELL *et al.*, 2008).

Já de acordo com a Teoria Comportamental, a depressão está relacionada ao desamparo aprendido e à ausência de reforço para comportamentos desejáveis. Na concepção do desamparo aprendido, o indivíduo tem dificuldade de aprendizagem por ter experimentado experiências prévias com estímulos incontroláveis, como, por exemplo, a experimentação de um evento traumático – fora de seu controle – em sua vida, ou a passividade da pessoa deprimida que não é assertivo em seu meio.

O desamparo aprendido reduz a sensibilidade aos contingentes reforçadores em vigor, uma vez que provoca alterações nos mecanismos considerados básicos na adaptação dos indivíduos em seu ambiente (HUNZIKER, 2005). Além disso, comportamentos desejáveis podem ser substituídos pelos indesejáveis, quando estes últimos forem mais reforçadores. O indivíduo mantém comportamentos indesejáveis, como

impotência, expressões de sofrimento, queixas físicas, entre outras atitudes condizentes com a sintomatologia depressiva (DUBOVSKY; DAVIES; DUBOVSKY, 2006).

Segundo a Teoria Interpessoal, a depressão é consequente da adaptação inadequada em situações sociais ou interpessoais conflituosas ou problemáticas, como a separação, o luto, a aposentadoria e o diagnóstico de doenças. Os sintomas apresentados pelo paciente depressivo ocorrem de uma interação insatisfatória com o meio externo, e são associados a um acontecimento significativo da vida do indivíduo. É dada significativa importância ao “aqui e agora”, de modo que a vivência de como a pessoa está lidando com suas dificuldades no presente opera como aspecto essencial (SOARES, 2010; SOUZA; FLECK, 2010).

De maneira semelhante, a Teoria das Habilidades Sociais concebe a depressão como uma doença que aparece em indivíduos com baixo repertório de habilidades sociais. Tais habilidades são definidas como comportamentos sociais que ocorrem em situações específicas, devendo resultar em desfechos sociais julgados como satisfatórios e importantes ao indivíduo. Um estudo demonstrou que o Treinamento de Habilidades Sociais em um paciente de 23 anos, com depressão unipolar crônica e ideação suicida, resultou na remissão dos sintomas depressivos (JANSSON, 1984). Esse treinamento consiste em uma estratégia que objetiva a prevenção de futuras dificuldades comportamentais por meio do ensino e da facilitação de padrões de comportamentos pró-sociais, os quais podem reduzir efetivamente a ocorrência de problemas comportamentais (DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A., 2009).

Para Feitosa (2013), as habilidades sociais podem auxiliar os indivíduos a maximizar as recompensas sociais e a minimizar o estresse e as punições nas relações interpessoais, de forma que possa diminuir a tristeza. Segrin (2000) definiu as possíveis associações entre depressão e habilidades sociais, apontando as seguintes possibilidades: os *déficits* das habilidades sociais determinam a depressão; a depressão como determinante dos *déficits* de habilidade sociais; e os *déficits* dessas habilidades como fator de risco para o aparecimento da depressão na presença de agentes estressores (SEGRIN, 2000).

Na perspectiva biopsicossocial, é defendida a relevância dos fatores biológicos, psicossociais e ambientais para a expressão dos episódios depressivos nos indivíduos (WHO, 2014). Nievas *et al.* (2006) demonstrou que mulheres no climatério apresentavam indicadores biopsicossociais que contribuíram para sua sintomatologia depressiva, como idade entre 40 a 49 anos, cor não branca, problemas conjugais, etilismo, vivência de óbito recente e desemprego familiar. O diferencial deste estudo está no fato de expor que o climatério é uma fase do ciclo vital feminino extremamente mediado por fatores biológicos que, relacionados a fatores psicossociais, podem desencadear a depressão.

Parker. G e Parker. K (2007) enumeram os fatores de riscos para o aparecimento da depressão: idade, sexo, raça, hereditariedade, doenças crônicas ou infecciosas, perda parental na primeira infância, filhos de pais super-protetores ou que não lhes proporcionavam cuidados, filhos primogênitos, pouca proximidade com os irmãos, não contar com um irmão disponível na adversidade, *bullying*, abuso sexual na infância, privação de apoio social, baixo apoio emocional do cônjuge ou filhos ou supervisores do trabalho, baixo nível socioeconômico, desemprego ou insatisfação ou muita exigência no emprego, solteiros, casamentos em crise e aposentadoria – quando o sujeito tem percepção de perda de seu papel social.

Tendo em vista esses fatores, bem como as abordagens discutidas anteriormente, é possível verificar que a depressão é uma doença multicausal, podendo ser explicada por diferentes teorias. Consequentemente, o olhar clínico sobre ela deve ser dimensional e interdisciplinar e não apenas focado em uma única abordagem científica.

### 3.DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA DEPRESSÃO

As depressões primárias são de ordem menor (depressões subsindrômicas e distímia) e maior. A diferença é fundamentada na maior quantidade de sintomatologia depressiva e em sua gravidade, satisfazendo o critério de alteração do humor. Todavia, a depressão deve ser analisada como um *continuum* sintomático, pois existem evidências de que os sintomas depressivos menores, distímicos, maiores e subsindrômicos aumentam e diminuem em um mesmo paciente (AKISKAL; JUDD, 2007).

As depressões secundárias são decorrentes das alterações fisiológicas de outras doenças preexistentes ou morbidades, como doença de *cushing*, estresse, *parkinson*, lúpus eritematoso sistêmico etc., hospitalização e por indução medicamentosa (FRÁGUAS JUNIOR; FIGUEIRÓ, 2001).

Conforme Calil e Pires (1998), as principais categorias dos sintomas da depressão são:

- Humor: inclui a tristeza, perda de interesse e/ou prazer, crises de choro, variação diurna do humor;
- Vegetativos ou somáticos: referem-se a alterações no sono (podendo ser insônia ou hipersonia), apetite, peso, perda da libido, obstipação e fadiga;
- Motores: incluem inibição ou retardo, agitação e inquietação;
- Sociais: compreendem apatia, isolamento, *déficit* no desempenho das habilidades sociais;
- Cognitivos: relacionados a desesperança, desamparo, sentimentos de culpa e de suicídio, indecisão e perda de *insight*;
- Ansiedade: inclui a ansiedade psíquica, somática e fóbica;
- Irritabilidade: auto- e heterodirigida.

Assim, os dois principais sistemas de classificação das doenças mentais são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), cujas diretrizes possibilitam classificar a depressão. Os dois sistemas possuem muitas semelhanças na definição da depressão como doença, porém, os critérios usados são diferentes. O DSM-V emprega mais especificadores do que a CID-10, que conceitua os episódios depressivos como de leve a grave. O DSM-V também lista mais critérios de inclusão e exclusão do que a CID-10 (GRUENBERG; GOLDSTEIN; PINCUS, 2007).

Ainda, o DSM-V especifica que pelo menos cinco dos próximos sintomas devem se manifestar para a caracterização do transtorno depressivo maior: fadiga ou perda de energia, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, humor deprimido, redução da concentração e ideias de morte ou suicídio, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, sentimentos de desvalia ou culpa inapropriados e perda ou ganho de peso (POWELL *et al.*, 2008).

A CID-10, por sua vez, define depressão como episódios depressivos, em que o indivíduo possui humor deprimido, perda de interesse, prazer, energia e fatigabilidade aumentada, classificando a depressão em: transtorno atual leve, transtorno atual moderado, transtorno atual grave com psicose ou não, transtorno depressivo recorrente – atualmente em remissão, transtorno persistente do humor, ciclotimia, distímia, outros transtornos do humor e depressão pós-esquizofrênica (OMS, 1993).

Quadro 1 – Diferença significativa da sintomatologia da depressão entre CID-10 e DSM-V

	CID-10	DSM-V
SINTOMATOLOGIA CLÍNICA	<p>O indivíduo sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Os outros sintomas comuns são:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- concentração e atenção reduzidas;</li> <li>2- autoestima e autoconfiança reduzidas; inutilidade e ideias de culpa;</li> <li>3- visões desanimadoras e pessimistas do futuro;</li> <li>4- ideias ou atos autodestrutivos ou de suicídios;</li> <li>5- sono perturbado;</li> <li>6- apetite diminuído.</li> </ol>	<p>O indivíduo apresenta cinco ou mais sintomas depressivos, entre os quais pelo menos um deve ser humor depressivo ou perda de interesse ou prazer. Seguem os sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- humor depressivo;</li> <li>2- perda de interesse;</li> <li>3- perda ou ganho significativo de peso ou aumento ou redução no apetite;</li> <li>4- insônia ou hipersônia;</li> <li>5- agitação ou retardo psicomotor;</li> <li>6- fadiga ou perda de energia;</li> <li>7- sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;</li> <li>8- capacidade diminuída de pensar ou se concentrar ou indecisão;</li> <li>9- pensamentos recorrentes sobre a morte, ideação suicida recorrente sem plano específico, tentativa ou plano específico de suicídio.</li> </ol>
DURAÇÃO	Comumente, se considera o período de pelo menos duas semanas para que os episódios depressivos sejam classificados em depressão leve, moderada ou grave.	Maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas.

O diagnóstico da depressão é feito a partir da história clínica, avaliando o tempo de permanência dos sinais e sintomas presentes na CID-10 ou DSM-V. Existem também escalas psicométricas, que analisam o indivíduo multidimensionalmente, podendo confirmar ou auxiliar no diagnóstico de depressão, como a Escala de Hamilton – Depressão, Inventário de Beck, Escala de Montgomery & Asberg e Escala de Depressão Abreviada de Zung. Tais escalas podem ser de autoavaliação, mistas ou de avaliação global, contribuindo para a investigação dos sintomas presentes nos pacientes, seja durante a formulação do diagnóstico ou acompanhamento da evolução do tratamento (TIER *et al.*, 2007).

Calil e Pires (1998) ressaltam que as escalas de avaliação da depressão diferem em relação à categoria sintomática associada ao transtorno depressivo: cognitivos, somáticos, ansiosos, psicomotores, sensibilidade à mudança do quadro clínico e conforme a terapêutica em que a escala é fundamentada.

A Escala de Hamilton – Depressão (HAMILTON, 1960) é um instrumento que foi desenvolvido para ser usado em pacientes do serviço de saúde já diagnosticados com depressão, sendo um parâmetro efetivo para quantificar os resultados das intervenções, antes, no intercorrer e após o tratamento proposto (MORENO. R; MORENO. D., 1998). Nessa escala, são atribuídos escores a cada variável individualmente, assim, quando todos os escores individuais são somados, a escala gera um valor entre zero e cinquenta e dois pontos indicativos da gravidade (GALLUCCI NETO; CAMPOS JUNIOR; HUBNER, 2001).

Já o Inventário de Depressão de Beck é uma escala que possui 21 itens cujas intensidades variam de 0 a 3, e descreve como o indivíduo se sente no dia da avaliação e/ou na semana anterior (BECK *et al.*, 1961). Este instrumento alude a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, de punição e culpa, a falta de satisfação, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GARRO; CAMILLO; NOBREGA, 2006). O escore total dessa escala não pode passar de 63 pontos e determinará a intensidade da depressão – leve, moderada e grave (PARANHOS; ARGIMON; WERLANG, 2010).

Segundo Calil e Pires (1998), na avaliação da depressão, a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton é, indubitavelmente, a mais utilizada mundialmente e, provavelmente, a mais importante, sendo o padrão ouro para avaliação da gravidade da depressão. Ainda conforme os autores, ela abrange um grande número de sintomas depressivos, especialmente as manifestações somáticas e os aspectos cognitivos, em contraste, por exemplo, com o Inventário de Beck (BDI), que focaliza muito mais (52%) os aspectos cognitivos, devido à teoria que lhe serve de base.

A Escala Hamilton, no entanto, exige aplicação, mediante entrevista, por profissional treinado, capaz de interpretar a fala do paciente para fazer os devidos registros para o diagnóstico da depressão (MORENO. R; MORENO. D., 1998). O Inventário de Beck, por sua vez, se concentra nos aspectos cognitivos da depressão, em prejuízo do rastreamento das manifestações somáticas desse transtorno, e sua nova edição é de uso restrito a psicólogos.

A Escala de Depressão Abreviada de Zung (ZUNG, 1965, 1972) foi construída com base nos critérios mais comuns padronizados para o diagnóstico da depressão. Nessa escala, o resultado obtido é submetido a um cálculo e, quando a pontuação é superior a 70, considera-se um quadro depressivo instalado. Para esse cálculo, a escala é subdividida em quatro categorias de respostas, com valores numéricos de 0 a 4, que, qualitativamente, significam: poucas vezes, algumas vezes, bastantes vezes e quase sempre (TIER *et al.*, 2007).

A Escala de Montgomery & Asberg (Asberg *et al.*, 1978) possui maior sensibilidade às mudanças na sintomatologia depressiva. É composta por 67 itens que exploram os sintomas expressos pelo paciente e os observados pelo avaliador (GALLARDO *et al.*, 1991). Nela, os escores menores ou iguais a 10 caracterizam a remissão do episódio depressivo (ADLER, 2008).

Outro instrumento de rastreamento da depressão a ser considerado é o questionário PHQ-9 (Copyright ©2005 Pfizer Inc.)<sup>1</sup>, cujos trabalhos de validação para o Brasil têm sido desenvolvidos por Osório *et al.* (2009). Nesse estudo de validação, o PHQ-9 mostrou-se capaz de rastrear adequadamente a depressão em mulheres de nível socioeconômico médio e baixo. Os autores, apesar de destacarem as excelentes propriedades psicométricas do instrumento, comentam que os resultados não podem ser generalizados para amostras com outras características e afirmam a necessidade de mais estudos com a referida escala,

<sup>1</sup> Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners (<http://www.phqscreeners.com/overview.aspx>).

envolvendo amostras diferenciadas ou possibilitando a generalização para alguma população específica.

O PHQ-9 foi o primeiro instrumento desenvolvido especificamente para o rastreamento da depressão nos cuidados primários de saúde e apresentou, nos estudos originais, excelentes propriedades psicométricas para a identificação da depressão maior, com uma concordância de 93% em relação às avaliações independentes de profissionais da saúde mental (SPITZER; KROENKE; WILLIAMS, 1999). Destacam-se, entre as vantagens do PHQ-9, o seu livre uso, acesso e distribuição, estar alinhado aos critérios do DSM- V para a identificação da depressão, ser breve e de fácil autoperenchimento.

#### 4. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

O tratamento da depressão pode ser medicamentoso ou não medicamentoso. No tratamento medicamentoso, são usados os antidepressivos, medicamentos que são tradicionalmente classificados por suas estruturas, mecanismo de ação ou por seus receptores. Os antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos possuem propriedades semelhantes, agindo no bloqueio da recaptção da norepinefrina ou serotonina. Suas reações adversas comuns são arritmias, sedação, hipotensão postural e perda de memória (DUBOVSKY; DAVIES; DUBOVSKY, 2006).

De acordo com Dubovsky, Davies, Dubovsky (2006) os antidepressivos de segunda geração são heterogênicos em relação a sua constituição farmacológica e mecanismo de ação. A trazodona, para exemplificar, é um antagonista do receptor da serotonina, produzindo sedação e hipnose e, como reação adversa, causa priapismo. A bupropiona, por sua vez, não é sedativa nem cardiotoxic e, ao contrário dos Inibidores da Recaptção da Serotonina (ISRSs), não causa impotência sexual. Os ISRSs (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina e citalopram) não são seletivos em termos clínicos e farmacológicos e são eficientes no bloqueio da recaptção de serotonina. Os ISRSs possuem reações adversas semelhantes, como náuseas, diarreia, cefaleia, sedação, embotamento emocional e disfunção sexual.

Já os antidepressivos de terceira geração agem em vários neurotransmissores e receptores, inibindo ou não a recaptção de serotonina. A venlafaxina, por exemplo, é eficaz no tratamento da depressão refratária e apresenta reações adversas como cefaleia, inquietação, aumento da pressão arterial diastólica e sintomas de abstinência. A nefazodona inibe a recaptção da serotonina e o triptofano, e não provoca alteração do sono, porém é hepatotóxica. A mirtazapina é usada para tratar depressão grave com psicose e tem efeito antiemético; podendo ocasionar sedação e ganho de peso (DUBOVSKY; DAVIES; DUBOVSKY, 2006).

Além disso, para Dubovsky, Davies e Dubovsky (2006), os IMAOs (Inibidores da monoaminoxidase) podem ser efetivos nas depressões atípicas.

Também, o tratamento farmacológico para depressão, por meio dos antidepressivos, representa resposta terapêutica entre 50% e 60% dos pacientes tratados. Infelizmente eles não impedem a recorrência dos episódios depressivos, e apresentam reações adversas relevantes do ponto de vista clínico.

Por isso, a depressão é a principal doença a estimular o tratamento não farmacológico nos Estados Unidos (ADLER *et al.*, 2008). O Brasil assegura aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) o tratamento não farmacológico, por meio das terapias complementares, com base na Portaria do Ministério da Saúde n. 971/2006 (BRASIL, 2006).

O tratamento não farmacológico consiste em psicoterapia e outras terapias complementares. Dentre as psicoterapias, são indicadas para depressão: a terapia para solução de problemas, controle do estresse para depressão, terapia interpessoal, terapia cognitiva, terapia conjugal e terapia psicodinâmica breve (RUSH; THASE, 2005). Como terapia complementar, sugere-se o uso de remédios naturais, como erva-de-são-jão, Gingko Biloba, lavanda e suplementos alimentares.

Adler *et al.* (2008), em seu estudo, trataram 15 pacientes depressivos com a homeopatia e perceberam que houve redução nos escores de depressão na Escala de Montgomery & Asberg em 14 pacientes (93%); apenas um paciente apresentou piora clínica e precisou ser medicamentado com fluoxetina. Vale mencionar que oito pacientes apresentavam comorbidades, e essa possível remissão dos sintomas depressivos poderá estar relacionada ao efeito placebo (responsável por 30% da remissão dos sintomas em pacientes depressivos). Além disso, mudança no estilo de vida (parar de fumar, beber e usar drogas ilícitas, melhorar o sono e realizar exercício físico) influencia na remissão dos sintomas em pacientes depressivos (BONGIONO, 2007).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão tem sido registrada desde os primórdios da humanidade, sendo sua causa atribuída a fatores sobrenaturais ou descrita pela Teoria Hipocrática. Atualmente, o transtorno pode ser explicado pela Teoria Monoaminérgica, genética, diversas teorias psicológicas e pela perspectiva biopsicossocial. A depressão pode ser classificada como primária (episódios depressivos menores, distímia e episódios depressivos maiores) ou secundária (depressões em resposta à inadaptação de mecanismos fisiológicos desajustados por doenças somáticas).

Os sistemas de classificação da doença com validade científica são a CID-10 e o DSM-V. A CID-10 possui menor número de especificadores e prioriza a gravidade do episódio depressivo manifestado no paciente. Já o DSM-V utiliza maior quantidade de especificadores, critérios de inclusão e exclusão. Além disso, existem instrumentos psicométricos com efetividade para subsidiar o diagnóstico da depressão ou sua confirmação, como o Inventário de Beck (de uso privativo do psicólogo), as escalas (Hamilton, Escala Abreviada de Zung e Montgomery & Asberg) e o Questionário sobre a Saúde do Paciente da Organização Mundial de Saúde (PHQ-9).

O tratamento da depressão é efetuado por terapia farmacológica ou não farmacológica, e sua escolha dependerá da gravidade da depressão diagnosticada no paciente.

## REFERÊNCIAS

- [1] Adler, U. C. Tratamento homeopático da depressão: relato de série de casos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 35, n. 2, p. 74-78, 2008.
- [2] Akiskal, H. S.; JUDD, L. L. O espectro depressivo: reconceituando a relação entre depressões distímicas, subsindrômicas, subsindrômicas e maiores. In: LICINIO, J.; WONG, ma-Li. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: ArtMed, 2007, p. 60-73.
- [3] Arnow, B. A. et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, v. 68, n. 2, p. 262-268, 2006.
- [4] Asberg, M. et al. The comprehensive psychopathological rating scale CPRS. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 57, suppl. 271, p. 5-27, 1978.
- [5] Beck, A. T. et al. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 4, p. 561-571, 1961.
- [6] Bongiono, P. B. Tratamento médico complementar e alternativo para a depressão. In: LICINIO, J.; WONG, M. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 214-229.
- [7] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 mai. 2006.
- [8] Bueno, J. R.; Nardi, A. E. *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: MDSI, 2000.
- [9] Calil, H. M., Pires, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 240-244, 1998.
- [10] Caspi, A. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, v. 301, n. 5631, p. 386-389, 2003.
- [11] Cohen, S.; Kessler, R. C.; Gordon, L. U. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: Cohen, S.; Kessler, R. C.; Gordon, L. U. *Measuring stress: a guide for health and social scientists*, pp. 3-26. New York: Oxford University Press, Inc, 1997, p. 3-26.
- [12] Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- [13] Dsm-V. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [14] Dubovsky, S. L.; DAVIES, R.; DUBOVSKY, A. N. Transtornos do humor. In: HALES, R. E.; Yudofsky, S. C. *Tratado de psiquiatria clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- [15] Fava, M.; Davidson, K. G. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 19, n. 2, p. 179-200, 1996.

- [16] Feitosa, F. B. Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 65, n. 1, p. 38-50, 2013.
- [17] Fráguas Júnior, R; Figueiró, J. A. B. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico In: Fráguas Júnior, R; Figueiró, J.A.B. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu, 2001.
- [18] Gallardo, R. M. et al. Estudio de validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 11, n. 36, p. 9-14, 1991.
- [19] Garro, I. M. B; Camillo, S. O; Nobrega, M. P. S. de S. Depressão em graduandos de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 162-165, 2006.
- [20] Gruenberg, A. M; Goldstein, R. D; Pincus, H. A. Classificação da depressão: critérios de pesquisa e diagnóstico: o DSM-IV e a Cid-10. In: Licinio, J.; Wong, M. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 26-33.
- [21] Hamilton, M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, v. 23, n. 56, p. 56-62, 1960.
- [22] Hunziker, M. H. L. O desamparo aprendido revisitado: estudos com animais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 21, n. 2, p. 131-139, 2005.
- [23] Iversen, L. A hipótese monoaminérgica da depressão. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- [24] Jansson, L. Social skills training for unipolar depression: a case study. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, v. 13, n. 4, p. 237-241, 1984.
- [25] Lucas, R. Managing depression: analytic, antidepressants or both? *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 274-282, 2003.
- [26] Moreno, R. A.; Moreno, D. H. Escalas de depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 262-272, 1998.
- [27] Gallucci NETO, J.; Campos Júnior, M. S.; Hubner, C. V. K. Escala de depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de utilização. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas*, Sorocaba, v. 3, n. 1, p. 10-14, 2001.
- [28] Nievas, A. F. et al. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 4, 274-279, 2006.
- [29] Ongür, D.; Drevets, W. C.; Price, J. L. Glial reduction in the subgenual prefrontal cortex in mood disorders. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 95, n. 22, 13290-5, 1998.
- [30] Oms. Organização Mundial DA Saúde. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- [31] Osório, F. L. et al. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspectives in Psychiatric Care*, v. 45, n. 3, 216-27, 2009.
- [32] Paranhos, M. E; Argimon, I. I. L; Werlang, B. S. G. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, 383-390, 2010.
- [33] Parker, G; Parker, K. Formulações psicossociais e ambientais da depressão. In: LICINIO, J; WONG, M. *Biologia da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- [34] Powell, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 2, p. 73-80, 2008.
- [35] Rush, A. J; Thase, M. E. Psicoterapia para os transtornos depressivos: uma revisão. In: Maj, M.; Sartorius, N. *Transtornos depressivos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- [36] Sadock, B. J.; Sadock, V. A. *Compêndio de psiquiatria*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- [37] Segrin, C. Social skills deficits associated with depression. *Clinical Psychology Review*, v. 20, 379-403, 2000.
- [38] Smith, K. M; Renshaw, P. F.; Bilello, J. The diagnosis of depression: current and emerging methods. *Comprehensive Psychiatry*, v. 54, n. 1, p. 1-6, 2013.
- [39] Soares, M. H. Resenha do livro *Psicoterapia interpessoal: guia prático do terapeuta*. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 30-31, 2010.
- [40] Souza, L. H; Fleck, M. P. A. Psicoterapia interpessoal no manejo da depressão. *Revista Brasileira de psicoterapia*, v. 15, n. 1, p. 64-74, 2010.

- [41] Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association.*, n. 282, p. 1737-44, 1999.
- [42] Teixeira, M. A. R. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. *Revista de Psicologia da UNESP.*, v. 4, n. 1, p. 1-16, 2005.
- [43] Tier, C. G. et al. Escalas de avaliação da depressão em idosos. *Revista Baiana de Enfermagem.*, v. 21, n. 2/3, p. 27-36, 2007.
- [44] Townsend, M. C. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- [45] Who. World Health Organization. Depression. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Acesso em: 13/03/2019.
- [46] Zung, W. W. K. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry.*, London, n. 12, p. 63-70, 1965.
- [47] Zung, W. W. K. The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale. *Journal of Clinical Psychology.*, n. 28, v. 4, p. 539-43, 1972.

# Capítulo 12

## *Processo de enfermagem aplicado a estudantes no espectro autista: Planejando e acompanhando o desenvolvimento*

*Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha*

*Ianeska Bárbara Ribeiro do Nascimento*

*Amanda Damasceno Sousa*

*Marcus Vinicius da Rocha Santos da Silva*

*Najra Danny Pereira Lima*

*Jaiane de Melo Vilanova*

*Raimunda de Paula de Castro*

*Felipe Santana e Silva*

**Resumo:** O Processo de Enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhoria na atenção ofertada e maior autonomia aos profissionais de enfermagem; proporcionando a investigação e o diagnóstico precoce de distúrbios diversos, inclusive os neurodesenvolvimentais como os Transtornos do Espectro do Autismo, conduzindo à estimulações prematuras, detecção e prevenção de fatores de risco e prevenindo complicações e perdas em relação à interação social e qualidade de vida. O objetivo deste artigo é aplicar o Processo de Enfermagem a estudantes que apresentam Transtorno do Espectro do Autismo, com vistas a se efetivar ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil, a partir da produção de um Planejamento Educacional Individualizado. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de intervenção, com abordagem qualitativa, realizada em um município maranhense, com 26 estudantes no Espectro do Autismo; utilizando um instrumento validado, o Perfil Psicoeducacional Revisado, composto por duas escalas, uma de desenvolvimento e outra de comportamento. Assim, foram verificadas alterações em oito Domínios da NANDA, que permitiu formular quinze Diagnósticos de Enfermagem, tais como Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a alteração na função cognitiva, evidenciado por capacidade prejudicada de abrir recipientes, de alimentar-se de uma refeição inteira; Comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no desenvolvimento, evidenciada por dificuldade para compreender a comunicação, formar palavras e sentenças; Isolamento social relacionado a interesses de desenvolvimento inadequado, evidenciado por contato visual insuficiente e Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a transtornos do comportamento e dificuldade de aprendizagem do cuidador. Outrossim, estabeleceram-se os Resultados Esperados e as Intervenções de Enfermagem necessárias, que deram suporte para produzir o Planejamento Educacional Individualizado, que foi fornecido aos pais e professores. Por fim, é preciso entender que cada pessoa que está no TEA é única e deve ter um cuidado holístico e integral, sendo essencial a parceria com a família e com professores/escola.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem; Autismo; Avaliação.

## 1. INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhoria na atenção ofertada e maior autonomia aos profissionais de enfermagem. Assim, o PE dá ênfase inicial à identificação de problemas, para em seguida, formular os diagnósticos de enfermagem, especificar os resultados e intervenções de enfermagem necessários, implementar as ações planejadas e ainda, avaliar todas as ações implantadas, verificando a necessidade de modificações no plano, seguimento das ações ou outra (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Assim, o PE indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. Costuma ser descrito como o ponto focal, o cerne ou a essência da prática dessa profissão, embora a compreensão acerca do seu significado e adoção na prática, ainda não são unanimidade no âmbito da Enfermagem, embora se observe ter havido uma sensível mudança nesse sentido a partir das três últimas décadas do século XX, devendo, por esta razão ser amplamente difundido e utilizado para que a profissão ganhe mais forma e rigor científico (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Segundo Zaqueu et al. (2015), o desenvolvimento infantil deve ser monitorado em seus diferentes indicadores, envolvendo os aspectos de psicomotricidade, funções sensoriais, linguagem, comunicação, cognição e funcionamento sócio adaptativo. Esse acompanhamento deve ser realizado em centros de saúde, unidades básicas de saúde, na residência da pessoa ou mesmo na escola, quando for o caso; proporcionando a investigação e o diagnóstico precoce de distúrbios diversos, inclusive os neurodesenvolvimentais como os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), conduzindo à estimulações prematuras, detecção e prevenção de fatores de risco e prevenindo complicações e perdas em relação à interação social e qualidade de vida.

A nomenclatura TEA é utilizada com base no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais em sua quinta versão (DSM-V) e possibilita a abrangência de distintas condições como Asperger, Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outras Especificações e Autismo, graduando-os em níveis - leve, moderado ou severo - e compreendendo uma tríade: déficits significativos e persistentes na interação e comunicação social e, ainda, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (CUNHA, 2015; APA, 2014).

Portanto, o TEA é um distúrbio do desenvolvimento neurobiológico que, de modo geral, tem seus sinais mais aparentes nos primeiros 2 anos de vida, sendo comum observar falta de interesse em se relacionar; agir como se não escutassem; contato visual ausente ou pouco frequente; comunicação desorganizada; dificuldades em compreender e se fazer entender; repetição de palavras ou frases (ecolalia); movimentos estereotipados; se expressam fazendo gestos ou apontado; podem usar as pessoas para alcançar o que querem; não demonstram afeto por outra pessoa; são resistentes a mudanças em sua rotina; não se interessam pelo que acontece à sua volta; apegam-se a determinados objetos ou apenas às suas partes (CUNHA, 2016).

A avaliação do desenvolvimento de crianças autistas pode ser realizada por meio de vários instrumentos, inclusive a Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2017), uma ferramenta riquíssima, com informações preciosas acerca do acompanhamento das atividades relacionadas à promoção do potencial desenvolvimento infantil e à detecção de problemas. Sobre o assunto, Santos et al. (2013) citam o Perfil Psicoeducacional (PEP) no qual se pesquisam e se articulam as principais características de desenvolvimento e comportamento da criança. A partir dessa avaliação, o acompanhamento é norteado para que todos os profissionais saibam como intervir, visando melhorar as habilidades da criança.

Em relação às ações de saúde à pessoa no Espectro do Autismo, atividades específicas devem ser direcionadas, e, neste contexto, os profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) e em outros segmentos, sobretudo o(a) enfermeiro(a), como o trabalhador que mais próximo permanece da comunidade, deve ampliar seus conhecimentos e habilidades para que possa perceber alterações desenvolvimentais e comportamentais o mais cedo possível, auxiliando no diagnóstico precoce, além de evidenciar para os pais/cuidadores as dificuldades inerentes ao distúrbio e a importância da terapêutica multiprofissional (SUDRÉ et al., 2011).

Cabe salientar o papel essencial da escola, na figura de seus diretores, coordenadores, professores e mediadores, tanto na percepção de alterações no comportamento/desenvolvimento da criança/pessoa que vive no TEA, quanto em alertar aos pais/cuidadores sobre tais inadequações, uma vez que estes educadores passam grande parte do dia com tais crianças/pessoas, o que facilitaria a detecção. Sobre isso,

convém destacar, conforme Carvalho (2016), que o acompanhamento escolar de crianças/pessoas que estão no TEA não é uma tarefa fácil, pois são notórias as dificuldades na interação social, comunicação e linguagem, já mencionadas, bem como a falta de flexibilidade relacionada ao comportamento.

Ademais, a inclusão escolar é assegurada na legislação brasileira, principalmente por meio da Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), dispondo de posicionamento pelo atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais com preferência em classes comuns da escola regular. Portanto, o objetivo deste artigo é aplicar o Processo de Enfermagem a estudantes que apresentam Transtorno do Espectro do Autismo, com vistas a se efetivar ações de acompanhamento do desenvolvimento infantil, a partir da produção de um Planejamento Educacional Individualizado.

## 2.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de intervenção, com abordagem qualitativa. O cenário desta investigação foi um município maranhense com área de 5.150.647 km<sup>2</sup>, situado na região Leste do Estado, a 374 quilômetros da capital, São Luís e a 70 quilômetros da capital piauiense, Teresina. Apresenta uma população aproximada de 155.129 habitantes (IBGE, 2018). Para tanto, foram utilizadas como campo de pesquisa 19 escolas públicas municipais de Educação Infantil e de Ensino Fundamental, pertencentes à zona urbana do município.

Levantamento realizado pelo Núcleo de Educação Inclusiva (NUEI) do Município em 2016 demonstrou que existiam 42 estudantes no Espectro do Autismo matriculados, dos quais, 34 concentravam-se nas escolas da zona urbana. Portanto, compuseram o estudo 26 crianças, estudantes em escolas urbanas, na faixa etária de 3 a 12 anos, diagnosticadas com TEA, que corresponde à faixa etária ideal para a aplicação do instrumento de pesquisa, o Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R). Os critérios de inclusão foram: estudantes diagnosticados com TEA cujos pais/responsáveis aceitassem de livre e espontânea vontade que seus filhos/pessoas cuidadas participassem da pesquisa, na faixa etária referida e que estivessem matriculadas nas escolas da zona urbana que atendem educação infantil e ensino fundamental.

A pesquisa foi realizada mediante a interlocução de dois procedimentos: aplicação de um instrumento validado (PEP-R) e, em seguida, a partir dos problemas mais evidentes durante a aplicação da ferramenta aos estudantes, propôs-se o desenvolvimento do Processo de Enfermagem, por meio da interlocução entre os Diagnósticos de Enfermagem, o estabelecimento dos Resultados Esperados (metas) e indicação das Intervenções de Enfermagem necessárias, utilizando-se como embasamento técnico-científico da área da Enfermagem, respectivamente, as literaturas, NANDA (2018), NIC (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010) e NOC (MOORHEAD, 2010). Ressalta-se que a coleta minuciosa de informações por meio do PEP-R e a execução do Processo de Enfermagem possibilitou a elaboração de um Plano Educacional Individualizado, que, ao final da pesquisa foi disponibilizado aos pais/cuidadores e professores/mediadores escolares para que os mesmos pudessem verificar as áreas com maior comprometimento nos estudantes, bem como suas potencialidades e, a partir daí, implantassem medidas efetivas para melhorar o processo ensino-aprendizagem e quiçá, a qualidade de vida dos participantes.

Destaca-se que a coleta de Dados aconteceu entre janeiro e dezembro de 2017. Os encontros com cada estudante no Espectro do Autismo aconteceram na instituição educacional ou na residência do mesmo, caso o pai/cuidador preferisse; ocorreram por duas ou três vezes, dependendo da necessidade e com duração média de quatro horas. No decorrer dessa etapa, foram aplicadas as atividades com o kit PEP-R utilizando materiais educativos e brinquedos padronizados (lápiz em cores, formas geométricas, quebra-cabeças, skate, espelho, bolas, pente, escova de dente, argolas, legos, copos, xícaras, livro, imagens de material concreto e outros), o que possibilitou a avaliação do desenvolvimento e do comportamento de cada criança.

Reitera-se, o PEP-R realiza uma comparação entre a idade cronológica e aquela de desenvolvimento de crianças no Espectro do Autismo ou com outras disfunções semelhantes e oferece informações relativas ao funcionamento da pessoa a partir de duas escalas, a primeira relativa ao desenvolvimento, abordando sete áreas: imitação, percepção, coordenação motora grossa e fina, integração olho-mão, desempenho cognitivo e cognitivo-verbal. E a segunda, explora quatro áreas do comportamento, às quais: relacionamento e afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem (SANTOS et al., 2013).

Desta maneira, de posse do material oriundo das avaliações, procedeu-se a categorização, inferência, descrição e interpretação minuciosa de todo o conteúdo. Para tanto, após a leitura e interpretação compreensiva das informações contidas nas escalas, foi feita a exploração das mesmas, e, portanto, a análise propriamente dita, e, por fim, elaborou-se uma síntese interpretativa, disposta em um quadro

(item apresentado nos resultados e discussões), por meio de uma redação que proporcionou um diálogo do tema com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa. Ademais, realizou-se a análise dos resultados com base na literatura produzida sobre a temática.

O Projeto de pesquisa do qual gerou este trabalho foi devidamente submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 85840218.7.0000.5554 e de parecer 2.627.333. Os pesquisadores comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução do CNS 466/12 e suas complementares, assegurando que nenhum dos participantes fosse submetido à pesquisa sem assinar o Termo de Assentimento Livre e esclarecido, além do aval e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos respectivos pais/cuidadores.

### 3.RESULTADOS

Em termos de apresentação, os 26 estudantes participantes desta investigação estavam, consoante à faixa etária e escolaridade, assim distribuídas: 3 (11,5%) tinham entre 3 e 4 anos; 13 (50%) entre 5 e 7 anos; 7 (27%) entre 8 e 10 anos e 3 (11,5%) entre 11 e 12 anos. Além disso, todas as crianças estudavam na Educação Infantil e Ensino Fundamental I e 16 também participam, no contra turno, do Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Em relação ao PEP-R, reitera-se que é composto por duas escalas: de Desenvolvimento e de Comportamento. Quanto à primeira, a mesma mostra como a criança está funcionando em relação ao desenvolvimento típico, sendo avaliadas 7 (sete) áreas e totalizando 143 (cento e quarenta e três) itens e a pontuação é fixada em: “Passou” (P - a criança/estudante realizou a tarefa com sucesso), “Emergente” (E - a criança/estudante conseguiu realizar a tarefa com alguma dica ou ajuda do examinador) e “Reprovou” (R - a criança/estudante não conseguiu realizar a tarefa). Assim, por meio de ações como fazer bolhas de sabão, desenroscar potes e tocar campã, verificou-se a capacidade de imitação; ao tocar blocos táteis e texturas, verificou-se a (hiper)sensibilidade tátil; com o uso de marionetes testou-se a capacidade de interação, o contato físico e o brincar funcional; utilizando quebra-cabeças, formas geométricas, bolas e argolas, averiguou-se a capacidade de percepção e cognição, além de habilidades psicomotoras; utensílios como escada, skate, copos, espelho, pente e cadeira ajudaram a avaliar as funções motoras amplas e finas, o raciocínio lógico e a capacidade de resposta.

A Escala de Comportamento, por sua vez, indica as dificuldades e/ou facilidades de comportamento, fornecendo informações acerca de alterações comportamentais e desorganização da criança, avaliando 4 (quatro) Áreas, sendo monitorada por 30 itens e pontuada por: Adequado (A - a criança/estudante se comportou de forma esperada para a idade), Moderado (M - a manifestação comportamental da criança/estudante foi inadequada) e Grave (G - os comportamentos da criança/estudante são inadequados e a intensidade, qualidade e manifestações do comportamento são claramente exageradas e perturbadoras). Neste sentido, por meio deste inventário, analisou-se, dentre outros aspectos, a exploração do ambiente e materiais do teste pelo(a) estudante; o contato ocular; a sensibilidade visual, auditiva, olfativa, gustativa e tátil; busca de ajuda dos(as) avaliadores(as); movimentos e maneirismos; amplitude de atenção; tolerância a interrupções; comunicação espontânea, ecolalia e outros.

Quanto ao Processo de Enfermagem, após a avaliação dos estudantes, perceberam-se dentre os principais problemas: Comportamentos estereotipados (ex.: mexer os dedos em frente aos olhos, movimentos repetitivos da cabeça e/ou de antebraços e mãos, balanço do tronco); Ignorância ao ser chamado pelo nome; Dificuldades no contato visual; Fixação em algumas de suas partes sem utilizar todas as suas funções; Atraso ou ausência do desenvolvimento da linguagem oral; Ecolalia (repetição imediata ou tardia de palavras ou frases); Limitações na interação social; Tendência ao isolamento; Choro/tristeza e/ou euforia inexplicados; Hiperatividade ou passividade extrema; Sensibilidade alterada ao contato; Noção diminuída ou inexistente de perigo iminente e de sensibilidade dolorosa; Dificuldades com a aceitação da dieta; Alterações nas funções motoras grossas e finas; Déficit na capacidade de autocuidado.

Assim, foram verificadas alterações em 8 (oito) Domínios da NANDA (2018), os quais: Promoção da Saúde, Atividade e repouso, Percepção/cognição, Papéis e relacionamento, Enfrentamento/tolerância ao estresse, Segurança/proteção, Conforto e ainda, Crescimento e desenvolvimento. Estes domínios permitiram formular 15 (quinze) Diagnósticos de Enfermagem. Outrossim, para facilitar a compreensão e/ou visualização dos resultados deste estudo, elaborou-se um quadro o qual consta para cada Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2018), um Resultado esperado, e, ainda, listaram-se as Intervenções de

Enfermagem (sendo que aqui serão apresentadas apenas cinco) necessárias para alcançar o resultado estabelecido e, conseqüentemente, melhorar e/ou conter o DE, conforme a seguir:

Quadro 1. Distribuição resumida dos Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem, a partir dos problemas encontrados durante a aplicação do instrumento PEP-R aos estudantes no Espectro do Autismo. Caxias-MA, 2018.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Manutenção ineficaz da saúde, relacionada a alteração na função cognitiva, evidenciada por incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas de saúde.	Orientação para saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar o conhecimento atual sobre saúde e comportamentos de vida do estudante e família.</li> <li>- Identificar fatores internos e externos que possam melhorar a motivação para comportamento saudável.</li> <li>- Usar instrução assistida por computador, televisão, tablet, vídeo interativo e outras tecnologias para transmitir informação.</li> <li>- Desenvolver material educacional escrito em um nível apropriado de leitura e compreensão.</li> <li>- Usar repetição consistente de rotinas de saúde, como forma de estabelecê-las, conforme princípios do ensino estruturado.</li> </ul>
Deambulação prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, evidenciada por capacidade prejudicada de subir escadas e de andar sobre superfícies irregulares.	Ganhar/Melhorar equilíbrio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas.</li> <li>- Criar um ambiente seguro e estruturado, consoante as necessidades do estudante.</li> <li>- Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar.</li> <li>- Demonstrar como alternar o peso de um pé para o outro.</li> <li>- Informar-se sobre a presença de parestesia.</li> </ul>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Mobilidade física prejudicada relacionada a atraso de desenvolvimento, evidenciada por redução nas habilidades motoras grossas e movimentos descoordenados.	Movimento coordenado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar as funções sensoriais.</li> <li>- Monitorar a marcha e distribuição de peso nos pés.</li> <li>- Posicionar em alinhamento corporal adequado.</li> <li>- Utilizar auxílios visuais para facilitar o aprendizado sobre como realizar.</li> <li>- Oferecer ajuda, quando necessário.</li> </ul>
Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a alteração na função cognitiva, evidenciado por capacidade prejudicada de abrir recipientes, de alimentar-se de uma refeição inteira.	Autocuidado: alimentação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar padrões alimentares.</li> <li>- Determinar os fatores que afetam a ingestão nutricional.</li> <li>- Auxiliar a criança a abrir recipientes e cortar alimentos para comer, se necessário.</li> <li>- Utilizar padrões nutricionais aceitos para auxiliar o estudante na avaliação da adequação da ingestão.</li> <li>- Identificar a presença do reflexo de deglutição.</li> </ul>
Comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no desenvolvimento, evidenciada por dificuldade para compreender a comunicação, formar palavras e sentenças.	Aquisição: comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados à capacidade de falar.</li> <li>- Fornecer informações adequadas ao nível de desenvolvimento.</li> <li>- Monitorar velocidade, pressão, ritmo, quantidade e volume da fala e dicção.</li> <li>- Oferecer métodos alternativos de comunicação.</li> <li>- Providenciar encaminhamento para fonoaudiólogo.</li> </ul>
Controle de impulsos ineficaz, relacionado a alteração na função cognitiva, evidenciado por comportamento violento.	Autocontenção de agressividade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar abordagem calma e tranquilizadora.</li> <li>- Prevenir dano físico caso a raiva esteja direcionada a si mesmo ou aos outros.</li> <li>- Limitar o acesso a situações frustrantes até que o estudante consiga expressar a raiva de maneira adaptativa.</li> <li>- Monitorar o potencial para agressão inapropriada e intervir antes de sua expressão.</li> <li>- Utilizar estímulos externos, conforme necessário, para acalmar o estudante que está expressando a raiva de uma maneira não adaptativa.</li> </ul>

(Continuação ...)

Quadro 1. Distribuição resumida dos Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem, a partir dos problemas encontrados durante a aplicação do instrumento PEP-R aos estudantes no Espectro do Autismo. Caxias-MA, 2018.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Controle emocional instável, relacionado a prejuízo funcional, evidenciado por expressão de emoções incoerentes com o fator desencadeador.	Controle emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar uma abordagem calma, assertiva e tranquila.</li> <li>- Fornecer modelos que demonstrem os passos comportamentais no contexto de importância.</li> <li>- Determinar os fatores no ambiente para o comportamento da criança.</li> <li>- Determinar expectativas e consequências comportamentais adequadas, considerando o nível de funcionamento e a capacidade de autocontrole.</li> <li>- Informar sobre consequências consistentes tanto para comportamentos desejados quanto indesejados.</li> </ul>
Interação social prejudicada, relacionada a barreira de comunicação, evidenciada por interação disfuncional com outras pessoas.	Habilidades de interação social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar clima cordialidade e aceitação.</li> <li>- Encorajar o maior envolvimento em relacionamento já estabelecidos.</li> <li>- Desenvolver formas especiais de conversas (ex.: imagens, outras palavras), conforme o apropriado.</li> <li>- Dar apoio aos esforços da criança para interagir com os outros de forma positiva.</li> <li>- Fornecer treinamento de habilidades sociais apropriadas, se necessário.</li> </ul>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Relacionamento ineficaz relacionado a alteração na função cognitiva e crises do desenvolvimento, evidenciado por atraso no atendimento às metas de desenvolvimento apropriadas ao estágio do ciclo de vida familiar.	Facilitar interação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar mecanismos de enfrentamento típicos da família.</li> <li>- Identificar prioridades de conflito entre os elementos da família.</li> <li>- Auxiliar a família a solucionar conflitos.</li> <li>- Aconselhar os membros da família sobre outros mecanismos eficientes de enfrentamento.</li> <li>- Encorajar a família a manter relações positivas.</li> </ul>
Isolamento social relacionado a interesses de desenvolvimento inadequado, evidenciado por contato visual insuficiente.	Envolvimento social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover envolvimento em interesses novos</li> <li>- Encorajar maior envolvimento em relacionamentos já estabelecidos.</li> <li>- Usar dramatização para praticar técnicas e habilidades de comunicação melhoradas.</li> <li>- Encorajar a mudar de ambiente, como sair para fazer caminhada ou ir ao cinema.</li> <li>- Dar feedback positivo quando conseguir aproximar-se de outras pessoas.</li> </ul>
Regulação do humor prejudicada relacionada a alteração no padrão de sono, ansiedade, função social prejudicada, hipervigilância, isolamento social e prejuízo funcional, evidenciada por afastamento, afeto triste, agitação psicomotora, irritabilidade e concentração prejudicada.	Melhorar o humor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar o indivíduo quanto a relato do nível de estresse, humor e ansiedade.</li> <li>- Avaliar o humor, inicialmente, e em intervalos regulares, à medida que o tratamento evolui.</li> <li>- Determinar se o estudante apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas.</li> <li>- Auxiliar no autocuidado, se necessário.</li> <li>- Monitorar o estado físico do estudante.</li> </ul>
Risco de lesão relacionado a fatores externos (alteração na função cognitiva e psicomotora e fonte nutricional comprometida) e internos (alteração na orientação afetiva e disfunção integrativa sensorial).	Ambiente seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar um ambiente livre de ameaças</li> <li>- Garantir proteção e segurança durante os períodos de ansiedade</li> <li>- Identificar as necessidades de segurança, com base no nível de funcionamento físico e cognitivo, além do histórico de comportamento.</li> <li>- Identificar riscos de segurança no ambiente.</li> <li>- Modificar o ambiente para reduzir os riscos.</li> </ul>

(Continuação ...)

Quadro 1. Distribuição resumida dos Diagnósticos de Enfermagem, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem, a partir dos problemas encontrados durante a aplicação do instrumento PEP-R aos estudantes no Espectro do Autismo. Caxias-MA, 2018.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Risco de violência direcionada a outros, relacionado a alteração na função cognitiva, impulsividade, padrão de comportamento antissocial violento e padrão de violência contra outros.	Autocontenção da raiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar tom de voz suave e baixo.</li> <li>- Evitar “encurrular” o estudante.</li> <li>- Redirecionar a atenção para longe da fonte de agitação.</li> <li>- Evitar a projeção de uma imagem ameaçadora.</li> <li>- Evitar discutir com o estudante.</li> </ul>
Conforto prejudicado relacionado a controle ambiental e situacional insuficiente, estímulos ambientais nocivos e sintomas relativos à doença evidenciado por alteração no padrão de sono, ansiedade, choro, incapacidade de relaxar, inquietação e irritabilidade.	Capacidade de relaxar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondar se há nível reduzido de energia, incapacidade de concentração ou outros sintomas concomitantes capazes de interferir na capacidade cognitiva de concentrar-se.</li> <li>- Criar um ambiente calmo e sem interrupções, com iluminação difusa e temperatura confortável, sempre que possível.</li> <li>- Sugerir que o estudante assuma uma posição confortável, com roupas soltas e olhos fechados.</li> <li>- Convidar o estudante a relaxar.</li> <li>- Determinar se alguma intervenção relaxante no passado foi útil.</li> </ul>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (NANDA)	RESULTADO ESPERADO (NOC)	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)
Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a transtornos do comportamento e dificuldade de aprendizagem do cuidador.	Monitorar o desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorar os estímulos (p. ex., luzes, ruídos, manuseio, procedimentos) no ambiente do estudante e reduzi-los, se adequado.</li> <li>- Oferecer aos pais informações precisas sobre a condição, o tratamento e as necessidades do estudante.</li> <li>- Auxiliar os pais a planejar cuidados em resposta aos indicadores e estados do estudante.</li> <li>- Auxiliar os pais a familiarizarem-se com seu filho num ambiente confortável e calmo.</li> <li>- Reduzir o ruído do ambiente, conforme necessário.</li> </ul>

Fonte: Pesquisa direta.

Ressalta-se que, as Intervenções de Enfermagem propostas - algumas dispostas neste quadro - e os Resultados Esperados (metas), foram, posteriormente, transformados em ações, organizadas no Plano Educacional Individualizado (PEI), para direcionar pais/cuidadores/professores no cotidiano educacional, incluindo atividades de vida diária e de interação social das crianças/estudantes, a partir das alterações encontradas nas escalas de Desenvolvimento e de Comportamento das mesmas. Portanto, o PEI apresentava uma parte inicial de Identificação do(a) Estudante, em seguida, foram disponibilizadas as ações nas quais as crianças/estudantes reprovaram ou estavam emergentes, e posteriormente, mencionaram-se todas as Intervenções, divididas entre o que cada pessoas/grupo deveria realizar em favor da criança/estudante: a família, a escola e os terapeutas - habilidade participativa, habilidade de linguagem receptiva e expressiva, aprendizagem de conceitos, movimento e expressividade, objetivos comportamentais e atividades de vida diária, comportamentos a serem estimulados e evitados, treino de rua, espera/troca de turno, alimentação, higiene pessoal/autocuidado, compras/escolhas, lazer/recreação/descanso, arteterapia e organização do ambiente e utensílios. Em relação à escola, de modo específico, foi possível propor Intervenções nas áreas: linguagem oral e escrita, conhecimento lógico matemático, natureza e sociedade, identidade e autonomia e ainda, organização de agenda.

#### 4. DISCUSSÕES

Como se observa, os 15 Diagnósticos de Enfermagem (DE) elaborados neste estudo dão conta de importantes alterações no desenvolvimento das crianças/estudantes, o que ocasiona modificações na rotina e no cotidiano sócioeducacional dos mesmos, sendo que, conforme mencionado, a aplicação do Perfil Psicoeducacional Revisado (PEP-R) foi a base para a realização da análise. Ressalta-se que este é um

instrumento para avaliação de crianças no Espectro do Autismo e outros transtornos do desenvolvimento e seu local de origem é o Centro TEACCH (sigla para Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Limitações), na Carolina do Norte, reconhecido como uma das metodologias mais eficazes para intervir com pessoas nesta condição (MARQUES; MELLO, 2005).

Ainda sobre o Quadro 1 apresentado, acerca do Processo de Enfermagem e elaborado após a aplicação do PEP-R, o mesmo serviu de embasamento para a elaboração do Plano Educacional Individualizado (PEI), que é um instrumento norteador da prática com crianças/estudantes que apresentam algum tipo de distúrbio de comportamento ou transtorno de aprendizagem, visando a melhoria do trabalho a ser desenvolvido entre professores de classe regular ou aqueles de atendimento educacional especializado (AEE) e também pode servir de guia para pais/cuidadores e profissionais de saúde que cuidam da pessoa que está no Espectro do Autismo.

De acordo com Glat, Viana e Redig (2012) e Pereira (2014), a avaliação estudante no TEA pode fortalecer a implementação de ações específicas e favorecer a elaboração de um PEI, com base em suas características e especificidades, vislumbrando o seu desenvolvimento e interação social, que são duas grandes áreas que precisam ser observadas criteriosamente. Para mais, saber o grau de acometimento dessa pessoa e conhecê-la profundamente, pode nortear a implantação das atividades educacionais planejadas e minimizar o sofrimento da mesma em se submeter a instruções e informações que não será capaz de compreender.

Assim, no que tange ao primeiro Diagnóstico “Manutenção ineficaz da saúde, relacionada a alteração na função cognitiva, evidenciada por incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas de saúde”, foi verificado por meio da presença de alterações na escala de Desenvolvimento, demonstrando dificuldades na comunicação, entendimento/cognição e percepção, a partir da utilização de jogos da memória, quebra-cabeças, jogos de encaixe, identificação de grande e pequeno, identificação de formas expressiva e receptivamente e outros.

Sobre o assunto, convém salientar que a cognição diz respeito à capacidade de processar informações e transformá-las em conhecimento, com base em um conjunto de habilidades mentais e/ou cerebrais como a linguagem, percepção, memória, pensamento, atenção, associação, imaginação, juízo, raciocínio, inteligência e aprendizagem. Portanto, o processo cognitivo consiste em uma sequência de eventos necessários para a formação de qualquer conteúdo do conhecimento através de atividade da mente, sendo desenvolvido desde a primeira infância até a fase de envelhecimento, sendo essencial para a aquisição de novos conhecimentos e a criação de interpretações (LOURENÇO; DE PAIVA, 2010; NUNES, 2006).

Desta maneira, o(a) enfermeiro(a), como um(a) profissional que tem em sua essência, o processo de Educação em Saúde, pode e deve apropriar-se de seus conhecimentos técnico-científicos, julgamento crítico e raciocínio lógico para efetivar ações junto à criança/estudante no Espectro do Autismo, quer por meio do contato com seus familiares/cuidadores ou seus professores/mediadores/escola, orientando-os quanto à maneira mais adequada de ensiná-la e orientá-la na aquisição de habilidades essenciais para melhorar as condições de vida e saúde, bem como ampliar suas relações interpessoais e convívio social e educacional (Quadro 1).

Para mais, destaca-se que quanto maior o nível de entendimento e desenvolvimento de processos intelectuais da pessoa no Espectro Autista, maiores as possibilidades de assumir as responsabilidades em atender suas práticas de saúde e atividades de vida diária. Por isso, o educador deve definir claramente os objetivos que devem ser atingidos pelo estudante para que discente e família/cuidadores, saibam exatamente o que se espera deles no processo de ensino.

O segundo DE “Deambulação prejudicada, relacionada a equilíbrio prejudicado, evidenciada por capacidade prejudicada de subir escadas e de andar sobre superfícies irregulares” e o terceiro “Mobilidade física prejudicada relacionada a atraso de desenvolvimento, evidenciada por redução nas habilidades motoras grossas e movimentos descoordenados” foram observados a partir da aplicação da Escala de Desenvolvimento avaliando se a criança/estudante conseguia andar sozinha, bater palmas, ficar em pé, pular usando ambos os pés, copiar linha, traçar formas e desenhar, além de ações como pegar, jogar, empurrar e chutar bola; observação da dominância e alternância de membros; subir escada; equilibrar-se no skate.

Assim, ressalta-se que apesar das disfunções motoras não estar entre os critérios diagnósticos para TEA no DSM-V, existe um alto número de alterações dessa natureza na referida população, que podem estar associadas a conexões anormais entre os neurônios, devendo ser observadas precocemente com vistas a despertar um sinal de alerta na equipe de saúde, na escola e na família, sinalizando atraso no

desenvolvimento do controle e ajuste postural, diminuição ou falta dos reflexos primitivos e baixo tônus, além de hipotonia, capacidade insuficiente de sustentar a cabeça, dificuldades ao sentar sem apoio, sentar entre as pernas ou “em W”, dificuldade para engatinhar, tendência de andar nas pontas dos pés, dificuldade em correr, jogar bola, subir e descer escadas, pular corda, escovar os dentes, pular objetos pequenos, pedalar triciclo, pular em um só pé, falta de percepção do seu corpo no espaço, alterações de equilíbrio, dispraxia, dificuldade para escrever e até mesmo para falar, além das alterações sensoriais.

Uma vez detectadas as alterações psicomotoras, o(a) enfermeiro(a) pode, além das Intervenções supracitadas (Quadro 1), encaminhar ao fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, educador físico e/ou outros profissionais com competência na área, visando promover o desenvolvimento da criança, estimular a independência funcional e traçar juntamente com a família e a escola, objetivos que visam à melhor qualidade de vida e funcionamento da pessoa no Espectro.

Consoante Lô e Goerl (2010), o ambiente de intervenção motora é um local onde os indivíduos recebem atendimento especializado para realizar atividades físicas programadas e orientadas, buscando uma melhoria nas suas capacidades motoras; devendo ser um espaço inclusivo que utiliza da ludicidade para facilitar o desenvolvimento da criança autista. Neste processo realizam-se atividades físicas diversificadas, para trabalhar o desenvolvimento motor em âmbitos globais no intuito de alcançar, a partir do desenvolvimento psicomotor, sua máxima capacidade para realização de ações nas mais diversas áreas, inclusive de socialização e alfabetização e/ou educacionais.

O quarto DE “Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a alteração na função cognitiva, evidenciado por capacidade prejudicada de abrir recipientes, de alimentar-se de uma refeição inteira” foi verificado também com base na Escala de Desenvolvimento do PEP, observando dificuldades em tomar líquidos no copo, não conseguir fazer pedidos e não abrir potes e outros utensílios necessários, bem como ouvindo a criança e o pai/mãe/cuidador.

Neste sentido, pode-se afirmar que as questões alimentares e nutricionais geralmente são um grande empecilho no cuidado de pessoas no Espectro do Autismo, seja na residência, na escola ou em outros ambientes socio-familiares, fazendo com que o momento da refeição esteja envolto com choro, euforia e auto ou heteroagressão por parte criança/pessoa no Espectro e ocasionando desgaste emocional nas pessoas que convivem e cuidam da mesma. A vista disso, o(a) enfermeiro(a) precisa lançar mão de seus conhecimentos na área e, além de encaminhar a criança/pessoa/estudante ao serviço dietético-nutricional de referência, orientar à família e aos educadores que a maioria das alterações nesta área devem-se ao fato de que o padrão alimentar e o estilo de vida dessas pessoas é regido por regras próprias, instigando-as a assumirem uma postura de apego excessivo a rotinas e repetição de comportamentos, que culmina com o comprometimento em seu crescimento corporal e estado nutricional, além das Intervenções listadas (Quadro 1).

Para Carvalho et al. (2012) crianças no Espectro Autista são muito seletivas e resistentes ao novo, fazendo bloqueio a novas experiências alimentares e, no que concerne à alimentação, três aspectos mais marcantes são registrados: seletividade, que limita a variedade de alimentos, podendo levar a carências nutricionais; recusa, inclusive com a não aceitação do alimento selecionado, o que pode levar a um quadro de desnutrição calórico-proteica; e ainda, a indisciplina que também contribui para a inadequação alimentar.

Em relação ao quinto diagnóstico, “Comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no desenvolvimento, evidenciada por dificuldade para compreender a comunicação, formar palavras e sentenças”, detectaram-se alterações em ambas as Escalas, tanto de Desenvolvimento quanto de Comportamento. Na primeira, as crianças/estudantes tiveram dificuldade em fazer e/ou entender gestos pedindo ajuda e na segunda, em comunicar-se espontaneamente, busca de ajuda do(a) avaliador(a), além de uso inadequado de jargões e linguagem idiossincrática, inteligibilidade da fala, balbucio, ecolalia e outros.

Desta forma, o(a) enfermeiro(a) deve, além das Intervenções estabelecidas (Quadro 1), investigar a interferência de orientações sistematizadas e específicas, direcionadas a pais/cuidadores e professores de crianças/estudantes no Espectro do Autismo, quanto às suas habilidades de comunicação, quer sejam por meio da oralidade e/ou uso de gestos, ou qualquer outra forma, com a intensão de programar atividades a serem realizadas em curtos períodos de tempo, com possibilidades de retorno, visando ampliação tanto do ambiente comunicativo da criança, como para o entendimento familiar a respeito das habilidades e dificuldades de seu ente querido. Ademais, este(a) profissional pode encaminhar a criança/estudante ao(à) fonoaudiólogo(a) e também ao(à) psicólogo(a), uma vez que os problemas oriundos da comunicação podem estar ligados a questões socioemocionais.

Destaca-se que as alterações de comunicação em indivíduos do Espectro do Autismo incluem, desde a ausência de fala em crianças com mais de três anos, a presença de características peculiares, como ecolalia, inversão pronominal, discurso descontextualizado, ausência de expressão facial, até o desaparecimento repentino da fala e, em geral, constituem uma das primeiras preocupações dos pais dessas crianças (KOZLOWSKI et al., 2011).

No que tange ao sexto e sétimo diagnósticos, “Controle de impulsos ineficaz, relacionado a alteração na função cognitiva, evidenciado por comportamento violento” e “Controle emocional instável, relacionado a prejuízo funcional, evidenciado por expressão de emoções incoerentes com o fator desencadeador” foram identificados a partir da reação da criança/estudante à cócegas, gestos e voz do avaliador, bem como ao som do apito, da campã e da castanhola (escala de Desenvolvimento) e também por movimentos e ações de auto e heteroagressão e presença de maneirismos, além de dificuldades aparentes na avaliação do comportamento durante as atividades do teste (escala de Comportamento).

Destarte, o controle de emoções é algo bem complexo, sobretudo em pessoas que, de modo geral, não conseguem compreender a maioria dos sinais emitidos pelas pessoas com as quais convive, como a simbologia expressa pela face ou gestos e ainda vestígios naturais oriundos do ambiente e das forças que o compõe. Portanto, na ausência de compreensão do que se passa ao seu redor, as crianças/estudantes/pessoas no Espectro do Autismo utilizam como estratégias principais a fuga e/ou a agressividade contra outros (heteroagressão) ou contra si mesmos (autoagressão), sendo que muitas vezes o que ocorre é a chamada crise sensorial, que envolve comportamentos de birra, hostilidade e outros sentimentos que causam repulsa em outras crianças e adultos, dificultando, inclusive, a interação social.

Por conseguinte, o(a) enfermeiro(a) pode, quer na Atenção Primária à Saúde, durante as consultas de acompanhamento do desenvolvimento infantil ou mesmo em outros espaços da sociedade, como a escola, orientar pais/cuidadores/professores quanto a estas particularidades, buscando instituir a substituição de comportamentos inoportunos (Quadro 1). Para Giaconi e Rodrigues (2014) impor à pessoa no espectro do Autismo rotina diferente daquela à qual está adaptado é motivo de sofrimento, pois por suas características cognitivas, principalmente os processos executivos de percepção, compreensão, controle emocional, comunicação, entre outros e pela fragilidade emocional que o distingue, o aluno autista necessita de um processo progressivo de inclusão na escola, precedido por ações conscientes e voltadas para a adaptação.

O oitavo diagnóstico “Interação social prejudicada, relacionada a barreira de comunicação, evidenciada por interação disfuncional com outras pessoas”, o nono DE “Relacionamento ineficaz relacionado a alteração na função cognitiva e crises do desenvolvimento, evidenciado por atraso no atendimento às metas de desenvolvimento apropriadas ao estágio do ciclo de vida familiar” e o décimo DE “Isolamento social relacionado a interesses de desenvolvimento inadequado, evidenciado por contato visual insuficiente”, foram percebidos na escala de Desenvolvimento a partir da avaliação dos seguintes itens: jogo social, encontrar objeto perdido, brincar sozinho, iniciativa de interação social, reação ao contato social e à própria imagem no espelho. E na Escala do Comportamento: consciência da presença do(a) avaliador(a), exploração do ambiente/materiais do teste e entonação e inflexão.

Desse modo, constata-se que socialização, que configura um dos tópicos primordiais, inclusive para a conclusão diagnóstica do TEA, é um item essencial que o(a) enfermeiro(a) pode trabalhar com os pais/cuidadores/professores, a partir da observação dos principais fatores que inviabilizam a iniciativa e prosseguimento na interação social, e como se observa nestes DE, os mesmos estão relacionados às funções cognitivas, questões desenvolvimentais ou mesmo às barreiras de comunicação, por isso, cabe a este(a) profissional, além das Intervenções propostas (Quadro 1) discutir com os responsáveis pela criança/estudante, formas de viabilizar tal engajamento social, propondo atividades em que a criança/estudante possa realizar com os pares (colegas), favorecendo o seu interesse e permanência no grupo, pois em muitos casos, a afetividade é um dos únicos caminhos para se estabelecer contato com a criança/estudante.

O DE “Regulação do humor prejudicada relacionada a alteração no padrão de sono, ansiedade, função social prejudicada, hipervigilância, isolamento social e prejuízo funcional, evidenciada por afastamento, afeto triste, agitação psicomotora, irritabilidade e concentração prejudicada”, décimo primeiro DE, foi identificado mediante a observação da reação da própria imagem no espelho e a cócegas na Escala de Desenvolvimento e tolerância à interrupção, avaliação do contato ocular, amplitude da atenção e hipersensibilidades na Escala de Comportamento.

Portanto, percebe-se que mais uma vez as questões de embotamento social influenciaram na elaboração de DE para crianças/estudantes no espectro do Autismo, haja vista ser este o principal fator relacionado e característica definidora; sendo que isto, pode e deve ser ponto de partida para que o(a) enfermeiro(a) estabeleça suas Intervenções junto à família e à escola, buscando a interação social, desenvolvimento de comportamentos adequados, regulação do humor e surgimento de self (em psicologia – o conhecimento que o indivíduo adquire de si próprio), às quais foram estabelecidas no Quadro 1.

Para mais, Lemos, Salomão e Agripino-Ramos (2014) e Fiore-Correia e Lampreia (2012), destacam a importância de se analisar as interações sociais nos contextos escolares, verificando a participação das crianças autistas e considerando a mediação dos professores, familiares e das demais crianças; compreendendo que os comportamentos dos estudantes no Espectro Autista podem ser influenciados, considerando os contextos interativos, a mediação do adulto e, sobretudo, às particularidades de cada criança, a partir do estabelecimento de uma linha do desenvolvimento infantil típico e entendendo que falhas inatas na capacidade de conexão afetiva das crianças autistas ocasionam prejuízos severos em suas relações sociais.

O décimo segundo e décimo terceiro diagnósticos, respectivamente, “Risco de lesão relacionado a fatores externos (alteração na função cognitiva e psicomotora e fonte nutricional comprometida) e internos (alteração na orientação afetiva e disfunção integrativa sensorial)” e “Risco de violência direcionada a outros, relacionado a alteração na função cognitiva, impulsividade, padrão de comportamento antissocial violento e padrão de violência contra outros”, foram obtidos a partir da análise de ações como empilhar blocos, atender instruções sequenciais, selecionar opções, pegar pinçando, simular uso de objetos, demonstrar funções de objetos e reagir a imitação das próprias ações na Escala de Desenvolvimento. Na Escala de Comportamento, por sua vez, trouxeram essas informações, observar reações de medo, análise do feto e da relação com o(a) avaliador(a).

Desta maneira, a despeito destes DE, vale destacar a importância de o(a) enfermeiro(a) abordar junto às famílias e professores/escolas a necessidade de proteção da integridade física e psicossocial das crianças/estudantes no Espectro Autista, haja vista as naturais dificuldades na aquisição de noção de perigo, o que pode interferir negativamente em seu bem estar e autocuidado. Para mais, diante das Intervenções definidas no Quadro 1, este(a) profissional orienta quanto à estruturação de um ambiente saudável a partir da compreensão de início, meio e fim das tarefas; além de área para guarda e armazenamento de materiais e utensílios necessários, já que isto poderá organizar as ideias e gerar um planejamento adequado das atividades cerebrais.

O penúltimo diagnóstico “Conforto prejudicado relacionado a controle ambiental e situacional insuficiente, estímulos ambientais nocivos e sintomas relativos à doença evidenciado por alteração no padrão de sono, ansiedade, choro, incapacidade de relaxar, inquietação e irritabilidade”, foi verificado mediante análise da Escala de Comportamento da criança/estudante no que refere aos itens – hipersensibilidade e reação de medo.

Por conseguinte, ao(à) enfermeiro(a) cabe investigar as principais situações que interferem no controle ambiental e emocional da criança/estudante no Espectro Autista, no intuito informar aos pais/cuidadores/professores como promover uma ambiência mais agradável e compatível com as suas necessidades (Quadro 1), além de proporcionar melhoria nas condições de sono e conforto por meio de uma adequada organização sensorial e da estruturação do seu cotidiano tanto em casa, quanto na escola, e, inclusive, orientando quanto ao uso de medicamentos prescritos, quando for o caso.

O décimo quinto e último DE, “Risco de desenvolvimento atrasado relacionado a transtornos do comportamento e dificuldade de aprendizagem do cuidador” foi percebido na Escala de Desenvolvimento por meio da avaliação de atividades motoras como enfiar contas em barbante, usar as mãos cooperativamente, pinçar, escrever espontaneamente (conforme a idade cronológica), saber e/ou responder perguntas referentes ao próprio nome, sexo e outras informações pertinentes e na Escala de Comportamento e verificar como se comportou durante toda a aplicação do teste.

Neste sentido, pode-se afirmar que as Intervenções de Enfermagem estipuladas (Quadro 1) para a melhoria das questões desenvolvimentais das crianças/estudantes avaliadas, são plenamente aplicáveis e foram estimuladas para que estas pessoas pudessem alcançar as melhores condições possíveis para se desenvolverem, pois mesmo apresentando um transtorno que traz consigo uma série de alterações neurológicas e afetivo-comportamentais, não devem ser tratadas como indivíduos inúteis e que não têm condições de aprender o que lhes é ensinado.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos a partir da aplicação do Perfil Psicoeducacional revelaram dados importantes acerca do desenvolvimento e comportamento das vinte e seis crianças/estudantes no Espectro Autista. E como mencionado, os materiais de avaliação deste instrumento, que incluem uma série de brinquedos e utensílios pedagógicos, são apresentados como atividades estruturadas de jogos e brincadeiras, a partir de uma abordagem Psicoeducacional, considerando as necessidades de cada indivíduo e valorizando as habilidades prévias do sujeito, em vez de simplesmente tentar superar os principais déficits do TEA.

Assim, a partir da obtenção de informações pôde-se produzir um documento, Planejamento Educacional Individualizado, a partir da utilização do Processo de Enfermagem ou pelo menos de três de suas etapas, isto é, o Histórico, Diagnóstico e Planejamento de Enfermagem, auxiliando pais/cuidadores e professores/escola, além de profissionais de saúde que acompanham o crescimento e desenvolvimento de tais crianças/estudantes, a desmitificar preconceitos, diminuir/remover dúvidas, elucidar questionamentos e até empoderar estes interlocutores para a escolha, procura e consecução de terapias disponíveis para cada caso, partindo de uma abordagem específica, com vistas a promover as adaptações e generalizações necessárias na vida pessoal e escolar da criança/estudante em questão.

É preciso entender que cada pessoa que está no TEA é única e deve ter um cuidado individualizado, sendo essencial a parceria com a família e com professores/escola. Por isso, é fundamental explicar aos pais que as suas vidas não acabaram por terem um filho no Espectro e que também não devem se considerar abençoados por terem um “anjo azul”, como costumam referir, mas que têm em suas residências uma pessoa que apresenta uma condição complexa e que precisam trabalhar para conhecer e minimizar as fragilidade e, ao mesmo tempo, ampliar as potencialidades, o que também precisa ser entendido por professores/mediadores/escola.

## REFERÊNCIAS

- [1] Apa - American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Associação Brasileira de Psiquiatria. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- [2] Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015.
- [3] \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania. 11. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- [4] Bulechek, G. M.; Butcher, H. K.; Dochterman, J. M. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Oliveira, S. I. [Trad.]. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- [5] Carvalho, C. R. S. Crianças Autistas e o Processo de Ensino e Aprendizagem: desafio para Pais e Professores. Rev Psic, v. 10, n. 31, p.1-14, set-out, 2016.
- [6] Carvalho, J. A. et al. Nutrição e Autismo: considerações sobre a alimentação do autista. Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 5, n.1, Pub.1, p. 1-7, jan, 2012
- [7] Cunha, E. Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família. 6. ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2015.
- [8] Cunha, E. Autismo na Escola: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar – ideias e práticas pedagógicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2016.
- [9] Fiore-Correia, O.; Lampreia, C. A Conexão Afetiva nas Intervenções Desenvolvimentistas para Crianças Autistas. Psicologia: ciência e profissão, v. 32, n. 4, p. 926-941, 2012.
- [10] Giacconi, C; Rodrigues, M. B. Organização do espaço e do tempo na inclusão de sujeitos com autismo. Educ Real, Porto Alegre, v. 39 n. 3, p. 687-705, jul/set, 2014.
- [11] Glat, R.; Vianna, M. M.; Redig, A. G. Plano educacional individualizado: uma estratégia a ser construída no processo de formação docente. Ciências Humanas e Sociais em Revista, v. 34, n. 1, p.1-22, jun, 2012.
- [12] Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [s.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 15 de junho de 2017.
- [13] Kozlowski, A. M. et al. Parents first concerns of their child’s development in toddlers with autismo spectrum disorders. Dev Neurorehabil, v. 14, n. 2, p. 72-78, 2011.

- [14] Lemos, E. L. M. D.; Salomão, N. M. R.; Agripino-Ramos, C. S. Inclusão de Crianças Autistas: um Estudo sobre Interações Sociais no Contexto Escolar. *Rev Bras Ed Esp*, Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, jan/mar., 2014.
- [15] Lô, E. N.; Goerl, D. B. Representação Emocional de Crianças Autistas Frente a um Programa de Intervenção Motora Aquática, *Revista da Graduação – Publicações de TCC PUCRS*, v. 3, n. 2, p. 1-19, 2010.
- [16] Lourenço, A. A.; Paiva, M. O. A. A motivação escolar e o processo de aprendizagem. *Ciências & Cognição*, v. 15, n. 2, p. 132-141, 2010.
- [17] Marques, M. B.; Mello, A. M. S. R. de. *Teacch: Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*. In: Camargos Júnior, W. et al. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*. 3º Milênio: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005.
- [18] Moorhead, S. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Garcez, R. M. [Trad.]. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- [19] Nanda International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- [20] Nunes, J. M. G. *Linguagem e Cognição*. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- [21] Pereira, D. M. *Análise dos efeitos de um plano educacional individualizado no desenvolvimento acadêmico e funcional de um aluno com transtorno do espectro do autismo*. 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado). Natal-RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2014.
- [22] Santos, E. O. et al. *Aplicação do perfil psicoeducacional revisado - PEP-R em crianças com autismo*. VIII encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial, Londrina-PR, p. 2713-2723, 2013.
- [23] Sudré, R. C. R. et al. *Assistência de enfermagem a crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD): autismo*. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, São Paulo, v.56, v.2, p.102-106, 2011.
- [24] Zaqueu, L. C. C. et al. *Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31 n. 3, p. 293-302, 2015.

# Capítulo 13

*Competências e habilidades técnicas: Estratégias utilizadas por graduandos de enfermagem frente ao desenvolvimento do papel do Enfermeiro Generalista*

*Fernanda da Silva Benedito*

*Suzana Siqueira de Menezes*

*Maria Aparecida Xavier Moreira da Silva*

*Gisele Santana Santos*

**Palavras chave:** Graduandos de Enfermagem, Competências e Habilidades Técnicas, Processo Ensino-Aprendizagem.

## 1. INTRODUÇÃO

A construção de competências no processo de ensino se trata da capacidade de um aluno explorar recursos a fim de resolver situações complexas. Assim como existem as transformações no mundo do trabalho, o processo educacional de futuros profissionais também deve se adequar as alterações que ocorrem nesse meio. Passar informações para os graduandos não garante êxito na prática, dessa forma notamos a necessidade do ensino baseado em competências (DOMENICO e IDE, 2005). O ensino a partir de competências se inicia quando é observado se os conteúdos das disciplinas fazem sentido para os alunos, principalmente o aluno que não atua na área irá ter dificuldades de achar sentido nas disciplinas. Com isso é necessário entrar com situações problema relacionadas com práticas sociais vivenciadas pelo aluno, é importante que os alunos sejam estimulados e tenham autonomia, para melhor desenvolver todas as capacidades (FELIX; NAVARRO, 2009). Na enfermagem a literatura já traz bases para guiar o ensino de competências, deve se observar o modo como cada aluno se desenvolve em sala, o aluno deve ser inserido gradativamente no processo de cuidar, e da mesma forma deve se ampliar o espaço e o exercício da autonomia discente, é importante mostrar através da problematização de projetos a sustentação teórica, que através de atividades poderá ser absorvida com mais facilidade (DOMENICO; IDE, 2005). Frente a esse contexto, este estudo traz como hipóteses que os graduandos de enfermagem estão desenvolvendo competências e habilidades técnicas mediante a sua participação efetiva nas aulas teóricas e práticas realizadas no laboratório, e a medida que estes graduandos são inseridos nas práticas assistenciais e estágios supervisionados, nas instituições de saúde, estas competências e habilidades vão sendo aprimoradas, ou que, diante do déficit do desenvolvimento destas competências e habilidades, os graduandos de enfermagem estão buscando novas estratégias para fortalecer o processo de ensino-aprendizagem para que ao término do curso se tenha desenvolvido segurança e destreza para realizar tais procedimentos e, assim, estar apto para o desempenho do papel do enfermeiro na generalista na assistência.

## 2. OBJETIVO

Descrever, sob o ponto de vista dos graduandos de enfermagem, os fatores que interferem no processo de ensino-aprendizagem das competências e habilidades técnicas e identificar a percepção dos graduandos de enfermagem quanto ao seu desenvolvimento de competências e habilidades técnicas diante das disciplinas cursadas.

## 3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal com abordagem qualitativa que foi realizada com graduandos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) localizada no município de Mogi das Cruzes. A população e amostra foram constituídas por 100 graduandos, tendo como critérios de inclusão/exclusão ser aluno regularmente matriculado na referida IES, estar cursando as disciplinas a partir do 4º período do curso e aceitar participar desta pesquisa por meio do seu consentimento assinado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para atendimento das questões éticas e legais conforme determina a Resolução CNS 466/2012, este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Mogi das Cruzes e aprovação de acordo com o Parecer Consubstanciado do CEP sob nº 2.216.258 e CAAE: 69013617.0.0000.5497. Os dados coletados foram tratados, codificados, categorizados e analisados por meio da Análise de Conteúdo a partir da técnica da Análise Temática.

## 4. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos que, quanto ao gênero 83 (83%) desta amostra são do sexo feminino, 39 (39%) estão na faixa etária entre 19 a 22 anos; quanto ao estado civil, 66 (66%) são solteiros; na questão sobre filhos, 71 (71%) não tem filhos e entre os que responderam que tem, a faixa etária mais predominante é a faixa entre 0 a 10 anos, representada por 24 (24%) das respostas. Em relação a formação acadêmica e profissional, percebe-se que o 7º período foi o mais preponderante com 38 (38%) dos acadêmicos. A concentração quanto o tempo de conclusão estimado ficou em 51% em 5 anos, opção disposta aos acadêmicos pela universidade, que oferta o curso em 5 anos, ou em 4 anos com possibilidade de realizar em período integral o último ano, unificando a parte teórica e prática. Referente ao processo de ensino aprendizagem 91% dos alunos relatou ter cursado a disciplina de Semiotécnica, e entre os procedimentos de enfermagem que foram abordados em aula teórica e executados em aula prática no laboratório de habilidades, destaca-se o procedimento de passagem de sondas (49) e punção venosa (27)

em caráter teórico, e na prática também a passagem de sondas (53) e o procedimento de banho no leito (39). Evidenciou-se que 87% dos alunos já haviam realizado as Práticas Assistências, aula que consta na grade de disciplinas teóricas, porém, executada em campo prático (Instituição de Saúde). Em um contexto geral os procedimentos mais citados que foram executados durante as Práticas Assistenciais foram: exame físico (48), banho no leito (43), SAE (29), passagem de sondas (25), e punção venosa (18). Já em relação aos procedimentos de enfermagem que foram apenas observados, destaca-se: Sondagem (38), Curativos (13), Gasometria (12). Já em relação ao estágio supervisionado, realizado pelos alunos de 7º e 8º período apenas 34% dos alunos haviam realizado, sendo o Exame Físico (14) o procedimento de enfermagem mais executado durante o mesmo, e a Sondagem (12) o procedimento de enfermagem mais observado. Entre os procedimentos privativos do enfermeiro a passagem de sonda (15) foi o procedimento mais executado e a coleta de gasometria arterial (11) o procedimento privativo do enfermeiro mais observado. Nota-se que, grande parte dos alunos não realizou procedimentos importantes, mesmo estando em um estágio avançado do curso. Quanto ao desenvolvimento de competências e habilidades, os alunos que já estavam em período de estágio supervisionado em sua maioria (79,41%), perceberam o desenvolvimento de competências e habilidades que os tornaram mais seguros. Martins et al. (2014), que afirmam que a repetição de simulações colabora para o aumento dos níveis de confiança dos alunos. De acordo com os resultados a prática na execução de procedimentos auxilia no desenvolvimento de competências e habilidades, porém, é necessário que haja mudança no processo de ensino aprendizagem a partir da problematização. Os alunos que não se sentem preparados para desenvolver as competências e habilidades técnicas no estágio supervisionado (4,8%), apontam a falta de habilidade prática como o maior obstáculo. Entre os fatores que interferem no desenvolvimento das competências e habilidades técnicas no contexto das disciplinas teóricas destaca-se em 29% das respostas, a falta de didática dos professores, e a falta de interesse dos alunos (16%). De acordo com Domenico e Ide (2005), o docente deve avaliar, em conjunto com os alunos, o conteúdo já assimilado (já aprendido) e o conteúdo que ainda está em desenvolvimento durante o processo de cuidar. É importante, no processo de ensino aprendizagem em enfermagem, que haja a problematização de projetos no sentido de entender e aprender sua base teórica. Assim, a aprendizagem é considerada um processo contínuo, uma díade entre professor e aluno, onde ambos devem discutir sobre os progressos alcançados, o que deve ser refeito, e as metas a se alcançar. No que tange aos fatores que interferem no processo prático de aprendizagem (práticas assistências e estágio supervisionado), a escassez de procedimentos disponíveis para realização destaca-se entre as principais respostas (30), seguida da insegurança/inexperiência dos alunos (14), e falha na base teórica (11). Alguns participantes da pesquisa justificaram a dificuldade do aprendizado prático na grande quantidade de alunos por grupo de estágio e práticas assistenciais (8). Em relação às estratégias utilizadas para o fortalecimento do aprendizado, 54% dos alunos relataram participar de grupos de estudos como recurso para buscar desenvolver as competências e habilidades técnicas; e 38% buscam conhecimento em cursos em instituições privadas, Domenico e Ide (2005) alegam que para desenvolver o pensamento crítico em enfermagem envolve um grande esforço e uso de estratégias como: atividades de escrita, onde os alunos irão desenvolver textos, diálogos, e atividades de ação, entre outras. Dos 35 que afirmaram utilizar outras estratégias, 22% utilizam as plataformas virtuais para aprimorar o saber, tal atitude segue respaldada pela afirmação de Félix e Navarro (2009), que diz que uso de tecnologias pode ser útil como recursos didáticos que favoreçam a obtenção do conhecimento. Um número preocupante de alunos (11%), afirmaram não utilizar nenhuma estratégia de aprendizado, deixando somente por conta do conteúdo das disciplinas. Silva e Pedro (2010) apontam tal comportamento dos estudantes como acomodação, onde os mesmos não interagem no processo de aprendizado, não dialogando, questionando, e não participando de decisões. Quanto às sugestões que a melhoria do ensino-aprendizagem no contexto de desenvolvimento das competências e habilidades técnicas, destaca-se o aumento de aulas práticas 51%, a melhora na didática dos professores 13% e melhora na união entre a teoria e a prática 11%. Um percentual considerável de alunos (13%) sugeriu uma modernização dos laboratórios e a disponibilidade de mais materiais para as aulas práticas, a fim de melhorar o processo de ensino-aprendizagem. Comungam da mesma ideia, Gomes e Germano (2007) acerca da necessidade da melhoria, ao enfatizarem que: o laboratório é um local de suma importância para o aprendizado prático em Enfermagem, e requer melhorias no que diz respeito à infraestrutura, e a disponibilidade de materiais para utilização em simulação clínica.

## 5. CONCLUSÃO

Este trabalho aponta como principais estratégias utilizadas pelos graduandos a participação em grupos de estudo, a realização de cursos em instituições privadas e o uso de plataformas virtuais, que os principais fatores que interferem no processo de ensino-aprendizagem são os poucos procedimentos disponíveis, a insegurança/inexperiência dos alunos, e o déficit na abordagem da teoria e, que existe um déficit no processo de ensino-aprendizagem, sendo que ao passar pelas práticas assistências e o estágio supervisionado, um número de alunos abaixo do esperado, relatou ter realizado procedimentos essenciais para a formação profissional, como: exame físico, SAE, sondagem e coleta de gasometria, evidenciando a lacuna existente nesse processo. Os alunos de Enfermagem têm muito a reivindicar referente ao seu processo de ensino-aprendizagem, entretanto, muitos se encontram resignados diante da situação do déficit no ensino. Faz-se necessário então que o corpo docente estimule nos alunos o amadurecimento acadêmico despertando, nos mesmos, o senso crítico argumentativo, visto que o ensino-aprendizado ocorre em uma via de mão dupla, onde, por meio do ensino o aluno irá ganhar conhecimento, uma vez que há toda uma estrutura a ser montada (curso, grade, professor, sala de aula), para que isso aconteça, porém, na outra via o aluno tem que ser mais participativo, colaborar, instigar, perguntar e cobrar. Percebe-se que há necessidade de mais estudos que abordem esse contexto que possam subsidiar o processo de ensino-aprendizado na área de enfermagem, pois de acordo com os sujeitos e os vários autores existe uma falha muito grande que precisa ser corrigida.

## REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 11 jan. 2016.
- [2] Domenico, Edvane Birelo Lopes de; IDE, Cilene Aparecida Costardi. Referências para o ensino de competências na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, 2005.
- [3] Felix, Fabiola Angarten; NAVARRO, Elaine Cristina. Habilidades e competências: novos saberes educacionais e a postura do professor. Revista Eletrônica Interdisciplinar, v. 2, n. 2, 2009.
- [4] Gomes, Cleide Oliveira; Germano, Raimunda Medeiros. Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 28, n. 3, p. 401, 2007.
- [5] Martins, José Carlos Amado; Mazzo, Alessandra; Mendes, Isabel Amélia Costa; Rodrigues, Manuel Alvez. A simulação no ensino de enfermagem. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014.
- [6] Silva, Ana Paula Scheffer Schell da; Pedro, Eva Néri Rubim. Autonomia no processo de construção do conhecimento de alunos de enfermagem: o chat educacional como ferramenta de ensino. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 210-216, 2010.

# Capítulo 14

## *A prática do incentivo ao aleitamento materno em recém-nascidos na UTI neonatal: uma revisão de literatura*

*Lyvia Bastos Nunes*

*Clice Pimentel Cunha de Sousa*

*Karla Conceição Costa Oliveira*

*Rafaela Duailibe Soares*

*Lierbeth Santos Pereira Penha*

*Maria do Socorro Marques Soares*

*Gerusinete Rodrigues Bastos dos Santos*

*Joelmara Furtado dos Santos Pereira*

*Samara Letícia Mendonça Pereira*

*Francisca Bruna Arruda Aragão*

**Resumo:** Considerando a grande importância do aleitamento materno para a saúde das crianças, a falta de informações ou falhas na comunicação entre o profissional de saúde e mãe podem interferir na sua prática. Ressalta-se que as múltiplas formas de incentivo interferem no processo educativo, sendo necessária a reflexão constante das estratégias adotadas pelos profissionais ao propor uma prática educativa. Diante do exposto este estudo objetivou analisar, através de uma revisão de literatura, a prática do incentivo ao aleitamento materno em recém-nascidos na UTI neonatal. Trata-se de uma revisão de literatura integrativa. A pesquisa foi operacionalizada mediante a busca eletrônica de trabalhos científicos publicados no site Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e Pubmed, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra final do estudo foi de 20 artigos. Após análise dos estudos, verificou-se que a prática de incentivo é uma ferramenta importante e estratégica, para uma aproximação do profissional de saúde à realidade das mães, sobre a amamentação, proporcionando um cuidado mais efetivo. Contudo, deve levar em consideração, considerando que, no ambiente hospitalar, a mãe pode não sentir a vontade para promover a amamentação, nesse sentido, o profissional de saúde pode contribuir no incentivo para bom desempenho no estabelecimento da lactação, tudo no tempo da criança internada.

**Palavras chave:** Recém-nascidos. Unidade terapia intensiva. Aleitamento materno.

## 1 INTRODUÇÃO

A amamentação é uma ação essencial e necessária para a sobrevivência e desenvolvimento infantil, reconhecida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por órgãos de proteção à criança. Doenças como as respiratórias e diarreia, podem ser prevenidas com o aleitamento materno (CARMINHA et al 2011).

O leite humano é considerado o único alimento capaz de atender de maneira adequada a todas as peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança, portanto, o aleitamento materno é tão importante para o desenvolvimento e crescimento da criança, que se recomenda a prática da amamentação exclusiva por seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais (FRAGOSO; FORTES, 2011).

No início da década de 80, no Brasil, as ações voltadas para promoção do aleitamento materno ocorriam de forma isolada e envolviam, sobretudo, o setor da saúde. Porém, em janeiro de 1981, o Ministério da Saúde adotou as recomendações formuladas na reunião de Genebra em 1979 e, com o suporte do UNICEF, lançou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (CARMINHA et al., 2011).

Em 1992, foi implantada no país, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, tornando esse um importante mecanismo para promoção do aleitamento materno. Nesse contexto, “esse conjunto de ações resultou na retomada da prática do aleitamento materno no Brasil e no resgate de seu valor para a saúde de crianças e mulheres” (BRASIL, 2011, p. 20).

Apesar das vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, o abandono da prática de amamentar, vem acontecendo precocemente. A fase do desmame passa a ser um período “crítico”, pois, frequentemente conduz à má-nutrição e a enfermidades, ou seja, a criança acaba recebendo uma alimentação inadequada, tanto em qualidade quanto em quantidade (BRANDÃO et al., 2012; SILVA et al., 2014).

Com relação aos recém-nascidos internados em UTI neonatais, a dificuldade é maior, visto que o manejo inadequado da amamentação neste setor e o desenvolvimento imaturo dos lactentes, segundo Yu et al. (2016) faz que a taxa de amamentação para recém-nascidos em UTI é muito baixa, em alguns relatos até zero.

Na pesquisa de Silva et al. (2014) realizado com 16 díades de mães e recém-nascidos prematuros, com idade gestacional entre 28-34 semanas e o aleitamento, observaram que 30,8% dos lactentes apresentaram dificuldades em abertura da boca e 53,8% em manter a pega. No que se refere ao padrão respiratório 93,8% não apresentaram coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Os autores concluíram que todos os participantes apresentaram algum sinal indicativo de problema durante a mamada.

Grazziotin et al. (2016) relatam quando não existe a possibilidade da amamentação direta, o leite materno pode ser oferecido em um copinho ou através de uma colher, ressaltando que os suplementos devem ser considerado o último caso. Portanto, é fundamental promover o armazenamento do leite materno em bancos, para assegurar que estes pacientes tenham a melhor fonte de alimento disponível.

Porém, segundo Coutinho e Kaiser (2015) afirmam que devido à criança que está internada neste setor, promove uma separação da mãe e bebê prejudica este vínculo, visto que ele é essencial ao sucesso da amamentação. Os autores citam outros fatores que interferem este procedimento: a disposição física e as rotinas da maternidade.

Nesse contexto, surge a importância da prática do incentivo entre o profissional de saúde e a nutriz, ou seja, este incentivo é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos, ou seja, desenvolver o processo de comunicação torna-se uma questão importante para promoção do aleitamento materno exclusivo.

Sabe-se que os profissionais de saúde são peças importantes no incentivo da prática de aleitamento pela mulher, sendo, portanto, a comunicação a estratégia que pode possibilitar o compartilhamento de pensamentos, crenças, valores, as vantagens e desvantagens do procedimento, etc. Nesse momento, é importante considerar a influência que esse profissional poderá ter para a nutriz, além da possibilidade de respeitar e compreender as inúmeras situações que envolvem a experiência de amamentar dessa mulher com filho na UTI, a fim de ajudá-la (BRANDÃO et al., 2012).

O incentivo de amamentação, a mãe que possui seu bebê na UTI, é um fator importante para estreitar o vínculo mãe-filho, além de iniciá-lo precocemente por via gástrica, o contato pele-a-pele e a sucção direta no seio materno, o mais cedo possível, quando não ocorre este contato direto, o profissional pode incentivar a doação de leite para os bancos. Ressalta-se que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, pode trabalhar juntamente com a nutriz, não somente prestando assistência, mas também na promoção e educação em saúde, justificando a realização deste estudo. Diante do exposto, este trabalho objetivou analisar, através de uma revisão de literatura, a prática do incentivo ao aleitamento materno em recém-nascidos na UTI neonatal.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa. A revisão de literatura é a análise metódica e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento. Este tipo de pesquisa tem por finalidade colocar o pesquisador em contato direto com a literatura existente sobre uma temática (MINAYO, 2008).

A pesquisa foi operacionalizada mediante a busca eletrônica de trabalhos científicos publicados no site Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e Pubmed, onde foram utilizadas seguintes palavras-chaves, encontradas nos descritores de saúde (DECS): recém-nascidos, *infant*, *newborn*, unidade terapia intensiva, *intensive care units*, aleitamento materno e *breastfeeding*.

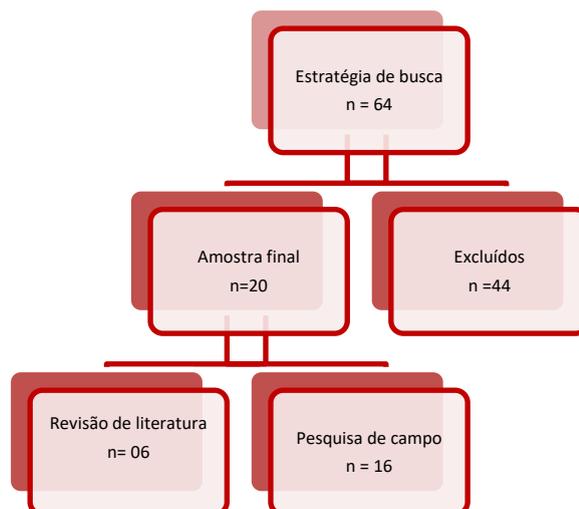
Os critérios de inclusão foram: textos completos de livre acesso; publicados nos idiomas: português ou inglês; artigos originais de pesquisa, revisão de literatura ou relatos de casos clínicos; versar sobre o tema de próteses totais fixas implanto-suportadas; e publicações posteriores ao ano 2009.

Diante da consulta ao descritor supracitado, foram identificadas 137 publicações no Scielo e no pubmed, 89 periódicos. Dessa forma, foram utilizados os filtros “*Dates – Last 10 years*”; “*Textoptions – Links to Free Full Text*”; e “*Languages – English and Portuguese*” para delimitação da pesquisa bibliográfica no pubmed e foram encontrados 29 artigos científicos de livre acesso e no Scielo, a partir do filtro de ano de publicação e área temática foram encontrados 35.

Para delimitação da amostra, procedeu-se com a análise de conteúdo, primeiramente do tema e em seguida dos abstracts e resumos, de modo a verificar o cumprimento dos critérios de inclusão para análise da evidência científica.

Foram excluídas as publicações: Cartas ao Editor, Editoriais, e os textos completos que não contemplavam sobre a temática escolhida ou não apresentava dois descritores, bem como os estudos publicados em periódicos de acesso controlado. Após a exclusão de alguns trabalhos e a análise preliminar das publicações, foram selecionados 20 artigos que cumpriram os critérios de inclusão. Como de demonstra a figura 1.

Figura 1 - Seleção da amostra após a aplicação critérios de inclusão e exclusão.



Contudo para a discussão do estudo foi selecionado as pesquisas de campo que relatavam diretamente a temática estudada: “aleitamento materno na UTI”.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 64 publicações de livre acesso, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas Inglês e Português, foram incluídos 20 estudos, devido estes artigos estarem de acordo com critérios estabelecidos e apresentavam os descritores estudados, contudo para a discussão foram selecionados somente as pesquisas de campo, sendo que das 16 publicações, somente 10 foram selecionados, pois tratavam de estudos relacionados diretamente com a pesquisa como demonstra o quadro 1.

Quadro 1 – Síntese dos artigos selecionados

Autor	Periódico	Ano
<b>Brandão et al.</b>	Revista Eletrônica de Enfermagem	2012
<b>Melo et al.</b>	Revista Rene	2013
<b>Neves et al.</b>	Barbarói	2013
<b>Teixeira et al.</b>	Northeast Network NursingJournal	2013
<b>Wielens et al.</b>	Salão do Conhecimento	2013
<b>Silva et al.</b>	Distúrbios da Comunicação	2014
<b>Baptista et al.</b>	Revista de Enfermagem da UFSM	2015
<b>Coutinho e Kaiser</b>	Boletim Científico de Pediatria	2015
<b>Grazziotin et al.</b>	Journal of Human Laction	2016
<b>Yu et al.</b>	Medical Science Monitor: International Medical Journalof Experimental andClinicalResearch	2016

Observa-se maior incidência de publicações (dez artigos) durante o ano de 2013. Outro dado importante que todos os artigos ressaltam a Portaria nº 693 de 2000, que apresenta a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), e pela influência da 54ª Assembleia Mundial de Saúde, que ocorreu em Genebra no ano de 2001, onde a Organização Mundial de Saúde passou a preconizar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

Quanto aos periódicos, constata-se que a maioria são destinados à área de enfermagem. Percebe-se que a enfermagem se apresenta mais sensibilizada e disposta em investigar o aleitamento materno em recém-nascido na UTI. Este fato pode estar relacionado ao atendimento direto, intenso e constante que enfermeiros proporcionam à mãe e família do prematuro (MELO et al., 2013; GRAZZIOTINI et al., 2016).

Contudo, isto revela que as equipes de saúde não atuam de maneira integrada, embora as políticas de saúde corroborem para que assim seja. Os artigos analisados buscaram investigar aspectos sociais do aleitamento materno na UTI, a vivência materna neste contexto e a importância dos grupos sociais para o incentivo da amamentação, entre outros, conforme é descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Artigos selecionados segundo método, objetivo e resultado

Título	Método	Objetivo	Resultado
<b>Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação</b>	Estudo descritivo-exploratório com análise de dados qualitativos	Caracterizar a comunicação no processo de aconselhamento em amamentação.	O estudo permite afirmar que o desenvolvimento da competência em comunicação interpessoal é essencial para garantir adesão das mulheres na efetivação da promoção do aleitamento materno.
<b>Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta</b>	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	Identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante o internamento do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a alta hospitalar.	Constatou-se que as mães precisam ser acolhidas em grupos formais de aconselhamento durante e após o internamento, recebendo informações estruturadas sobre as dificuldades intrínsecas relacionadas à alimentação, para o estabelecimento de práticas de cuidado mais adequadas à saúde de seus filhos.
<b>A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos</b>	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	Investigar os sentimentos e o significado atribuído por mulheres à vivência da impossibilidade de amamentar	O dilema vivido frente à impossibilidade e ao sofrimento decorrido fizeram com que elas buscassem informações e o que era necessário para oferecer o melhor para o desenvolvimento e para a saúde de seus filhos.
<b>Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno.</b>	Estudo descritivo, qualitativo.	Analisar percepções de primíparas sobre orientações recebidas no pré-natal acerca do aleitamento materno.	As mães detinham percepção satisfatória em relação à importância do pré-natal, porém observou-se conhecimento superficial apreendido no pré-natal em relação à amamentação.
<b>Grupo operativo de gestantes como estratégia para o aconselhamento em amamentação.</b>	Estudo qualitativo.	Descrever e discutir as técnicas de aconselhamento em amamentação empregadas em grupo operativo de suporte a gestantes e familiares.	As técnicas de aconselhamento podem auxiliar na dinâmica grupal, pois implica em desenvolver a habilidade do profissional em escutar.
<b>Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros.</b>	Caráter observacional, descritivo e qualitativo.	Caracterizar como se dá a prática do aleitamento materno em lactentes prematuros internados em Unidade de Cuidados Intermediários	Todos os participantes apresentaram algum sinal indicativo de problema durante a mamada.

(continuação)

Quadro 2 – Artigos selecionados segundo método, objetivo e resultado

Título	Método	Objetivo	Resultado
<b>Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.</b>	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa	Compreender o manejo clínico da amamentação realizado pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense.	As enfermeiras entrevistadas ressaltam as orientações como estratégia para o incentivo e apoio ao aleitamento materno.
<b>Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência.</b>	Um estudo de caso do tipo relato de experiência.	Relatar sobre a visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal.	No ambiente hospitalar, a enfermeira vê-se numa situação de cobrança, momento em que a enfermagem pode contribuir em muito para um bom desempenho no estabelecimento da lactação, e tudo isso em um tempo cronológico imposto pela rotina hospitalar, que nem sempre condiz com o seu próprio tempo.
<b>Analysis of the Storage Methods for Raw Human Milk from Mothers with Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit, According to Brazilian Regulations</b>	Estudo transversal	Avaliar os métodos de armazenamento de leite humano bruto de acordo com as normas brasileiras.	A maioria das amostras testadas (> 80%) foi considerada leite de alta qualidade (<4 ° D) com base nos valores de acidez, e o conteúdo energético do leite foi preservado após o armazenamento. Conclui-se que os métodos de armazenamento exigidos pelas normas brasileiras são adequados para garantir a segurança do leite e o conteúdo energético do leite armazenado quando fornecido aos recém-nascidos.
<b>Breast feeding Evaluation Indicators System is a Promising Evaluation Tool for Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Units (NICUs).</b>	Estudo transversal e qualitativo.	Desenvolver um sistema de indicadores de avaliação do aleitamento materno em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e fornecer subsídios teóricos para avaliação global da qualidade do aleitamento materno para prematuros hospitalizados.	O sistema de indicadores é viável e é uma ferramenta de avaliação promissora para melhorar continuamente a qualidade do aleitamento materno para prematuros internados em UTIN.

Na literatura pesquisada verificou-se que muitas são as dificuldades encontradas pelas mães de recém-nascidos na UTI, para a prática de amamentação, como má posição corporal da mãe e do bebê, inadequação da interação mãe/neonato e a falta de comunicação entre os profissionais e a nutriz, em especial quando o parto foi cirúrgico e quando foram oferecidos suplementos ao neonato (MELO et al., 2013; NEVES, MARIN, 2013; SILVA et al., 2014; GRAZZIOTIN et al., 2016).

Ressalta-se que segundo Brandão et al. (2012) a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo são fatores que dificultam a articulação das ações da equipe de saúde na medida em que os profissionais não encontram espaços diariamente para realizar suas ações em amamentação, podendo ocasionar baixa qualidade ou até mesmo a não realização dessa prática, já que os profissionais terão que executar ações mais emergenciais no serviço de saúde.

Entretanto, que “as ações de promoção ao aleitamento materno não podem ser verticalizadas de forma impositiva”, visto que a nutriz já sofre pressão perante a sociedade (SILVA et al., 2014, p. 20).

Observou-se também nos estudos que orientar sobre amamentação, ainda um desafio para o profissional de saúde, pois devido ao local exige deste trabalhador uma atenção maior, devido a monitorização dos aparelhos e dos pacientes críticos do setor (BAPTISTA et al., 2015).

Além disso, Coutinho e Kaiser (2015) citam os casos das crianças com razões para não ser alimentado ao seio materno e que fica em NPO (nada por via oral), devido, a prematuridade, necessidade de suporte ventilatório, cirurgias e doenças, que restringem o aleitamento, portanto, não pode ser amamentado, gerando na mãe uma angústia e ansiedade.

Nesses casos, muita das vezes a equipe não possui um preparo para auxiliar na promoção do aleitamento, bem como confortá-lo em suas necessidades, comprovando a necessidade da capacitação entre profissionais para atuar na assistência à amamentação (BRANDÃO et al., 2012).

No estudo de Baptista et al. (2015) analisaram o manejo clínico da amamentação realizado por 11 enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense. Os resultados demonstraram que os enfermeiros compreendem que são responsáveis pelo gerenciamento do cuidado, através de orientações para o apoio e incentivo à prática da amamentação e ações para este incentivo, seria o acolhimento, a ajuda para mulher a tomar decisões de forma empática, ouvir e apoiar. Nesse sentido, autores concluíram que um profissional capacitado, contribui mais para o apoio ao aleitamento materno e o enfrentamento ao desmame precoce.

Diante do exposto, é essencial que profissional de saúde, em especial o enfermeiro que é o trabalhador que possui maior contato com mães dos pacientes, esteja capacitado para orientar a nutriz, o emprego da técnica correta de alimentação do leite materno, sendo ela direta ou indireta (copinho ou colher), oferecendo um serviço de qualidade e maior segurança as nutrizes (TEIXEIRA et al., 2013; YU et al., 2016).

Vale ressaltar, também, que o atendimento qualificado e acolhedor proporciona além do acompanhamento clínico com a prevenção de intercorrências, a atuação em face das necessidades sociais, culturais, psicológicas, econômicas e espirituais da paciente (BRANDÃO et al., 2011).

Logo, a escuta é um fator importante, para valorizar as expressões não verbais e respeitar a individualidade de cada um, considerando as múltiplas dimensões que circundam o viver em sociedade, proporcionando a criação de vínculos, o diálogo e a participação ativa das mulheres (MELO et al., 2013; GRAZZIOTINI et al., 2016).

Nesse contexto, a necessidade de escutar a mulher é importante, visto que a escuta, vai além da comunicação verbal, mas engloba o interesse de ouvir, oferecer liberdade de expressão, demonstrar compreensão, aceitar sentimentos e opiniões, reconhecer e elogiar as atitudes corretas, de modo a aumentar a confiança, encorajar práticas saudáveis, fornecer informações necessárias com uma linguagem simples (BRANDÃO et al., 2012; NEVES, MARIN, 2013; SILVA et al., 2014).

No estudo Wielens et al. (2013) que descreveram e discutiram as técnicas de aconselhamento em amamentação empregadas em grupo operativo de suporte a nutriz e familiares, verificaram que as nutrizes podem fazer suas escolhas com base no aprendizado, logo o grupo foi efetivo em seu objetivo principal que é oferecer suporte.

Contudo, Melo et al. (2013) reforça ainda que as mulheres com bebês internados, sentem a necessidade de compartilhar sua experiência com outras mães na mesma situação, logo grupos de apoio é uma ferramenta estratégica, para busca de apoio, interação, além do incentivo para a amamentação e companhia entre elas.

Ressalta-se, que, existe ainda, a necessidade de reorientação das práticas de educação em saúde com vistas a contemplar os diversos aspectos que influenciam a decisão de amamentar, ou seja, provocar mudanças no modelo assistencial vigente, pautado em abordagem biomédica, focada nos aspectos biológicos da amamentação (SILVA et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2013).

Portanto, a amamentação de recém-nascidos em UTI é uma questão importante que os profissionais de saúde e as mães de prematuros têm que lidar. Como compreender plenamente os principais aspectos de impedir o aleitamento materno em crianças na UTI, e fator fundamental para modificar e melhorar a taxa de amamentação (GRAZZIOTIN et al., 2016; YU et al., 2016).

Logo, os profissionais de saúde e mães de crianças em UTI Neonatal devem revisar constantemente os procedimentos decisórios e operacionais, visando promover a melhora contínua da qualidade e assegurar o sucesso do aleitamento materno nestas crianças (YU et al., 2016).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, que, a partir da análise dos trabalhos pesquisados, ressalta-se que a prática de incentivo é uma ferramenta importante e estratégica, para uma aproximação do profissional de saúde à realidade das mães, sobre a amamentação, proporcionando um cuidado mais efetivo.

Temos que considerar que, no ambiente hospitalar, a mãe pode não sentir a vontade para promover a amamentação, nesse sentido, o profissional de saúde pode contribuir no incentivo para bom desempenho no estabelecimento da lactação, tudo no tempo da criança, visto que este período imposto pela rotina hospitalar, que nem sempre condiz com o seu próprio tempo.

Portanto, orientar a nutriz para amamentação é essencial para promoção de educação em saúde, visando a eliminação de dúvidas e obstáculos para prática de amamentação, e durante a internação. Logo, os profissionais de saúde que atuam na UTI Neonatal, devem tá sempre atualizados, para o desenvolvimento eficaz e acolhedor da promoção desta prática, objetivando qualidade de vida para a mãe e seu bebê.

Ressalta-se a importância de profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que, no papel de educador, se mostra ser indispensável neste processo, logo este profissional possui um papel importante no incentivo à amamentação. Nesse sentido, verifica-se que a temática ganha relevância, contudo, o estudo teve limitações, como sendo uma revisão de literatura, portanto, sugere-se a realização mais estudos relacionados à mesma temática, no qual poderia avaliar a percepção do profissional de UTI.

#### REFERÊNCIAS

- [1] ATHANÁZIO, Alcinéa Rodrigues; LOPES, Josélia da Costa; SOARES, Karla Francina Mattos de Souza; GÓES, Fernanda Garcia Bezerra; RODRIGUES, Diego Pereira, RODRIGUES, Edvane Mauricio da Silva. A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno no copinho ao recém-nascido: revisão integrativa. Revista de enfermagem UFPE, v. 7, n. 5, p. 4119-4129, 2013.
- [2] BAPTISTA, Suzana de Souza et al. Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 1, p. 23-31, 2015.
- [3] BRANDÃO, E.C., et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. Rev. Eletr. Enf., 2012, n.14, v.2, abr/jun, 2012.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010) / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- [5] \_\_\_\_\_. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança e aleitamento materno. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno>> Acesso em: 29 jan. 2019.
- [6] CARMINHA, M.F.C., et al. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, n.16, v.4, Apr., 2011.

- [7] COUTINHO, Sandra Eugênia; KAISER, Dagmar Elaine. Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência. *Boletim Científico de Pediatria-Vol*, v. 4, n. 1, p. 11, 2015.
- [8] FRAGOSO, A.P.R.; FORTES, R.C. Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J Health Sci Inst.*; n.29, v.2, 2011.
- [9] FRANÇA, Elisabeth; LANSKY, Sônia. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *Anais*, n.1, v.5, p. 1-29, 2016.
- [10] GRAZZIOTIN, Maria Celestina Bonzanini et al. Analysis of the Storage Methods for Raw Human Milk from Mother with Infants Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit, According to Brazilian Regulations. *Journal of Human Lactation*, v. 32, n. 3, p. 446-454, 2016.
- [11] MARTINS, Elaine Lutz et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 3, n. 1, p. 155-163, 2013.
- [12] MELO, Leila Medeiros ; MACHADO, Márcia Maria Tavares ; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro ; ROLIM, Karla Maria Carneiro. Prematuro : experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. *Rev Rene, Fortaleza*, v.14, n. 3, p. 512-20, 2013.
- [13] MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 416p.
- [14] NEVES, Cassia Vilene; MARIN, Angela Helena. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. *Barbarói*, n. 38, p. 198-214, 2013.
- [15] RAMOS, A. P.; BORTAGARAI, F. M. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev. CEFAC.*, n. 1. v.5, p. 164-70, 2011.
- [16] SILVA, Lais Michele; TAVARES, Luis Alberto Mussa; GOMES, Cristiane Faccio. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrbios da Comunicação*, v. 26, n. 1, 2014.
- [17] SILVA, Eveline Franco; MUNIZ, Fernanda; CECCHETTO, Fátima Helena. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 2, p. 434-441, 2012.
- [18] SPIBY, Helen et al. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsel or son duration of breastfeeding. *Midwifery*, v. 25, n. 1, p. 50-61, 2009.
- [19] TERRA, A. C.; VAGHETTI, H. H. A comunicação proxêmica no trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. *CIENCIA Y ENFERMERIA XX*, n.1, p: 23-34, 2014.
- [20] TEIXEIRA, Monaliza Moraes et al. Percepções de primíparas sobre orientações no pré-natal acerca do aleitamento materno. *Northeast Network NursingJournal*, v. 14, n. 1, 2013.
- [21] YU, Xiurong et al. BreastfeedingEvaluationIndicators System is a PromisingEvaluation Tool for PretermInfants in Neonatal IntensiveCareUnits (NICUs). *Medical Science Monitor: International Medical Journalof Experimental andClinicalResearch*, v. 22, p. 4009, 2016.
- [22] WARKENTIN, Sarah et al. Duração e determinantes do aleitamento materno exclusivo entre crianças brasileiras menores de dois anos. *RevNutr Campinas*, v. 26, p. 259-69, 2013.
- [23] WIELENS, Tamires Nowaczyk et al. Grupo operativo de gestantes como estratégia para o aconselhamento em amamentação. *Salão do Conhecimento*, v. 1, n. 01, 2013.

Autores

**ADRIENE DE FREITAS MORENO RODRIGUES**

Mestre em Gestão Integrada do Território pela Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE (2013). Especialista em Saúde Coletiva com ênfase nas Estratégias de Saúde da Família pela EMESCAM (2008). Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM (2006). Possui aperfeiçoamento em Dimensões da humanização: filosofia, psicanálise, medicina (360 horas) pela UFES - UAB Sistema de Universidade Aberta do Brasil. Aperfeiçoamento em Educação Ambiental pela UFES -UAB. Epidemiologia e Saúde pública. Participação como Tutora no Curso de Especialização Gestão em Saúde UFES/UAB - 2012/2013 . Curadora e Facilitadora da IV Mostra Nacional de experiências em atenção básica/saúde da família - Ministério da Saúde/ DAB - 2013/2014. Curadora do Prêmio InovaSUS 2015. Curadora na Comunidade de Práticas da Atenção Básica/DAB/ Ministério da Saúde, Brasil. 2015- 2017. Atualmente Professora e Pesquisadora do Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC, com projetos financiados pelo UNESC e FAPES - Fundação de amparo à pesquisa e inovação do Espírito Santo. Professora na Residência em Enfermagem Obstétrica, Residência Multiprofissional Terapia Intensiva e Medicina Veterinária. Integrante da COREMU. Professora orientadora no Núcleo Rondon UNESC e Grupo de Pesquisa Território Saúde e Sociedade. Tem experiência em: Área de Enfermagem com ênfase em Estratégias de Saúde da Família, Saúde da Mulher, Epidemiologia e Políticas Públicas. Área de Medicina de Família. Docência de Ensino Superior (Graduação e Pós Graduação em Enfermagem ) e Educação à Distância.

**ALINE VALÉRIA SANTA BRÍGIDA MARTINS**

Graduada pela Universidade da Amazônia

**AMANDA DAMASCENO SOUSA**

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema)

**ANA PAULA DE SOUZA LIMA**

Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas/UFAM

**ANDRÊSSA LUIZA OLIVEIRA ROCHA**

Farmacêutica, graduada pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), colaboradora do Laboratório Centro de Informações em Fármacos -(CIFAR)-UFMT/CUA.

**BARBARA ELLEN ALMEIDA AIRES**

Enfermeira, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

**CARLOS HENRIQUE DA SILVA FERREIRA**

Enfermeiro, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na População do Campo pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

**CAROLINE DE SOUSA MEDEIROS E SILVA**

Possui graduação em Psicologia pela Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR (2015) e graduação em Serviço Social pela Universidade do Norte do Paraná - UNOPAR (2015). Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Faculdade de Pimenta Bueno - FAP (2016). Atuou mais de 2 anos como psicóloga no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em Espigão do Oeste/RO. Atualmente é servidora pública na prefeitura de Machadinho do Oeste/RO, exerce o cargo de psicóloga, sendo técnica de referência no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Possui experiência em serviços socioassistenciais, principalmente, nos serviços das proteções sociais: básica e especial de média complexidade.

**CECÍLIA MARIA ALVES DE FREITAS**

Professora da disciplina de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

**CINTIA DELGADO DA SILVA**

Bióloga, Mestre em Biologia Animal pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) e MAST – Program pela University of Minnesota – Estados Unidos da América (EUA), colaboradora Laboratório no Centro de Informações em Fármacos -(CIFAR)-UFMT/CUA

**CLARISSA SILVA PIMENTA**

Enfermeira, Residente pelo Programa Multiprofissional em Saúde Mental pelo Instituto Raul Soares (IRS). Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG/MG). Belo Horizontes, Minas Gerais (MG), Brasil.

**CLICE PIMENTEL CUNHA DE SOUSA**

Enfermeira e Mestra em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

**DENISE MARY COSTA DE OLIVEIRA**

É docente da graduação em enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes. Co-orientadora da Liga Acadêmica de Promoção em Saúde. Foi professora de enfermagem da UMCTEC. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em Saúde da Mulher, Neonatologia, Cuidados Intensivos e Auditoria de contas médicas. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Braz Cubas (2012). Pós- Graduação em UTI- Adulto, pediátrica e Neonatal pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba. Pós- graduada em Docência para Nível técnico e Superior, Pós-graduação em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica pela Universidade Cruzeiro do Sul. Mestre em Ciências e Tecnologia em Saúde pela Universidade de Mogi das Cruzes. Doutoranda em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes

**DRIELE CAROLINE NORONHA GOMES**

Possui Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia- UNIFAMAZ. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Integrada da Amazônia- FINAMA. Docente no Centro de Ensino Grau Técnico Belém nas disciplinas Farmacologia, Anatomia Humana, Saúde da Mulher, História da Enfermagem Legislação e

Ética, Saúde do Trabalhador Microbiologia e Parasitologia, Epidemiologia, Processos Parasitológicos e Fundamentos de Enfermagem. Voluntária no Abrigo João de Deus. Possui afinidade nas pesquisas voltadas nas áreas de Unidade de Terapia Intensiva, Saúde do Idoso, Educação em Saúde.

### **ELIANA LESSA CORDEIRO**

Enfermeira Psiquiatra, Mestre em Neurociências pelo Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento (Posneuro) - Nível Acadêmico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Mestre em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem - Nível Profissional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL); Especialista em Preceptoría no SUS pelo Instituto Sírío Libanês (ISL); Especialização em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Sanitarista - Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) (2004); Especialista na modalidade Residência em Psiquiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE) lotada no Hospital Ulysses Pernambucano (HUP); Graduação em Enfermagem pela UFPE e Licenciatura Plena em Enfermagem pela UFPE. Gestora e Docente no Departamento de Enfermagem no Curso de Graduação (Bacharel) em Enfermagem e Gestora da Pós-graduação lato sensu em Saúde Pública da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife; Tutora da Residência Multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Prefeitura da Cidade do Recife (PCR) e Enfermeira concursada do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - José Carlos Souto da PCR. Revisora de Periódicos na Revista de Trabalhos Acadêmicos; e Revista Saúde e Sociedade (Online). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **ELISE MIRANDA PEIXOTO**

Graduanda do Curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas/UFAM

### **FABIO BIASOTTO FEITOSA**

Psicólogo (UNESP/Assis-SP), Mestre e Doutor em Treinamento de Habilidades Sociais-THS (UFSCar/São Carlos-SP; UTL/Lisboa-Portugal), Professor Associado do Departamento de Psicologia da UNIR/Porto Velho-RO com Pós-doutorado em Tratamento e Prevenção Psicológica pela CAPES na UCL/Londres-Reino Unido. Leciona e pesquisa sobre o impacto das relações interpessoais na saúde e na qualidade de vida.

### **FAGNER ALFREDO ARDISSON CIRINO CAMPOS**

Enfermeiro Psiquiátrico. Mestre em Psicologia, Especialista em Terapia Familiar, em Gestão de Pessoas e em Gestão em Enfermagem, Capacitação em Treinamento das Habilidades Sociais, Graduado em Enfermagem. Enfermeiro assistencialista dos Leitos de Saúde Mental do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco/AC. Possui experiência em grupoterapia, atendimento à família e assistência de enfermagem à pacientes com transtornos mentais graves e persistentes. Nos últimos anos tem dedicado sua carreira a reabilitação psicossocial de pacientes com transtornos mentais (depressão, estresse, ansiedade e dependência química). É coordenador do grupo terapêutico Narrativas e Identidade, com foco em prevenção de recaída em dependentes químicos.

**FELIPE SANTANA E SILVA**

Enfermeiro, graduado pelo Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão-UNIFACEMA; Especialista em Urgência e Emergência pelo UNIFACEMA; Especialista em Oncologia pela UNIFACEMA; Mestrando em BIODIVERSIDADE, AMBIENTE E SAÚDE, pela UEMA;

**FERNANDA DA SILVA BENEDITO**

Fernanda da Silva Benedito Graduanda do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes – UMC – São Paulo. Membro organizadora da V Conferência de Semiologia do Curso de Enfermagem da UMC, tendo como tema “Estratégias para o Desenvolvimento de Competências e Habilidades para o Exame Clínico em Enfermagem” (Maio/2017), participação do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC), com apresentação do Projeto intitulado “Estratégias para o Desenvolvimento de Competências e Habilidades para o Exame Clínico em Enfermagem” (Outubro, 2018) com premiação honrosa (2º lugar de melhor trabalho).

**FLÁVIA LÚCIA DAVID**

Farmacêutica, Doutora em Farmacologia pela Universidade de São Paulo -USP, Professora associada ao curso de Farmácia do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS) - UFMT/CUA, Coordenadora e Orientadora no Laboratório Centro de Informações em Fármacos -(CIFAR)-UFMT/CUA.

**FRANCIDALMA SOARES SOUSA CARVALHO FILHA**

Enfermeira. Doutora em Saúde. Pós-graduação em Autismo: a prática do Ensino Estruturado aplicado à Educação de pessoas com TEA. Docente da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e do Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema).

**GABRIELA BATISTA SANTOS**

Graduanda em enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)

**GISELE SANTANA SANTOS**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Universidade de Guarulhos, Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre Profissional em Ciências e Tecnologia na Saúde pela Universidade de Mogi das Cruzes, Docente das disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria, Psicologia aplicada na Saúde, Semiologia II, Saúde do Adulto do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes.

**IANESKA BÁRBARA RIBEIRO DO NASCIMENTO**

Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão (UniFacema)

**JAINÉ DE SANTANA FEITOSA**

Possui licenciatura e bacharelado em Psicologia pela Unir, Especialização em Teoria e Clínica Psicanalítica, Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Mestrado em Psicologia pela Unir. Tem experiência na área de Psicologia clínica de orientação psicanalítica, atuando principalmente

nos seguintes temas: psicoterapia de orientação psicanalítica, saúde mental e saúde do trabalhador. Atualmente é docente do ensino superior.

#### **JOICY PRINCEZA DE PORTUGAL**

Enfermeira, especialista em saúde mental, mestranda em educação e ciências da saúde. Atualmente é docente do curso de enfermagem na Universidade Paulista e conselheira tesoureira do conselho regional de enfermagem de Palmas/Tocantins.

#### **JOZILDA VILELA MATHEUS**

Enfermeira do Hospital e Maternidade São José e Secretaria Municipal de Saúde.

#### **JULIANA FERNANDES DE SOUZA**

ENFERMEIRA GRADUADA PELA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA, GRADUANDA EM UTI ADULTO E NEONATAL, EXERCE O CARGO DE ENFERMEIRA NO HOSPITAL SANTA MARIA DE ANANINDEUA E PRECEPTORA NO CETAM.

#### **JULIANA SANTOS SIMÕES**

Enfermeira, especialista em saúde da família e comunidade com experiência na atuação com a população em situação de rua. Atualmente é enfermeira da secretaria municipal de saúde de Palmas e docente do curso de enfermagem na Universidade Paulista.

#### **KARLA CONCEIÇÃO COSTA OLIVEIRA**

Dentista e Mestranda em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

#### **LEONARA RADDAI GUNTHER DE CAMPOS**

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UFMT, Professora Associada ao Curso de Enfermagem na UFMT-CUA do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS), colaboradora do Laboratório Centro de Informações em Fármacos -(CIFAR)-UFMT/CUA.

#### **LETÍCIA ALESSANDRA DE OLIVEIRA**

Graduanda em Fisioterapia pelo Centro Universitário dos Guararapes (UNIFG). Assistente de Saúde pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

#### **LIERBETH SANTOS PEREIRA PENHA**

Graduação em Biologia pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA)

#### **LINIKER SCOLFILD RODRIGUES DA SILVA**

Enfermeiro Obstetra, Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas/Universidade de Pernambuco (FCM/UPE); Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE) lotado no Hospital Agamenon Magalhães (HAM); Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde

da Família pela Faculdade INESP; Especialista em Saúde Mental, álcool e outras drogas pela Faculdade ALPHA; Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **LUCIANO ANTONIO RODRIGUES**

Doutorando em Ciências da Saúde - Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC-SC), Mestre em Gestão Integrada do Território - Universidade Vale do Rio do Doce (UNIVALE - MG) (2013). Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fiocruz (2003). Especialista em MBA: Gestão de Pessoas, ênfase na Psicologia Organizacional (UNESC-ES) (2012). Aperfeiçoamento em Dimensões da humanização: filosofia, psicanálise, medicina pela UFES (2009). Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (2002). Atualmente é Docente do Centro Universitário do Espírito Santo - UNESC - campus I - Colatina - ES, atuando na Graduação dos Cursos: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Nutrição. Docente nas Pós-Graduações: MBA Gestão de Pessoas com ênfase em psicologia organizacional, MBA Gestão Empresarial, Docência de Ensino Superior e Autismo e Ensino Baseado no Método TEACCH®. Coordenador do Núcleo Rondon UNESC. Pesquisador Líder do Grupo de Pesquisa Território Saúde e Sociedade. Membro grupo de pesquisa Laboratório de Fisiopatologia Experimental, do(a) Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC-SC), membro do CEPEG - Coordenação de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do UNESC-ES.

### **LUCIANY LOPES SILVA**

ENFERMEIRA GRADUADA PELA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA, GRADUANDA EM BLOCO E CME.

### **LUDMILA MENDONÇA**

Médica ginecologista colaborada do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

### **LYVIA BASTOS NUNES**

Enfermeira especialista em Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Gianna Bereta

### **MARCUS VINICIUS DA ROCHA SANTOS DA SILVA**

Enfermeiro. Pós-graduação em Docência do Ensino Superior

### **MARGARETH BRAUN IMBIRIBA**

DOCENTE DA UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA

### **MARIA APARECIDA XAVIER MOREIRA DA SILVA**

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes, Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade de Ribeirão Preto, Mestre em Políticas Públicas pela Universidade de Mogi das Cruzes, Docente das disciplinas de Administração em Enfermagem, Semiologia em Enfermagem I e II, Enfermagem em Home Care, Enfermagem em Auditoria, Ética e Legislação, Estágio Supervisionado em Administração e Centro Cirúrgico do

Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes.  
Microempreendedora: Empresa Actually Assessoria em Educação Continuada.

### **MARIA DO SOCORRO MARQUES SOARES**

Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

### **MARIA IVANILDES SILVA DE AZEVEDO**

Psicóloga Clínica, Neuropsicóloga, Mestre em Psicologia. Professora do Centro Universitário São Lucas.

### **MAURÍCIO CAXIAS DE SOUZA**

Enfermeiro, Doulo pelo Grupo de Apoio à Maternidade Ativa do Estado de São Paulo (GAMA). Aperfeiçoamento de Enfermagem em Saúde Materno - Fetal: Pré-Natal pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialização em andamento de Enfermagem Obstétrica e Neonatologia pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU). João Pessoa, Paraíba (PB), Brasil.

### **NAJRA DANNY PEREIRA LIMA**

Enfermeira. Mestranda em Análise do Comportamento (CENSUPEG). Pós-graduação em Neuropsicopedagogia

### **NATHÁLIA DA SILVA CORREIA**

Enfermeira Obstetra, Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças/Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE) lotada no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM); Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade INESP; Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **RAFAELA DUAILIBE SOARES**

Enfermeira e Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

### **REBECA MELO DE FREITAS**

Graduanda em enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)

### **ROBERTA MARCELLI DE HOLANDA CAVALCANTI**

Enfermeira, Bacharel em Enfermagem pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) Campus Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **ROSANGELA DA SILVA SANTOS**

Atualmente é Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ. É Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FE /UERJ. É integrante da Comissão de Mestrado Profissional. Procientista da UERJ. Pesquisador 1C do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq e pesquisadora da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ. Consultor ad hoc da: FAPESB; Revista Latino-Americana de Enfermagem; Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista Eletrônica de Enfermagem; Programa CYTED; Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras; Paidéia UFRJ; Texto & Contexto Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: gênero, enfermagem obstétrica, saúde da mulher, enfermagem pediátrica, malformação congênita, bebês de risco, Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), sífilis congênita e maternagem. Líder do Grupo de Pesquisa: Maternagem Especial (UFRJ) e Vice-líder do Grupo de Pesquisa Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem (UERJ) certificados pelo CNPq. Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1977), Mestrado em Educação Especial pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1986) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996). Foi Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRJ até o ano de 2011. Professor Titular na Área de Estimulação essencial ao desenvolvimento humano da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996 a 2010). Coordenadora da Comissão de Pesquisa da EEAn/UFRJ. (1998-1999). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEAN/ UFRJ por 2 períodos (2000-2002 e 2002 ? 2004). Ex-Presidente da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras ? ABENFO Nacional. Foi coordenadora do Comitê de Assessoramento da área de enfermagem no CNPq e integrou a referida comissão no período de 2013 a 2016. Integrou o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro - COREN-RJ, na qualidade de Conselheira e coordenadora de Comissão de controle interno, no período de 2015 a 2017.

### **STPHANIE GRACE RODRIGUES DOS SANTOS**

Enfermeira graduada pela universidade da Amazônia, especialista em uti adulto e neonatal, atua como enfermeira coordenadora de unidade de terapia intensiva neonatal, atua na área assistencial como enfermeira na empresa HAPVIDA, preceptora de alunos de curso técnico de enfermagem .

### **SUZANA SIQUEIRA DE MENEZES**

Graduanda do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes – UMC – São Paulo. Membro organizadora da V Conferência de Semiologia do Curso de Enfermagem da UMC, tendo como tema “Estratégias para o Desenvolvimento de Competências e Habilidades para o Exame Clínico em Enfermagem” (Maio/2017), participação do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC), como colaboradora do Projeto intitulado “Estratégias para o Desenvolvimento de Competências e Habilidades para o Exame Clínico em Enfermagem” (Outubro, 2018) com premiação honrosa (2º lugar de melhor trabalho).

### **THAÍS DE ALMEIDA DA SILVA**

Enfermeira Pediatra, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) - Nível Acadêmico pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Especialista na modalidade Residência em Enfermagem em Saúde da Criança pelo Instituto de Medicina Integral Prof.º Fernando Figueiras (IMIP); Especialização em Saúde Coletiva pelo

Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão (IBPEX); Bacharel em Enfermagem pela UFPE; Enfermeira Assistencial da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (HULW-UFPB) e do Hospital Municipal do Valentina (HMV); Professora colaboradora na Pós-graduação lato sensu em Pediatria e Neonatologia no Grupo CEFAPP (Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa). João Pessoa, Paraíba (PB), Brasil.

### **THAÍS TIBERY ESPIR**

Professora da disciplina de Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva (DSC), Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal do Amazonas/UFAM.

### **VAGNER DE OLIVEIRA SOARES**

Graduado em enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC)

### **VALÉRIA SILVA DE MELLO**

Atualmente é servidora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, lotada há 15 anos no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, atuando como supervisora de enfermagem no ambulatório de quimioterapia infantil. É servidora da Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro, lotada há 21 anos no Hospital Maternidade Fernando Magalhães, atuando no setor de Alojamento Conjunto. Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1996), Residência em Enfermagem em Oncologia Clínica pelo Instituto Nacional de Câncer(1998) e Mestrado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2015). Possui experiência em cuidados de enfermagem a crianças com doenças onco hematológicas, em tratamento quimioterápico, cuidados de enfermagem a mulheres em período de puerpério, portadoras de infecção por sífilis e crianças com sífilis congênita.

### **WEVERTON CASTRO COELHO SILVA**

Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA) e Bolsista de Iniciação Científica no Laboratório Centro de Informações em Fármacos -(CIFAR)-UFMT/CUA.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7042-088-6



9 788570 420886