

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Silvia Regina Viel
Welton Roberto Silvia (Orgs.)

INVESTIGAÇÕES CLÍNICAS PARA A SAÚDE

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

10.29327/531521



IC Uni-FACEF



**Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)**

INVESTIGAÇÕES CLÍNICAS PARA A SAÚDE

ISBN 978-65-88771-05-1

**FRANCA
Uni-FACEF
2020**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Profª. Ma. Flávia Haddad França

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Profª Drª Edna Maria Campanhol

COORDENADORA DE MARKETING

Profª Ma. Alba V. Penteado Orsolini

ASSESSOR JURÍDICO

Prof. Me. Paulo Sérgio Moreira Guedine

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Profª. Ma. Ana Tereza Jacinto Teixeira

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª. Lívia Maria Lopes Gazaffi

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabricio Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Ana Lúcia Furquim de Campos-Toscano

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DOS CURSOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, ENGENHARIA DE SOFTWARE e CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sílvio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Noemia Lopes Toledo
Lucas Antônio Santos
Alexandre Manoel Pereira
Édney Wésley Antunes

© 2020 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 10.

O51g	Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.) Investigações clínicas para a saúde. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2020. 164p.; il.
	ISBN Coleção 978-85-5453-017-4 ISBN Volume 978-65-88771-05-1 DOI
	1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa. 4.Metodologia. I.T.
	CDD 658

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

Caro(a) leitor(a),

O *XIV Congresso de Iniciação Científica do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF* - foi momento de reunir estudantes, docentes e profissionais, para apresentar seus trabalhos, numa amostra da ciência dinâmica e centrada em resultados, baseados em uma estruturação teorizada, como resultado concreto do engajamento, dedicação e profissionalismo de cada um dos autores.

Tenho o grande prazer de prefaciar a obra **Investigações clínicas para a saúde** e lhes apresentar os resultados desenvolvidos em instituições de ensino e pesquisa e prestadoras de serviços da saúde pública, abrangendo as mais diversificadas e diferenciadas áreas da saúde.

Ander-Egg em 1978, definiu Investigação como um “procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis em qualquer campo do conhecimento”. O autor contextualizou a investigação como a prática para comprovação do real, sendo uma forma de legitimar, reorganizar ou refutar um conhecimento prévio. Toda investigação deve ser considerada científica, quando há ressalva das evidências do método. Segundo o *Global Fórum for Health Research e Council on Health Research for Development* e diante de todo contexto mundial no âmbito da saúde populacional, há uma importância peculiar em transformar a pesquisa em saúde em pesquisa para a saúde, ou seja, direcionada às necessidades de saúde das pessoas.

A investigação científica na área médica e biológica surgiu na Grécia, no século V, e é sabido que a interpretação dos mecanismos das doenças e sua terapêutica sofreram grandes avanços até o século 19; a partir de 1800, é que ocorreram descobertas significativas atinentes aquelas áreas. E há que se notar que tais descobertas foram conseguidas, em grande parte, às custas de conhecimentos do âmbito de ciências denominadas básicas. Dessa maneira, a maioria das pesquisas na área médica passou, aos poucos, a incluir a utilização de técnicas complementares relacionadas a várias áreas do conhecimento, o que tornou a pesquisa clínica em uma atividade multidisciplinar.

Na investigação clínica, preconiza-se a orientação para o doente e esta terá sempre o clínico como o seu natural figurante, podendo ser realizada a

abordagem de natureza epidemiológica, fisiopatológica, diagnóstica e terapêutica e também através da coleta de dados para análise estatística do serviço, tentando compreender que tipo de intervenção precisa melhorar dentro do sistema de saúde. Além destes, pode-se fazer uso de outros modelos educacionais como a simulação realística, usada como uma ferramenta para análise e intervenção, abordando-se, assim, uma enorme importância a área dos ensaios clínicos, mantendo grande especificidade e importância científica e econômica.

Saliento a relevância de investigações científicas no contexto da saúde, para que elas possam servir de base, através de conceitos estabelecidos e cientificamente contextualizados e comprovados, para atuação da prática segura dos profissionais desta área.

A presente publicação trata, portanto, de uma valiosa contribuição do Uni-FACEF, para os estudos iniciais no campo científico.

Boa leitura.

Profa. Dr^a. Kelly Jacqueline Barbosa
Docente
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NO APRENDIZADO TEÓRICO-PRÁTICO: perspectiva do interno no cenário de urgência e emergência.....	8
ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FUMANTES, EM TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO, COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA NICOTINA	12
ANÁLISE DO PERFIL LIPÍDICO DE UMA POPULAÇÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO SEGUNDO ANO DE MEDICINA.....	23
AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SOBREPESO, DO PERFIL NUTRICIONAL E DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICO-PRIVADA DE FRANCA-SP.....	31
CAPACITAÇÃO DE FUNERÁRIAS DURANTE A PANDEMIA COVID-19: relato de experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade.....	52
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR: itinerário terapêutico.....	59
EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES COM MATERIAL PERFUROCORTANTE EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	67
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	87
ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EM BUSCA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE.....	101
O ACESSO E ACOLHIMENTO NA UBS DE FRANCA	119
O USO DA LEUCORREDUÇÃO COMO PREVENÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS.....	135
PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS EM FRANCA-SP	144
VIVÊNCIA DE UM ESTUDO DE CASO VIRTUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	157
ÍNDICE	164

**A IMPORTÂNCIA DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NO APRENDIZADO
TEÓRICO-PRÁTICO: perspectiva do interno no cenário de urgência e
emergência**

Ana Carolina Guerreiro Rocha
anacarolgrocha@gmail.com

Ana Caroline Cardoso da Silva
aninhac14@hotmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
kellybiomedicina@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O cenário de simulação realística (SR) é uma ferramenta educacional que permite reproduzir a realidade de uma forma interativa e supervisionada, capaz de desenvolver habilidades técnicas e não técnicas, como: gerenciamento de crises, estímulo a liderança e ao trabalho em grupo, e desenvolvimento do raciocínio clínico. É normal que o discente apresente inseguranças e incertezas em seus atendimentos, por isso a SR mostra-se de grande valia, pois com a repetição dos cenários, possibilita o aumento de sua autoconfiança em futuras situações reais. (CARNEIRO, MORAES-FILHO, *et al.*, 2019)(SIQUEIRA, SANTANA, *et al.*, 2019)(LIMA, QUEIROZ, *et al.*, 2019) (BRANDÃO, COLLARES e MARIN, 2014)

A SR pode fazer uso de pacientes reais e/ou virtuais, mesclando as diversas áreas da medicina em um único cenário. A fidelidade à realidade varia entre alta, média e baixa, no qual cada uso dependerá do objetivo a ser testado e a tecnologia disponível no local. A alta fidelidade refere-se ao uso de equipamentos tecnológicos como simuladores robóticos e/ou atores aliado a multidisciplinaridade, enquanto que a média e baixa utilizam programas de computadores para simular (BRANDÃO, COLLARES e MARIN, 2014).

O ensino da Simulação Realística nos cursos de graduação traz a compreensão dos entraves associados ao gerenciamento de situações que envolvam múltiplas vítimas, já que eventos como esses não são planejados e nem previsíveis. O primordial é efetuar um atendimento efetivo, que irá proporcionar o bem máximo para o maior número de pessoas (ARAUJO, FILHO, *et al.*, 2019).

“A ideia básica por trás da SR é promover a integração dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e atitudinais, estimulando os estudantes a coordenarem todas as competências simultaneamente, facilitando assim a transferência do que foi aprendido para a solução de novos problemas.” (BRANDÃO, COLLARES e MARIN, 2014).

2. OBJETIVO

Este Relato de Experiência possui o objetivo de evidenciar a importância da Simulação Realística na grade curricular do curso de Medicina e expressar a visão de duas internas do 5º ano dentro do Pronto Socorro de um Hospital do interior de São Paulo.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

3.1. Contextualização

Este trabalho trata-se de um relato de experiência realizado por estudantes de Medicina, no estágio de Clínica Cirúrgica, com aprendizado na ala de urgência e emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Franca/SP, sob supervisão de residentes e médicos.

Neste estágio foi possível fornecer o atendimento intra-hospitalar aos pacientes vítimas de traumas, como: automobilístico, doméstico, de trabalho ou causa desconhecida. Na prática diversos procedimentos puderam ser acompanhados e/ou realizados, dentre eles: atendimento inicial ao politraumatizado, sutura de ferida, auxílio na parada cardiorrespiratória, drenagem de tórax, incluindo acompanhamento em exames imagem. Tais atividades possibilitaram a reflexão sobre a importância da Simulação Realística e de Técnicas Cirúrgicas dentro da grade curricular do curso de Medicina ministrado em todo ensino básico delimitado do primeiro ao quarto ano de curso. No internato, o conhecimento teórico-prático tido até então passou a ser testado em atividades reais, evidenciando nossas habilidades e limitações desenvolvidas até o momento.

3.2. Descrição

Em nossa instituição, a SR está inserida desde o primeiro ano de curso com cenários para aperfeiçoamento de anamnese e exame físico com pacientes reais e simuladores sonoros. No terceiro e quarto ano, as habilidades são testadas com mais afinco, envolvendo cenários maiores e mais realísticos de acordo com cada fase de aprendizado. São utilizados simuladores robóticos de alta tecnologia, com monitoramento de sinais vitais, fala, choro, simulação de parto e óbito em caso de falha no cumprimento dos objetivos pelos discentes.

No decorrer da graduação, houve a oportunidade de participar de dois grandes cenários de catástrofe, além dos habituais ministrados semanalmente. Um cenário contextualizou-se como uma grande explosão na instituição de ensino com muitos feridos, envolvendo inclusive equipes reais de atendimento como Polícia Civil, SAMU, Corpo de Bombeiros e agência funerária. Nessa atividade surpresa, os alunos foram previamente divididos

pelos docentes de acordo com seu perfil e separados no contexto de atendimento pré-hospitalar e hospitalar. Os alunos foram guiados por profissionais experientes que inclusive utilizaram o cenário como treinamento próprio, no qual houve delimitação de áreas quentes e frias, garantindo segurança da equipe e remanejamento dos pacientes de acordo com sua gravidade classificada pelos alunos. Os bombeiros apagaram o “incêndio” e tornaram o cenário seguro para que médicos do SAMU e estudantes atuassem, a Polícia Civil isolou a área de curiosos, na ocasião moradores desavisados acreditaram na encenação, e a funerária moveu os óbitos.

Ao final de cada simulação faz-se necessária a reflexão do atendimento, chamado “*debriefing*”, no qual o mediador fornece um feedback do cenário com os pontos positivos e negativos da ação e os objetivos a serem cumpridos (BRANDÃO, COLLARES e MARIN, 2014). Na situação citada, após o “*debriefing*”, concluiu-se que o trabalho foi muito organizado, com imersão total entre docentes organizadores, profissionais e discentes, que puderam treinar todo o aprendizado até o quarto ano, percebendo suas potencialidades e falhas. A SR permite que o aluno erre sem comprometer a sua segurança, a da equipe e do paciente, estimulando o desenvolvimento longitudinal da autoconfiança em futuras situações reais, buscando sempre respeitar a não maleficência, que é um dos pilares da obrigação médica.

Em incidentes de trauma, um atendimento efetivo começa com o seu planejamento e sistematização. Os métodos devem ser simples, objetivos, padronizados e rápidos. Na simulação mencionada fez-se uso do protocolo START (*Simple Triage and Rapid Treatment*), que identifica as vítimas por critério de gravidade e, simultaneamente, aplica-se o mnemônico “*ABCDE*”, que avaliará a via aérea e estabilização cervical, respiração, circulação e hemorragias, disfunção neurológica e por fim, haverá exposição do paciente buscando outras lesões e prevenindo hipotermia (CAMPOS, 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse relato, ficou clara a extrema necessidade do estudante de Medicina em exercitar constantemente suas habilidades e competências dentro de sua grade curricular, assim como acompanhar atividades práticas reais em todas as grandes áreas da Medicina. É através do aprimoramento da técnica, do reconhecendo de situações de risco, do treinando sua liderança e da boa relação com a equipe multidisciplinar que o futuro médico terá mais desenvoltura para salvar a vida do paciente que o procura no serviço de urgência e emergência ou em atendimento pré-hospitalar.

Assim, é de extrema importância que as instituições de ensino fomentem e estimulem cada vez mais programas de treinamento específico, como o realizado em nossa instituição. Além disso, é necessário que os

docentes sejam capacitados e entendam o real objetivo da Simulação Realística, facilitando a imersão de todos dentro do cenário e fornecendo um ensino de excelência para os alunos. As Ligas acadêmicas também possuem papel nesse processo, pois de forma repetitiva, o conhecimento torna-se medular, necessário no atendimento ao trauma.

Por fim, conclui-se que a SR é uma rica ferramenta pela possibilidade de testar os conhecimentos teórico-práticos de estudantes e profissionais de forma constante, para que o atendimento seja sistematizado e todos os passos de cada protocolo sejam assimilados e colocados em prática com a maior eficácia possível.

REFERÊNCIAS:

Brandão CFS, Collares CF, Marin HdF. A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina. *Educação em Ciências da Saúde*. 2014 abril; 24(2): p. 187-192.

Lima DS, Queiroz EF, Cunha TA, Santos VS, Arruda FAEL, Freitas JG. Simulação de incidente com múltiplas vítimas: treinando profissionais e ensinando universitários. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2019 ago; 46(3).

Siqueira MBS, Santana BdS, Rodrigues BS, Magro MCS. Simulação como estratégia de interferência na autoconfiança interprofissional no âmbito da atenção primária. *Revista Enfermagem UERJ*. 2019 dez; 27.

Carneiro KKC, Moraes-Filho IM, Santos OP, Arantes AA, Félix KC, Guilherme IS. Simulação realística como instrumento no processo de Ensino-aprendizagem de enfermagem. *REVISA - Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2019 jul-set; 8(3): p. 273-284.

Araujo JAM, Filho RFS, Menezes RSO, Gonçalves KG, Silva HKS, Matos TA. O conhecimento da aplicação dos métodos de triagem em incidentes com múltiplas vítimas no atendimento pré-hospitalar. *Revista Nursing*. 2019; 22(252): p. 2887-2890.

Campos AL. Atendimento de emergência realizado por profissionais de enfermagem, médico, bombeiro e demais profissionais treinados a vítimas de acidentes e catástrofes. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 2015 fev; 4(1): p. 84-96.

ANÁLISE DA RELAÇÃO DE FUMANTES, EM TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO, COM SINTOMAS DEPRESSIVOS E O GRAU DE DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

Bruna de Castro França
bruninhafranca_castro@hotmail.com

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
titapsoares@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A dependência de nicotina é um problema de saúde pública que está associada a altas taxas de morbimortalidade, que relaciona fatores fisiológicos, psicológicos e comportamentais (CASTRO *et al.*, 2008). Dessa maneira, a dependência fisiológica representa a necessidade orgânica que o indivíduo possui dessa substância e envolve a compulsão, a tolerância e a síndrome de abstinência, sendo que quanto maior o grau de dependência de nicotina, maior compulsão o tabagista expressará. No início, fuma-se poucos cigarros, mas devido a tolerância crônica causada pela nicotina, há um crescente no número de cigarros para obter o mesmo efeito que apresentava anteriormente. Ademais, a dependência psicológica representa a necessidade do fumante em acender o cigarro para aliviar seu sentimento de tristeza ou ansiedade, por exemplo. Já a comportamental, é caracterizada pelas situações do dia a dia em que o indivíduo se condiciona a fumar, como após tomar café, após as refeições e ao ingerir bebidas alcoólicas (INCA, 2014).

Há várias hipóteses sobre a associação depressão e tabagismo. O ato de fumar pode funcionar como automedicação para alívio de tristeza, visto que o uso da nicotina interfere na liberação de neurotransmissores, além de que o tabagismo e a depressão podem influenciar-se reciprocamente. Ademais, fatores genéticos e psicossociais podem contribuir para a expressão do tabagismo e da depressão. Nos fumantes com sintomas depressivos a respeito do processo de cessação do tabagismo, a probabilidade de abandono desse ato é menor, com maior risco de recidiva durante o período de abstinência, se comparado ao fumante sem a mesma história (PAWLINA *et al.*, 2014). Desse modo, as comorbidades psiquiátricas são importantes fatores a serem levados em consideração ao avaliar o fumante.

Vários autores que avaliaram certa amostra de tabagistas encontraram forte associação com alguma patologia psiquiátrica (CASTRO *et al.*, 2008). No entanto, dentre inúmeros trabalhos que fizeram essa relação, não há avaliação suficiente da associação de sintomas depressivos com a gravidade da dependência nicotínica nos diferentes gêneros. Segundo Kaplan

e Sadock, independentemente de país ou cultura, há o dobro de prevalência do transtorno depressivo maior em mulheres do que em homens. Afirmam ainda que, aqueles com depressão ou ansiedade possuem menor sucesso nas tentativas de abandono ao tabagismo (SADOCK *et al.*, 2017). No entanto, diferentemente de outros estudos, o artigo de Maria da Graça et al. mostrou que não houve diferença significativa entre os gêneros quanto ao consumo de tabaco e sua gravidade de dependência, mas houve uma baixa associação entre a depressão e a dependência de nicotina nos homens. Ainda, de acordo com esses autores, nos pacientes depressivos que são tabagistas, a utilização desta substância é para alívio de algum sofrimento e não para busca de prazer (CASTRO *et al.*, 2008).

2. DEPRESSÃO E TABAGISMO

2.1. Epidemiologia

De acordo com o INCA, no Brasil, o percentual de adultos fumantes está diminuindo com o passar dos anos. No ano de 1989, a prevalência era cerca de 34%, sendo em 2003 cerca de 22 % - conforme Pesquisa Mundial de Saúde (MONTEIRO *et al.*, 2007); em 2008 segundo a Pesquisa Especial de Tabagismo, este percentual foi de 18,5%(MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA; OPAS, 2011). Já no ano de 2013, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde, foi de 14% (IBGE, 2014). Sendo assim, de 1989 a 2010, houve uma queda no percentual de tabagismo por volta de 46%. Ademais, a respeito do sexo, a prevalência do tabagismo é superior nos homens (LEVY; ALMEIDA; SZKLO, 2012).

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, mais de 80% daqueles que usam tabaco tentam abandonar o hábito após algum tempo, no entanto cerca de 60% sofrem recaída em até uma semana, e somente menos de 5% que continuam para sempre abstinentes. Além disso, a dependência desta substância associada a outras doenças psiquiátricas, como a depressão dificultam a manutenção da abstinência. Adultos com sintomas depressivos correm maior risco de começar e dar continuidade ao uso de tabaco, além de desenvolver transtorno por uso da substância. Dentre as comorbidades psiquiátricas mais comuns, está a depressão e naqueles com transtorno por uso de tabaco, a prevalência dessas comorbidades varia de 22 a 32%. Tabagistas apresentam uma probabilidade de 2,7 a 8,1 vezes maior de apresentar tais transtornos do que pessoas que nunca fumaram ou ex-fumantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

2.2. Critérios Diagnósticos

Segundo a CID-10 os critérios diagnósticos de depressão incluem sintomas fundamentais como o humor deprimido, perda de interesse e prazer além de fatigabilidade; e sintomas acessórios de redução da concentração e da atenção, diminuição da autoestima e da autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias de suicídio, ou atos autolesivos ou suicídio, perturbação do sono e diminuição do apetite. Pode ser apenas um episódio ou estar presente em mais de duas semanas. Assim, conforme as respostas pode-se classificar em leve quando há dois sintomas fundamentais e dois acessórios; moderado com dois fundamentais e três acessórios e por último em grave com a presença de três fundamentais e quatro ou mais acessórios (OWH, 1993).

Ainda conforme o novo DSM 5, o transtorno depressivo maior é caracterizado pela ocorrência de vários episódios, com pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações relacionadas ao afeto, cognição e funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas. O diagnóstico baseado em um único episódio pode ser possível, embora o transtorno seja recorrente na maioria dos casos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

2.3. Teste de Fagerstrom

O Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ, Questionário Fagerström de Tolerância) foi criado em 1978, mas teve sua forma aprimorada, o Fagerström Teste for Nicotine Dependence (FTND, Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina), ambos elaborados por Fagerström et al. Esse instrumento foi desenvolvido a fim de avaliar a dependência física à nicotina. É facilmente entendido e rapidamente aplicado. Os escores obtidos no teste apresentado na tabela 1, permitem a classificação da dependência nicotínica em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos) e por fim, muito alto (8 a 10 pontos). (Meneses-Gaya *et al.*, 2009)

Tabela 1 - Itens e pontuação para o Fagerstrom Test for nicotine Dependence (Teste de Fagerstrom para Dependência de Nicotina).

Questão	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil abster-se do fumo em lugares onde ele é proibido, por ex., na igreja, na biblioteca, no cinema, etc.?	Sim	1
	Não	0
3. Qual cigarro você mais odiaria ter de largar?	O primeiro pela manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros/dia você fuma?	10 ou menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma se estiver tão doente a ponto de ficar na cama a maior parte do dia?	Sim	1
	Não	0

*Permissão para usar esta escala para uso que não o de pesquisa deve ser obtida junto a K.O. Fagerström.

Fonte: Meneses-Gaya IC, 2009

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com análise dos questionários do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, auto aplicável, já respondidos pelos pacientes usuários do CAPSad em Franca / SP, de Janeiro a Dezembro de 2018. Este estudo utiliza um instrumento que contempla: a identificação, o Teste de Fagerstrom, a avaliação do grau de motivação para cessar o tabagismo e o exame físico do paciente. No entanto, está sendo utilizado apenas as seguintes variáveis:

- Idade
- Sexo
- Uso de medicações antidepressivas, ansiolíticas ou anticonvulsivantes
- Sintomas depressivos referidos no último mês, conforme critérios diagnósticos da CID – 10 (OWH, 1993) que aqui incluem como B1, os fundamentais: tristeza; perda de interesse e prazer; energia reduzida ou grande cansaço. Além dos sintomas acessórios, classificados nesse questionário como B2: apetite diminuído, inquietação, sono alterado, pessimismo, redução de auto confiança, concentração e atenção reduzidas, sentimento de culpa e inutilidade, ideias ou atitudes auto-lesivas ou de suicídio. Conforme a quantidade e qualidade dos sintomas assinalados, avalia-se o grau de depressão em leve – dois sintomas de B1 e dois de B2, moderado – dois de B1 e três de B2 ou grave – três fundamentais e quatro ou mais dos acessórios.

No entanto para esse estudo o grau depressivo não foi considerado, apenas a presença de pelo menos um sintoma assinalado, dentre os quais inclui-se humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, além de insônia ou

hipersonia, perda ou ganho significativo de peso, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para concentrar-se ou para pensar, ou indecisão e por fim, pensamentos recorrentes de morte. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

- Teste de Fagerstrom – Questionário autoaplicável que envolve: quanto tempo após acordar o paciente fuma o primeiro cigarro, se há dificuldade em não fumar em locais proibidos, qual cigarro proporciona mais satisfação, número de cigarros fumados por dia, se fuma mais frequentemente pela manhã, e se fuma mesmo quando doente, precisando ficar na cama a maior parte do tempo. Conforme as respostas, o grau de dependência da nicotina pode ser: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderada (5 pontos); alta (6 a 7 pontos) e muito alto (8 a 10 pontos). Desse modo, a fim de melhor análise estatística, aqueles com resultado maior ou igual a 5 pontos são classificados como altamente dependentes, e se abaixo de 5 pontos como moderadamente dependentes. O estudo de Pawlina *et al.*, demonstrou que há influência da relação entre tabagismo e depressão, com base no teste de Fagerstrom e o nível de depressão registrado por instrumento validado para definir o grau de sintomas depressivos; onde o grau alto obtido pelo Teste de Fagerstrom foi associado aos sintomas depressivos graves (PAWLINA *et al.*, 2014).

Embora os instrumentos não permitam falar em comorbidade por não estabelecer um diagnóstico, eles podem demonstrar a associação entre os sintomas de depressão referidos e a gravidade do tabagismo. São excluídos aqueles sujeitos que não preencheram no questionário o campo de sintomas depressivos ou do teste de Fagerstrom.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

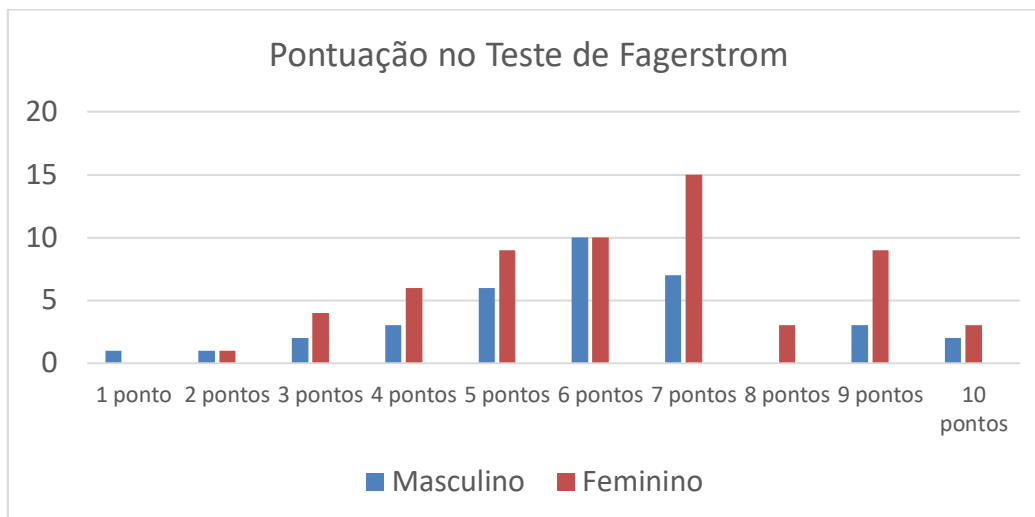
A pesquisa envolve 60 mulheres com média de idade de 49,7 anos (idade mínima de 17 anos e máxima de 73 anos) e 35 homens com 54,4 anos (idade mínima de 25 anos e máxima de 73 anos). Ademais, por ser um projeto de análise de questionários já preenchidos, por demanda livre, observa-se que há maior quantidade de mulheres em relação aos homens, que procuraram o serviço de cessação de tabagismo pelo CAPS da cidade de Franca.

Gráfico 1 - Proporção de participantes conforme o sexo



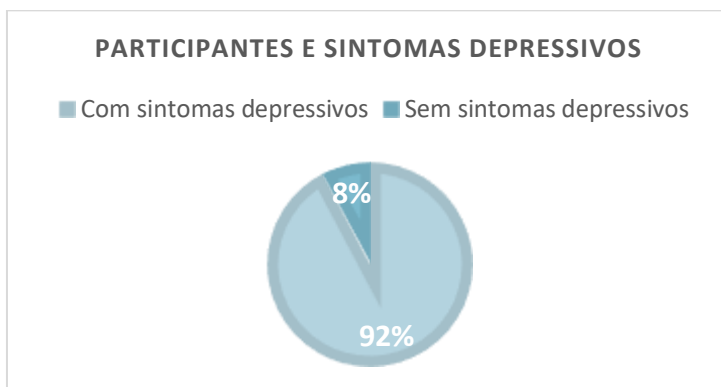
Neste estudo, a presença e gravidade dos sintomas depressivos, associados a uma maior dependência de nicotina não foram relacionadas com cada gênero. O seguinte gráfico representa as pontuações obtidas pelo Teste de Fagerstrom. É possível observar que há uma pequena quantidade de participantes com dependência muito baixa (0 a 2 pontos), com maior número de pessoas nos estágios seguintes de baixa (3 e 4 pontos), moderada (5 pontos) e meramente alta dependência (6 e 7 pontos), onde percebe-se um pico de participantes, logo decai-se a quantidade no último estágio de muito alta dependência (8 e 10 pontos).

Gráfico 2 - Pontuação no Teste de Fagerstrom



Do total de 95 participantes que preencheram o questionário, apenas 11 declararam não ter nenhum sintoma depressivo, tais como humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, além de insônia ou hipersonia, perda ou ganho significativo de peso, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para concentrar-se ou para pensar, ou indecisão e por fim, pensamentos recorrentes de morte.

Gráfico 3 - Participantes e sintomas depressivos



Dos 11 participantes que assinalaram no questionário não possuir sintomas depressivos, apenas 2 se enquadram na classificação de muito baixa dependência nicotínica (0-2 pontos); 3 em baixa dependência nicotínica 3-4 pontos); 2 em moderada dependência (5 pontos) e 4 em alta dependência (6-7 pontos). Desse modo, cerca de 64% dos indivíduos sem sintomas depressivos possuem até moderada dependência, enquanto aproximadamente 36% têm alta dependência.

Tabela 2 - Quantidade de participantes sem sintomas depressivos e a pontuação no Teste de Fagerstrom

Teste de Fagerstrom	Participantes sem sintomas depressivos
0 a 2 pontos	2
3 a 4 pontos	3
5 pontos	2
6 a 7 pontos	4
8 a 10 pontos	0

No entanto, no campo de preenchimento do uso de medicações contínuas, houve um indivíduo sem sintomas depressivos com pontuação 6 e outro com pontuação 4 no Teste, mas que faziam uso de benzodiazepínicos, como Clonazepam e Diazepam respectivamente.

Na seguinte tabela, observa-se que dos pacientes com sintomas depressivos, há 1 participante com muito baixa dependência da nicotina; 12 com baixa dependência; 13 com moderada dependência; 38 participantes com alta dependência da nicotina e por fim, 20 com muito alta dependência.

Tabela 3 - Quantidade de participantes com sintomas depressivos e a pontuação no Teste de Fagerstrom

Teste de Fagerstrom	Participantes com sintomas depressivos
0 a 2 pontos	1
3 a 4 pontos	12
5 pontos	13
6 a 7 pontos	38
8 a 10 pontos	20

Desse modo, cerca de 45% das pessoas com sintomas depressivos possuem alta dependência da nicotina e aproximadamente 24% muito alta dependência.

Ao analisar os resultados, percebe-se que há uma maior quantidade de mulheres em relação a de homens, visto que o preenchimento dos questionários autoaplicáveis foi de livre demanda pelos participantes que procuram o Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Franca. Nesse contexto, é notório que a cultura brasileira impõe marcas de identidade para cada gênero, no caso do homem que costuma ser o dominador, com poucas ou quase nenhuma fraqueza ou delicadeza, a quem compete o poder nas relações de gênero. Ainda nesta linha de reflexão, assinala-se que a ideia de que cuidados com a saúde são associados à fragilidade, e por isso, os serviços de saúde costumam ser identificados como locais de mulheres, crianças e idosos. (LEVORATO *et al.*, 2014) Desse modo, assim como esse e diversos estudos sugerem, os homens buscam menos o serviço de Atenção Primária à Saúde a que as mulheres (ALVES *et al.*, 2011).

Do total de 95 participantes que frequentam o CAPS em busca de cessação do tabagismo, percebe-se que há maior número de pessoas, cerca de 44% do total de participantes, com alta dependência nicotínica, com pontuações no teste de Fagerstrom variando entre 6 e 7 pontos. Além disso, cerca de 8% não relatou sintomas depressivos e desses cerca de 64% possui até moderada dependência. Enquanto 92% dos participantes, que possuem sintomas depressivos, 45% tem alta dependência da nicotina e aproximadamente 24% muito alta dependência. Conforme a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014), fumantes apresentam uma probabilidade de 2,7 a 8,1 vezes maior de apresentar comorbidades psiquiátricas, como a depressão, do que pessoas que nunca fumaram ou ex-fumantes. Além disso, Pawlina et al. (2014), também abrange o contexto de que depressão e ansiedade são patologias psiquiátricas relacionadas ao tabagismo e associadas com a dependência, o processo de cessação, lapsos e recaídas após parar de fumar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram a influência da relação entre tabagismo e depressão. Eles mostram a associação entre o nível de dependência da nicotina, medido pelo teste de Fagerström e a presença de sintomas depressivos, assim como nos estudos de Pawlina et al. (2014), e URDAPILLETA-HERRERA, Eryka del Carmen et al (2010).

No que se refere às limitações deste estudo, destacam-se as relacionadas aos instrumentos de coleta de dados, como o teste de Fagerström, que possui limitações próprias por avaliar meramente a dependência física, mas não a psicológica (HALTY, LUIS SUÁREZ *et al.*, 2002). Além disso o preenchimento de um questionário autoaplicável também limita os resultados da pesquisa. O seu uso propicia certas vantagens como a possibilidade de atingir grande número de respondentes e a não exposição do participante à influência das opiniões do entrevistador. No entanto, essa técnica pode apresentar resultados não esperados, visto que os itens podem ter diferentes significados para cada respondente. (Produto & Produção, 2010)

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes et al. **Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate**. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Brasil, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais: DSM-5**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CASTRO, Maria da Graça Tanori et. al. **Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas**. Ver. Psiquiatr Rio Gd. Sul. Porto Alegre, v.30, n.1, p.25-30, abr.2008.

HALTY, LUIS SUÁREZ et al . **Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica**. J. Pneumologia, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 180-186, July 2002 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862002000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar 2020.
<https://doi.org/10.1590/S0102-35862002000400002>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Pesquisa Nacional de Saúde 2013, Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA/MINISTÉRIO DA SAÚDE - INCA. **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DEPENDÊNCIA À NICOTINA**. [S. l.: s. n.],

2014. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/doc/dcmt/2014_diretrizes_inca_terapia_nicotina.pdf. Acesso em: 7 abr. 2019.

LEVORATO, Cleice Daiana et al . **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1263-1274, Apr. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>.

LEVY, David; DE ALMEIDA Liz Maria; SZKLO, Andre Salem. **The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation**. PLoS Med. 2012.

Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JS. **As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina**. J Bras Pneumol. 2009;35(1):73-82

Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer**. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989–2003)**. Bull World Health Organ., 2007.

Organization WH, editor. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Genebra; 1993.

PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo et al. **Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, 2014.

Produto & Produção. **Processo de Validação Interna de um Questionário em uma Survey Research Sobre ISO 9001:2000**. vol. 11, n. 2, p. 104 - 119, jun. 2010

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria**. 11ª ed. Porto alegre: Artmed, 2017.

URDAPILLETA-HERRERA, Eryka del Carmen et al . **Anxiety and depression in Mexican smokers, and their relationship with the severity of addiction**. Salud pública Méx, Cuernavaca , v. 52, supl. 2, p. S120-S128, enero 2010 . disponível em:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000800007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai 2020.

ANÁLISE DO PERFIL LIPÍDICO DE UMA POPULAÇÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO SEGUNDO ANO DE MEDICINA

Maria Carolina Minikowski Lemos
mariacarolinaml@hotmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
vivianeesperandim@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os índices epidemiológicos no Brasil têm sofrido alterações, onde a desnutrição sofreu queda enquanto a obesidade e o sobrepeso aumentaram. Este cenário está relacionado ao consumo exagerado de alimentos industrializados com elevado valor energético e baixa quantidade de nutrientes saudáveis, somado com a pequena ingestão de legumes, frutas e verduras. Além destes hábitos alimentares, conhecida como dieta ocidental, relaciona-se ainda o sedentarismo, que contribui ainda mais para o ganho de peso (FEITOSA et al. 2010; MARCONDELLI et al., 2008).

O hábito alimentar, a depender da quantidade e da qualidade de gordura e colesterol ingeridos, seria um importante coadjuvante na etiologia da dislipidemia e outras comorbidades, como hipertensão e obesidade. A obesidade por si só traz maior risco de dislipidemia, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2, e quanto mais precoce a mesma se instala, maiores são os riscos. Todas estas estão correlacionadas com maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares. (MARTINS et al., 1994; MARCONDELLI et al., 2008).

A admissão na faculdade, normalmente, está acompanhada de mudanças que interferem na alimentação, como não morar com os pais e desta forma preparar a própria refeição, a grade curricular que restringe o tempo das refeições, levando o estudante optar por alimentos congelados, fast-foods e outros alimentos ricos em calorias e com poucos nutrientes (FEITOSA et al., 2010).

Estudos mostraram que jovens adultos tendem a mudar o paladar conforme adquirem sua independência, mudando o antigo padrão alimentar de quando moravam com os pais. Este acaba sendo outro fator contribuinte para a formação do hábito alimentar não saudável dos universitários, juntamente com a vida acadêmica e o novo meio social no qual está se adaptando (BORGES et al., 2010).

Um fator contribuinte para a má alimentação seria a acessibilidade facilitada e rápida para as comidas não saudáveis, através de aplicativos, os quais muitas vezes dão cupons de descontos, lojas de fast-foods próximo à universidade, e muitas vezes apresentarem menores preços e

promoções. Nas reuniões com os amigos a escolha também dá-se por alimentos práticos, como pizzas e lanches, o que se torna mais frequente após o ingresso na faculdade, durante reuniões de estudos. Usar a comida como “válvula de escape” para o estresse da nova rotina é algo frequente entre os estudantes mais ansiosos (MARCONDELLI et al., 2008)

Os estudantes possuem uma alimentação desbalanceada, porém os mesmos têm consciência de tal. Tanto que um estudo mostrou que os alunos não consideram a ingestão de salgados e lanches no horário do almoço como uma refeição, apenas o vêm com algo para amenizar a fome (BORGES et al., 2010).

A má alimentação, sedentarismo e tabagismo está direcionada diretamente com a dislipidemia, caracterizada por alterações nos níveis de lipídios circulantes. Para a análise da dislipidemia utiliza-se o colesterol total (CT), colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), triglicérides (TG) e colesterol da lipoproteína de alta densidade (HDL-C). A variação pode ser em todos ou isolada, sendo classificada em: hipercolesterolemia isolada (LDL-C \geq 160 mg/dl), hipertrigliceridemia isolada: (TGs \geq 150 mg/dl), hiperlipidemia mista: (LDL-C \geq 160 mg/dl e TG \geq 150 mg/dl ou TG \geq 400mg/dl e CT \geq 200 mg/dl) e HDL-C baixo (HDL-C: homens $<$ 40 mg/dl e mulheres $<$ 50 mg/dl) (FEITOSA et al., 2010).

2. OBJETIVO

O presente trabalho objetivou analisar o perfil lipídico de alunos do curso de medicina de uma universidade da cidade de Franca juntamente com seus hábitos alimentares.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Os alunos foram recrutados por meio de convites feitos pelos pesquisadores em sala de aula. Os dados relativos aos hábitos de vida foram coletados mediante questionário auto preenchido (Anexo A), sendo utilizado referencial teórico pertinente a cada um deles:

Sedentarismo – foram classificados sedentários os alunos que afirmaram não praticar atividades físicas regulares, com frequência mínima de três vezes por semana e com duração mínima de trinta minutos consecutivos, por exercício.

Tabagismo – foram classificados em quatro categorias: fumantes diários (os que fumaram, pelo menos, um cigarro por dia, por no mínimo um mês antes do preenchimento do questionário); fumantes ocasionais (os que não fumam diariamente); ex-fumantes (aqueles que, após terem sido fumantes,

deixaram de fumar há pelo menos um mês) e não fumantes (os que nunca fumaram ou estavam fumando há menos de um mês).

Consumo de álcool – foi utilizado o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), sendo empregada a versão validada no Brasil.

Quanto aos dados antropométricos, todas as medições foram realizadas seguindo, rigorosamente, os procedimentos-padrões, mostrados a seguir.

Peso – foi mensurado com os acadêmicos descalços, com roupas leves e sem o uso de acessórios. Para tanto, foi utilizada uma balança antropométrica eletrônica para adultos, com capacidade de 200kg.

Estatura – foi utilizada fita antropométrica inelástica, fixada em parede lisa, e os pesquisados foram orientados a posicionarem eretos e imóveis, com as mãos espalmadas sobre as coxas e com a cabeça ajustada ao plano de Frankfurt.

Índice de Massa Corporal (IMC) – definido como a razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m²), foi calculado e analisado, levando em consideração o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, considerado como baixo se $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, eutrófico, se $\geq 18,5$ e $< 25,0$, sobrepeso, se valores situados entre 25,0 e 29,9 kg/m^2 e com obesidade aquele com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$;

Circunferência da Cintura (CC) – medida no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca, foi aferida no final do movimento expiratório, mediante a utilização de uma fita métrica inelástica, colocada sobre a pele, no sujeito em posição ereta.

A coleta de sangue venoso foi realizada no laboratório de Práticas Integradas do Uni-FACEF. Sendo utilizado o sistema de coleta a vácuo, BD Vacutainer® (São Paulo, Brasil), por meio de punção. Para tal, os participantes do estudo se submeteram a um jejum alimentar de doze horas para as determinações bioquímicas de triglicerídeos, colesterol total e suas frações. A amostra foi armazenada em tubos de 5mL, sem anticoagulante (para as dosagens de triglicerídeos, colesterol total e frações).

Após a coleta, as amostras foram processadas e centrifugadas para separação do soro. A seguir, alíquotas de 1mL de soro foram separadas para a realização das dosagens bioquímicas. Na avaliação dos parâmetros bioquímicos, foram utilizados kits comerciais, Labtest Diagnóstica S/A® (Minas Gerais, Brasil), com técnicas padronizadas, baseadas em métodos enzimáticos e colorimétricos, por espectrofotometria, segundo as recomendações do fabricante.

No tocante à análise estatística, para associar o perfil lipídico com o gênero, foi utilizada a mediana das variáveis e o teste de Mann-Whitney. Na

associação entre as médias dos níveis séricos de colesterol total, HDL-c, LDL-c e triglicerídeos com as variáveis relacionadas aos hábitos de vida e aos dados antropométricos, foi utilizada a análise de variância Anova e, em seguida, teste de Tukey. Para todos os cruzamentos foram considerados significantes aqueles cujo valor p fosse inferior a 0,05.

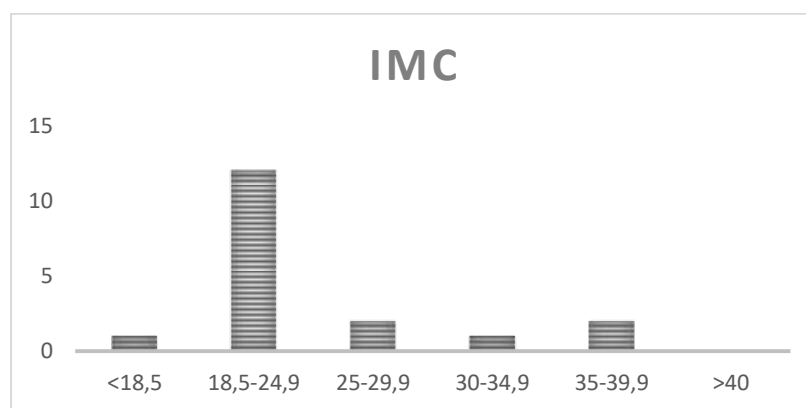
Ressalta-se que todos os universitários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto foi aprovado para Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Municipal de Franca (colocar o número).

4. RESULTADOS

No presente estudo, constituído por 11 mulheres e 7 homens, totalizando 18 participantes, a idade dos participantes variaram de 19 a 43 anos, sendo 21 anos a idade mais prevalente (7 dos participantes).

Entre os participantes 50% são sedentários, os demais praticam entre 3 horas de exercício por semana até 7 horas e meia. Todos participantes negaram tabagismo. O peso dos participantes oscilou entre 44kg e 110kg e a altura entre 1,55m e 1,84m. Estes dados geraram IMC de 18,36 a 37,29, resultando em uma pessoa abaixo do IMC esperado, doze dentro da normalidade, duas com sobrepeso, um com obesidade grau I e duas com obesidade grau II. A Figura 1 demonstra os IMC encontrado.

Figura 1 - Índice de massa corporal



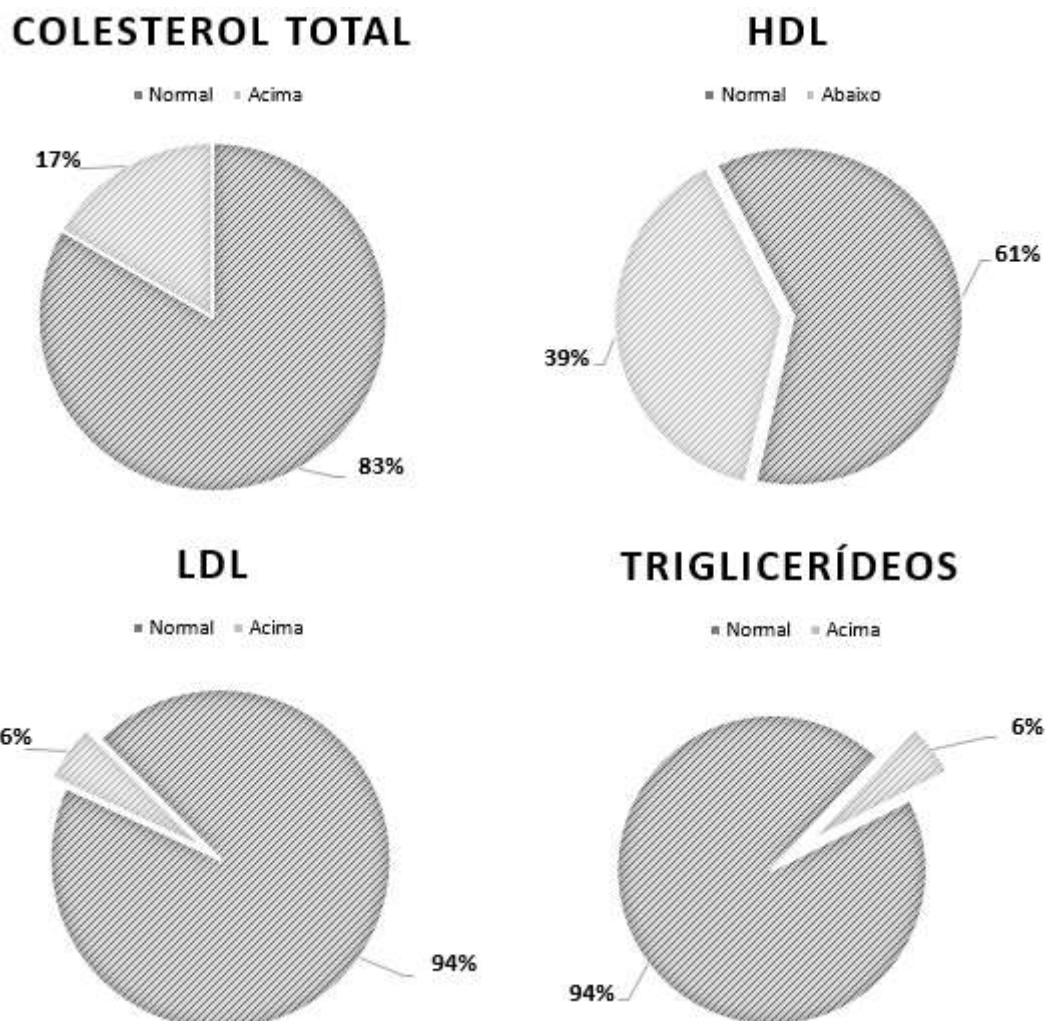
A circunferência abdominal dos participantes variou de 65 cm a 119 cm, após relaciona-la com o sexo, verificou-se que doze dos participantes estavam dentro da medida adequada, estando dois acima das medidas esperadas e quatro dos estudantes não foram aferidos.

No questionário AUDIT a pontuação ficou entre 0 e 8, sendo separado em zonas de risco, ficando quinze participantes na zona I e três na

zona II. Os valores correspondentes as zonas são: na I de 0-7, na II de 8-15, na III de 16-19 e na IV de 20-40.

Na análise do perfil lipídico dos pacientes encontramos valores elevados de colesterol total em 3 participantes, LDL em 1 e triglicerídeos em 1 o que corresponde, respectivamente, a 17%, 6% e 6%. Relacionado ao HDL forma encontrados 7 pessoas com valores inferiores ao desejado, representando 39%. (Figura 2)

Figura 2 - Perfil lipídico



Para os níveis de colesterol alterados não foram associadas relação com tabagismo, pois nenhum dos participantes da pesquisa se declarou fumante. Dos estudantes que realizam exercício físico, 3 apresentavam colesterol total alterado, 1 com o HDL e 1 com o LDL. Dentre os alunos que não praticam exercícios, 6 estavam com o HDL alterado e 1 com o triglicerídeo.

Relacionado ao IMC, uma pessoa com o mesmo abaixo do esperado estava com o HDL inferior ao desejado. Daqueles que apresentavam o IMC normal, 3 estavam com o colesterol total alterado, 5 com o HDL e 1 com o LDL e dos participantes acima do peso 1 estava com o HDL baixo e 1 com o triglicerídeos alto. Entre as pessoas com alterações no lipidograma nenhuma apresentava a circunferência abdominal acima do esperado.

Associado ao Audit 1 pessoa com colesterol total alterado e 1 com o LDL estavam na zona II, as demais com alterações no mesmo estavam na zona 1.

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, foram coletados dados e analisados amostra de 18 participante, de ambos os sexos, com predomínio feminino. Sendo a moda da idade 21 anos, tendo ela 7 estudantes, os demais tinha entre 19-43 anos, o que está dentro dos padrões de idade dos universitários no Brasil, como mostrou um estudo na universidade pública de Fortaleza-CE, onde a média de idade foi 21,5 (Freitas RWJFd et al, 2013) e em São Luís-MA onde a idade variou de 19 a 21 anos (Rezende AdO et al, 2017).

A prevalência nula de tabagismo diverge com outros estudos relacionados, pois no do Centro Universitario de Ciências Exactas e Ingenierías (CUCEI) de la Universidad de Guadalajara, México, houve uma prevalência de 11,9% (Sandoval CEG et al, 2014) e na universidade de Fortaleza de 8,5 % (Freitas RWJFd et al, 2013). Tal divergência deve estar relacionada com o número menor de participantes.

A Atualização da Diretriz Brasileira De Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose mostra profunda relação entre obesidade e dislipidemia. O presente estudo não demonstrou relação entre a obesidade e dislipidemia, pois nenhum dos participantes com alteração no perfil lipídico estava com IMC maior que 30, apenas um deles estava com sobrepeso (IMC = 28,7 kg/m²). Isso provavelmente decorre do efeito a longo prazo da obesidade sobre a alteração nos níveis séricos de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos (Faludi A et al, 2017).

A influência do exercício físico está relacionada com os níveis de HDL e triglicerídeos, aumentado o primeiro e diminuindo o segundo, com menor influência no LDL. Pode-se perceber nesta pesquisa esta relação, onde 6 das 7 pessoas com HDL abaixo do esperado e a que estava com o nível de triglicerídeos aumentado, não praticavam atividade física. Já os que apresentaram alterações no LDL e no colesterol total praticavam exercícios (Faludi A et al, 2017).

As alterações no lipidograma não estiveram presentes nos participantes com circunferência abdominal acima dos valores normais, como

era o esperado. Isto pode ser justificado pela idade dos participantes, pois da mesma forma que a obesidade leva um período de tempo maior para fazer efeito, a circunferência abdominal que se relaciona com o peso mais elevado levará um maior tempo também para manifestar alterações no perfil lipídico (Barroso TA et al, 2017).

A ingesta de bebida alcóolica está relacionada com o aumento dos níveis de HDL e de triglicerídeos, não sendo referido alterações significativas no colesterol total, nem no LDL. Nesse estudo verificamos que dos estudantes da zona I, ou seja, que ingerem pouca ou nenhuma quantidade de álcool, 7 apresentaram HDL abaixo, 1 triglicerídeos aumentado e 2 o colesterol total, e dos que encontravam-se na zona II, ou seja uma quantidade moderada de etilismo, 1 apresentou LDL aumentado e 1 o colesterol total. Pela pesquisa poderíamos fazer uma certa relação entre o consumo de álcool e aumento nos níveis de colesterol total e LDL, afirmaríamos a influência positiva do álcool sobre o HDL e contraporíamos os efeitos sobre o triglicerídeo. Devido ao pequeno número de participantes do estudo, não podemos estabelecer tais resultados com total confiabilidade (Faludi A et al, 2017).

6. CONCLUSÃO

As alterações no perfil lipídico estão relacionadas com os hábitos de vida a um prazo maior, onde alterações no lipidograma em idades mais jovens pode estar relacionado com maior influência genética. Os componentes do teste mais relacionados com influências do cotidiano foram o HDL e o triglicerídeo, ambos beneficiados pelo exercício físico e o primeiro beneficiado por quantidade moderada de etilismo e o segundo prejudicado.

As características dos participantes e hábitos de vida divergem do esperado, considerando que são possuidores de conhecimentos médicos, alguns não seguem o que é recomendado, como a prática de exercícios físicos, se mantêm acima do peso, possuindo IMC maior do que o considerado normal. Infelizmente não foi possível acompanhar mais de perto a rotina dos mesmos.

O presente trabalho possibilitou confirmar dados de outros estudos e refletir sobre as divergências, deduzindo os possíveis fatores que influenciaram e buscando novas literaturas que justificassem tais achados. Os resultados encontrados estão dentro de padrões esperados, mostrando a relação profunda entre hábitos de vida, genética e perfil lipídico.

REFERÊNCIAS

Rezende AdO, Soares LW, Alves MS, Zagnignan A, Sousa. EMd. AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO DE ALUNOS UNIVERSITÁRIOS EM SÃO LUÍS – MA. Revista Ceuma Perspectivas. 2017; 30.

Freitas RWJFd, Araújo MFMd, Lima ACS, Pereira DCR, Alencar AMPG, Damasceno. MMC. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 Setembro-outubro; 21(5).

Sandoval CEG, Burke YD, Mendizabal-Ruiz AP, Díaz EM, Morales. JA. Prevalencia de obesidad y perfil lipídico alterado. Nutricion Hospitalaria. 2014; 29(2).

Faludi A, Izar M, Saraiva J, Chacra A, Bianco H, Neto AA, et al. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ BRASILEIRA DE DISLIPIDEMIAS E PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE – 2017. 2017..

Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha. GdS. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. International Journal of Cardiovascular Sciences. 2017; 30(5).

ANEXO A

QUESTIONÁRIO E MEDIDAS

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Prática de atividade física: () sim () não |
Se sim, quantas vezes por semana: _____
Duração do exercício: _____
4. Tabagismo:
() fumante diário
() fumante ocasional
() ex-fumante
() não fumante
5. Peso: _____ kg
6. Estatura: _____ m
7. IMC: _____ kg/m²
8. Circunferência da Cintura (CC): _____ cm
9. Colesterol total: _____
10. HDL-c: _____
11. LDL-c: _____
12. Triglicérides: _____
13. Pontuação AUDIT: _____

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SOBREPESO, DO PERFIL NUTRICIONAL E DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICO-PRIVADA DE FRANCA-SP

Gabriele Kilpp Fagundes
gabrielekilpp@hotmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
vivianeesperandim@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prática de atividade física é reconhecida universalmente como fator importante de melhora da qualidade de vida, sendo inclusive, visto como protetor da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, adultos com idade entre 18 e 64 anos, realizem pelo menos 150 minutos de atividade física moderada-intensa durante a semana ou pelo menos 75 minutos de atividade aeróbica intensa durante a semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010) (FIGUEIREDO, MORAIS, *et al.*, 2009).

Com o aumento da expectativa de vida das populações, a melhora na qualidade de vida é um desejo de muitos, afinal existe uma associação entre o envelhecimento e o surgimento de doenças crônicas. No Brasil, doenças crônicas correspondem a 72% das causas de morte e podem estar relacionadas diretamente a obesidade e estima-se que 18,9% dos brasileiros estão obesos. Essa epidemia acomete vários países industrializados sendo considerada um dos maiores problemas de saúde, contudo a prática de exercícios físicos pode amenizá-la (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Além dos benefícios físicos, existem os benefícios psicológicos, redução da ansiedade, melhora da sensação de bem-estar e humor, diminuição da tensão, disposição para as atividades de vida diária (GODOY, 2002).

Pode ser observado, em dados obtidos através de uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com mais de 350 mil pessoas, que em 2015, 37,9% da população brasileira praticava esporte ou alguma atividade física no período de 365 dias. Ao analisar isoladamente os praticantes de esportes esse número cai para 24% da população, sendo 63,2% homens e 36,85 mulheres. Dentre os esportes mais praticados estão futebol (39,3%) e em segundo lugar caminhada (24,6%), ou seja, mais da metade dos brasileiros é sedentário (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Ao se analisar os principais motivos do início da prática de atividade física é possível ver que a população tem a visão de que exercícios são benéficos para a saúde física e emocional. O principal motivo citado para prática de exercícios seria relaxar ou se divertir (28,9%), em segundo lugar a melhora da qualidade de vida ou bem-estar (26,8), melhorar ou manter o desempenho físico em terceiro lugar com 19,9% dos entrevistados e a indicação médica está em quarto lugar com 10% da população pesquisada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

A preocupação com a inatividade física fez com que a OMS lançasse, em 2018, um plano de ação global para a atividade física cuja missão seria assegurar que todas as pessoas tenham oportunidade e acesso a ambientes seguros para serem fisicamente ativos em seu dia a dia, desta forma melhorar não só a saúde individual, mas também a saúde coletiva. Esse plano tem como objetivo reduzir em 15% a prevalência da inatividade física em adultos e adolescentes até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

A obesidade é uma doença crônica cuja prevalência tem aumentado significativamente nos últimos anos. Esse aumento é devido a um conjunto de fatores, entre eles falta de atividade física, aumentando o sedentarismo, dietas ricas em açúcares e gorduras, além do estilo de vida mais sedentário devido a modernização (BRANDÃO e CUNHA, 2012).

O Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através da divisão do peso, em quilogramas (kg), pela altura, em metros (m), elevada ao quadrado, desta maneira obtendo o resultado em kg/m^2 , seria considerado um bom indicador por ser considerado prático, simples e sem custos, porém o mesmo não se correlaciona totalmente a gordura corporal por não distinguir massa gorda de massa magra. Utilizando o resultado do cálculo a OMS classifica os indivíduos em: magro ou baixo peso quando IMC menor que 18.5, normal ou eutrófico quando IMC estiver entre 18.5 e 24.9, sobrepeso ou pré-obeso quando IMC estiver entre 25 e 29.9, obesidade quando IMC maior ou igual a 30. Nos casos de obesidade, podem ser classificados em grau I quando IMC estiver entre 30 e 34.9, grau II quando IMC estiver entre 35 e 39.9 e grau III quando IMC estiver igual ou maior que 40 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016).

O IMC, por estar relacionado com a adiposidade corporal é um indicador de risco para saúde e diversas complicações metabólicas. A Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), do Ministério da Saúde (MS), apontou um crescimento na prevalência de obesidade no Brasil, onde esse índice teve um aumento de 67,8% em treze anos entre 2006 e 2018 (PENIDO, 2020).

Existe a medida da circunferência abdominal que reflete o conteúdo de gordura visceral e é associada a gordura corporal total, porém

essa relação difere segundo a idade e grupos étnicos por isso em 2005, a International Diabetes Federation (IDF), propôs um novo ponto de corte de acordo com diferentes etnias dentre elas europeus, sul-asiáticos, chineses, japoneses, dentre outras. A OMS tem como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de circunferência abdominal igual ou maior que 94 cm em homens e 80 cm em mulheres, na população brasileira são utilizados esses valores (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2009).

O crescente número de estudos, nacionais e internacionais, comprovando o aumento da inatividade física e do sedentarismo, principalmente em graduandos, é alarmante. Em 2009 foi publicado um estudo mostrando que mesmo conhecendo os benefícios de uma alimentação balanceada e prática de atividade física, alunos de medicina não se esforçam para manter hábitos mais saudáveis, e as escolhas foram, em sua maioria, justificadas pela falta de tempo devido a rotina estressante e intensa (JESUS, OLIVEIRA, *et al.*, 2017) (SAJWANI, SHOUKAT, *et al.*, 2009).

Em estudo publicado em 2012, foi notado um elevado índice de inatividade física entre os estudantes de medicina, sendo 73,1% classificados como sedentários, e tendo como principal motivo para a não prática de atividade física a falta de tempo, 74,6% dos casos (JÚNIOR, BARRETO, *et al.*, 2012).

Em 2009 foi realizado um estudo que avaliou a prevalência de sobrepeso dos estudantes de medicina. Os resultados mostraram um alto índice de sobrepeso (55,77%), sendo que dentre os alunos analisados 62% não realizam refeições adequadas, principalmente o almoço (43%) (LESSA e MONTENEGRO, 2008).

A posição da sociedade de medicina do esporte seria a de que a atividade física deve ser estimulada e incentivada para uma vida mais saudável e as iniciativas devem vir tanto do poder público quanto do privado. Desta forma, compreender escolhas individuais no contexto social em que a pessoa vive, seria indispensável para traçar estratégias adequadas para promoção da saúde (POLISSENI e RIBEIRO, 2014).

Para a definição de nível de atividade física não existe um questionário padrão, o que torna mais difícil o estabelecimento e classificação do indivíduo em ativo, moderadamente ativo ou inativo. Existem questionários preferíveis como o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAC), existente tanto em sua versão curta como longa e analisa as atividades praticadas na última semana (LIMA, LOPES, *et al.*, 2019).

Durante o curso de medicina os estudantes se deparam com situações estressantes, inerentes a profissão, além de rotinas longas de

estudo. Assim, é importante analisar os fatores que levam aos hábitos dos graduandos e como isso afeta direta ou indiretamente sua saúde.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de atividade física, o perfil nutricional e a prevalência de sobrepeso e obesidade dos graduandos de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Materiais e Métodos

Constitui-se de um estudo transversal, observacional de caráter quantitativo, não probabilístico.

O estudo foi realizado após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (COMEP) do centro universitário municipal de Franca (Uni-FACEF) número de aprovação 22158619.3.0000.5384.

Os critérios de inclusão foram: ser acadêmico regularmente matriculado no curso de medicina, do centro universitário municipal de Franca (Uni-FACEF), independente do sexo, sem limite de idade, estar cursando do 1º ao 6º ano. Todos voluntários, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice A).

Foram excluídos do estudo, alunos que não concordaram em assinar o TCLE.

A coleta de dados foi realizada por meio de preenchimento de formulários, de forma anônima, com questionamentos que englobam a prática de atividade física, hábitos alimentares e medidas antropométricas (Altura, peso, IMC, circunferência abdominal) (apêndice B). Os alunos foram abordados tanto pessoalmente para responder as perguntas bem como foram enviados links via whatsapp para serem respondidas as perguntas de maneira online em formulários do Google. Os dados pessoais de cada sujeito do estudo são de total e absoluto sigilo.

As medidas antropométricas não foram aferidas por questão de praticidade e como os alunos possuem tempo limitado para responder ao formulário ao deixar eles preencherem as próprias medidas seria mais rápido, além de não precisar encontrar presencialmente os sujeitos da pesquisa.

O formulário utilizado foi estruturado para o presente trabalho, tendo como base outros formulários já utilizados em estudos semelhantes.

Para a análise do conteúdo de maneira estatística descritiva, foram utilizadas distribuição da frequência, tendência central, dispersão e correlação. Os resultados obtidos foram apresentados por meio de gráficos e tabelas.

2.2. Resultados

O estudo apresentou 77 alunos voluntários dispostos a responderem o questionário sendo 59 (76,62%) do sexo feminino e 18 (23,37%) do sexo masculino, distribuídos por anos da seguinte forma: 15 (19,5%) do primeiro ano, 11 (14,3% do segundo ano, 11 (14,3%) do terceiro ano, 14 (18,2%) do quarto ano, 19 (24,7%) do quinto ano e 7 (9,10%) do sexto ano. A variável sexo, devido a discrepância entre o número de voluntários, sendo o sexo masculino responsável por um número pouco significativo de respostas, não será analisada para fins comparativos. A variável idade não foi considerada no questionário portanto não será parte da análise de dados.

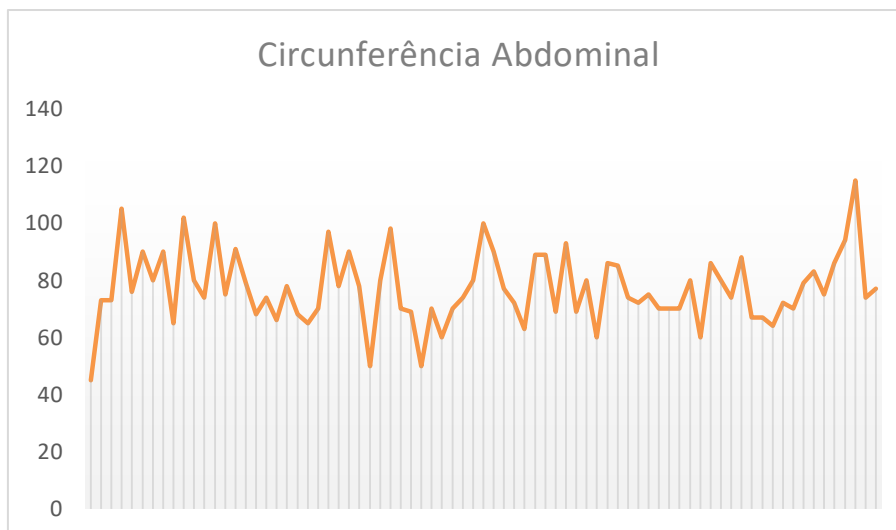
O IMC foi calculado pela altura e peso fornecidos por cada participante durante o questionário, e assim, 3,89% se enquadram na categoria baixo peso, 72,72% em peso saudável, 19,48% sobrepeso e 3,89% obesidade, sendo 1,3% obesidade grau II. A relação entre IMC e ano cursado por ser observada na Tabela 1.

Tabela 4: Relação entre ano cursado e IMC

IMC	Baixo peso		Peso saudável		Sobrepeso		Obesidade grau I		Obesidade grau II	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	1	1,3	11	14,3	3	3,9	0	0	0	0
2º ano	0	0	8	10,4	2	2,6	0	0	1	1,3
3º ano	0	0	10	13,0	1	1,3	0	0	0	0
4º ano	2	2,6	11	14,3	1	1,3	0	0	0	0
5º ano	0	0	12	15,6	6	7,8	1	1,3	0	0
6º ano	0	0	4	5,2	2	2,6	1	1,3	0	0
Total	3	3,9	56	72,8	15	19,5	2	2,6	1	1,3

A medida de circunferência abdominal (CA) não foi medida pelos responsáveis pelo estudo e sim foi respondida pelos voluntários, sendo obtida a seguinte média 77,5 centímetros, sendo que 9 (11,7%) meninas apresentaram CA maior que 80 centímetros e 3 (3,9%) meninos, maior que 94 centímetros, uma prevalência de 15,6% alterados. A dispersão quanto a circunferência abdominal pode ser observada no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Circunferência Abdominal



No estudo 75,32% dos avaliados praticam algum tipo de atividade física, sendo que 18,18% praticam atividades, porém em quantidade insuficiente de acordo com as recomendações da OMS de pelo menos 150 minutos por semana de atividades leves a moderadas ou 75 minutos semanais de atividades intensas. Dos 19 (24,67%) alunos que não praticam qualquer tipo de atividade física, 17 (22,1%) relataram que pararam de praticar após o ingresso na faculdade, o que corrobora com a resposta de 88,3% que acham que os horários do curso dificultam a prática de atividade física.

As modalidades mais praticadas são academia 37 (48%) e treinos da atlética 23 (30%).

A distribuição de acordo com cada ano cursado e prática de atividade física semanal pode ser vista na Tabela 2.

Tabela 5: relação entre ano cursado e prática de atividade física

Prática de atividade física*										
	Nenhum		1		2 ou 4		5 ou 6		Todos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1º ano	5	6,5	4	5,2	4	5,2	1	1,3	1	1,3
2º ano	4	5,2	2	2,6	5	6,5	0	0	0	0
3º ano	1	1,3	1	1,3	7	9,1	2	2,6	0	0
4º ano	3	3,9	2	2,6	8	10,4	0	0	1	1,3
5º ano	4	5,2	2	2,6	11	14,3	2	2,6	0	0
6º ano	2	2,6	3	3,9	2	2,6	0	0	0	0
Total	19	24,7	14	18,2	37	48,1	5	6,5	2	2,6

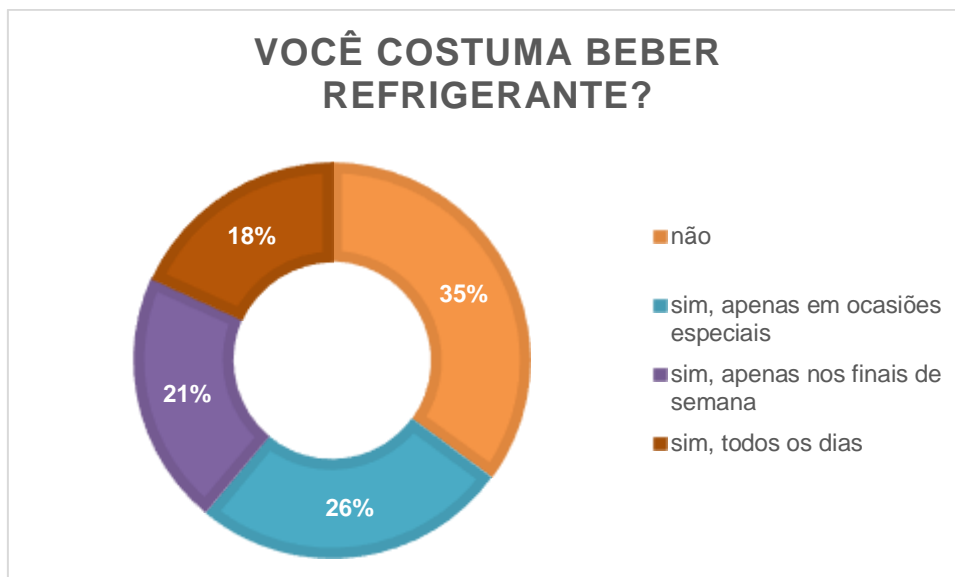
*quantidade de dias na semana

Quanto a alimentação 75,32% relataram que consomem alimentos tipo “fast food” sendo que 46,75% consomem este tipo de alimento pelo menos uma vez na semana. Com relação ao consumo de refrigerantes 18,18% dos voluntários bebem refrigerante todos os dias e 35,06% não consomem este tipo de bebida. A distribuição quanto ao consumo de “fast food” e refrigerante pode ser analisada nas Figuras 2 e 3.

Gráfico 3 - Consumo "fast food"



Gráfico 4 - de consumo de refrigerante



O consumo de frituras diário foi relatado por 14,28% dos estudantes e apenas 9,09% referem não comer frituras. A taxa de consumo de doces foi considerada elevada sendo igual a 97,41% onde 42,85% referem

consumo diário. Os números relacionados ao consumo desses alimentos encontram-se na Tabela 3.

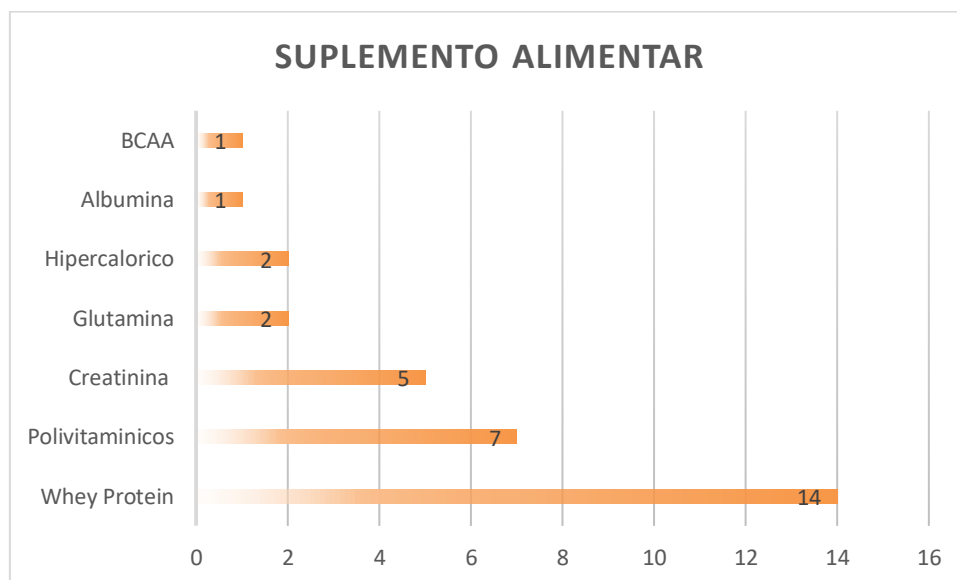
Tabela 6 - Consumo de doces e frituras

	Doces		Frituras	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Nunca	2	2,6	7	9,1
Eventualmente	37	48,1	59	76,6
Todos os dias	33	42,9	11	14,3
Final de semana	5	6,49	-	-

O consumo de frutas e legumes foi relatado por 46,75% estudantes que comem tanto frutas quanto legumes todos os dias. 20,77% comem apenas frutas todos os dias e 24,67% relataram comer apenas algumas poucas frutas algumas vezes na semana.

A suplementação alimentar foi referida por 23,37% dos alunos e 22,07% praticam algum tipo de atividade física sendo academia a atividade física de 19,48% dos participantes. O suplemento mais consumido foi Whey Protein (18,18%), os demais suplementos e sua respectiva prevalência podem ser vistos na Figura 4.

Gráfico 5 - Consumo de suplemento alimentar



No que diz respeito ao almoço a maioria, 70,1% relataram que almoçam em casa e 28,6% almoçam em restaurantes, apenas 1 aluno respondeu que almoça tanto em casa quando lanches.

Pode-se observar uma mudança de hábitos alimentares após o ingresso na universidade por parte de 70,2% dos voluntários, sendo em apenas 18,2% mudanças para hábitos mais saudáveis, 52% relataram aumento no consumo de alimentos prontos. Durante semana de provas apenas 9,1% não mudam a alimentação devido ao estresse.

2.3. Discussão

O presente estudo observou uma prevalência de 23,37% de sobrepeso/obesidade, sendo 19,48% e 3,89% de sobrepeso e obesidade respectivamente. Os dados nacionais, coletados pelo VIGITEL 2019, mostram uma taxa de excesso de peso de 55,4% sendo assim, superior a obtida nesse estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A prevalência de sobrepeso/obesidade foi próxima a prevalência obtida no estudo da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com 18% de prevalência de sobrepeso e obesidade, sendo 17% e 1% respectivamente (MARQUES, 2008).

Outros autores relatam prevalência superior a observada em nosso estudo, como o realizado em Vitória-Espírito Santo (ES), onde 17,8% de sobrepeso/obesidade foi índice obtido. A prevalência em um estudo realizado na Universidade Severino Sombra em Vassouras-Rio de Janeiro (RJ) também foi superior, com taxa de 30,9% de sobrepeso e 5,5% de obesidade, bem como a realizada em Alagoas onde 55,77% dos entrevistados foram classificados com sobrepeso (LESSA e MONTENEGRO, 2008) (BRANDÃO e CUNHA, 2012) (SANTOS, MORAES, *et al.*, 2016).

O IMC por avaliar apenas peso e altura, não considerando distribuição de massa corporal é um índice, se analisado de maneira isolada, considerado falho na avaliação de risco cardiovascular, desta forma é associado a CA que avalia a obesidade central ou visceral. Este parâmetro é importante pois a CA alterada implica em presença gordura abdominal aumentada, desta forma, relacionada ao maior risco de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

A medida de CA é considerada importante por tratar-se de um dos parâmetros pontuadores no escore para definição de síndrome metabólica, sendo um grupo de fatores metabólicos que contribuem diretamente para desenvolvimento de doença cardiovascular que tem como base a resistência à insulina. A síndrome metabólica aumenta a mortalidade geral em cerca de 1,5 vezes e a cardiovascular em 2,5 vezes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2005).

Quando comparamos a porcentagem total de CA alterada obtida nos alunos do Uni-FACEF de 15,6% com estudos realizados em Vitória-Espírito Santo (ES) e na Uniderp de Campo Grande-Mato Grosso do Sul (MS) com

8,7% e 7,4% de CA alterada respectivamente, vemos que a porcentagem de alunos com CA alterada nestes estudos é inferior a obtida no Uni-FACEF. Já o estudo de Vassouras-Rio de Janeiro (RJ), demonstrou um número mais alto sendo 20% dos avaliados com CA alterada (BRANDÃO e CUNHA, 2012) (CAFURE, SCHMIDT, *et al.*, 2018).

A OMS define a obesidade como uma doença crônica, onde existe acúmulo excessivo de gordura que conseqüentemente traz repercussões à saúde, sendo categorizada pela International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), conhecida no Brasil pela sigla CID, em sua 10ª revisão no item E66, que está dentro do item que engloba doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Por ser considerada uma doença, a obesidade deve receber atenção e ser tratada, principalmente no âmbito de sua classificação. A OMS ressalta a importância de avaliar o tipo de obesidade, devido a maior gravidade para desfechos não favoráveis, da obesidade central. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Na população avaliada foi encontrada prevalência de 75,32% de prática de atividade física, sendo 57,14% considerados suficientemente ativos. Quando comparado a outros estudos os valores são semelhantes, no estudo de Vitória-ES a prevalência foi de 53,4%, no estudo da UFSC a prevalência foi de 52% e em estudo na cidade de Ubá-Minas Gerais a porcentagem de alunos ativos foi de 55,7% e 21,3% de voluntários insuficientemente ativos semelhante aos 18,18% obtidos no presente estudo (BRANDÃO e CUNHA, 2012) (MARQUES, 2008) (JESUS, OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

Em contrapartida, o estudo realizado em Alagoas revelou uma prevalência inferior, de 35,58% de prática de atividade física, assim como o estudo da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande onde 32,9% dos avaliados são fisicamente ativos (LESSA e MONTENEGRO, 2008) (MASCENA, CAVALCANTE, *et al.*, 2012).

A prevalência de estudantes ativos apesar de superior ao número nacional de 39%, segundo dados do VIGITEL, pode ser aumentada visto que são futuros agentes de saúde que serão responsáveis por incentivar a prática de atividade física diária na população. A universidade pode ser um aliado motivador quando vemos que a segunda opção de atividade física são treinos fornecidos pela atlética do curso de medicina. Vale ressaltar que a é mantida pelos próprios alunos e desta forma se beneficiaria de maiores auxílios vindos da universidade como vínculos com academias e ginásios/quadras de esportes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A falta de tempo seria um fator limitante para a prática de atividade física, assim como, para a escolha de uma alimentação saudável e balanceada, e por isso que muitos escolhem alimentos prontos como refeição, como demonstrado em nosso estudo (51,94% dos voluntários). O consumo de

refrigerante relatado por um estudo epidemiológico realizado no Brasil mostrou que 15% dos brasileiros entrevistados referem consumir refrigerante pelo menos 5 dias na semana, valor semelhante ao obtido no estudo realizado em Vitória-Espírito Santo (ES) de 14,6%, porém ambos valores inferiores ao encontrado na entrevista com os estudantes do Uni-FACEF, onde 18,18% referem consumir refrigerante todos os dias da semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) (BRANDÃO e CUNHA, 2012).

O acesso à informação tem sido importante aliado no que diz respeito a escolhas nutricionais, principalmente se considerarmos indivíduos de classe econômica média a alta como os alunos analisados no estudo. Desta maneira podemos inferir que a falta de legumes e frutas na alimentação de 53,35% dos alunos seria uma questão de escolha prática de um dia a dia corrido. A oferta de alimentos mais saudáveis dentro das cantinas da universidade pode ser uma alternativa para o consumo de refeições mais nutritivas e não apenas calóricas (JUMORI, PROENÇA e CALVO, 2008).

A suplementação alimentar tem se tornado cada vez mais popular entre todos os indivíduos, principalmente os que frequentam academias, como foi visto no presente estudo em que apenas 3,89% dos alunos que fazem suplementação alimentar não frequentam academias. Segundo estudos a grande maioria faz uso destes suplementos de maneira independente e sem prescrição de qualquer profissional, muitas vezes sem saber quais consequências o suplemento utilizado pode ter ao ser consumido em excesso ou de maneira inadequada. Um estudo realizado em Montes Claros-Minas Gerais (MG) mostrou que 53,8% dos entrevistados não sabiam os efeitos colaterais de suplementos consumidos, entrevistados estes com nível de escolaridade elevado. São necessários maiores estudos quanto a este assunto (CARDOSO, VARGAS e LOPES, 2017).

Fatores relacionados à saúde como tabagismo, consumo de álcool e drogas também são fatores importantes, porém não foram alvo da presente pesquisa. O ambiente universitário se mostra propício para o aumento do consumo destas substâncias e até mesmo para o início do consumo, foi o que mostrou um estudo da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) onde 48,4% dos entrevistados relataram o consumo de tabaco, sendo que 26,8% iniciaram o uso depois de entrar na faculdade, 25% dos alunos fizeram uso de drogas ilícitas, sendo que 36,5% iniciaram o uso após ingressar na graduação. Além disso 96% dos acadêmicos já experimentaram algum tipo de bebida alcoólica e apenas 25,3% referiram não ter consumido álcool nos últimos 30 dias (NETO, SIRMARCO, *et al.*, 2013).

Dentro no ambiente acadêmico estão presentes oportunidades para festas e conglomerados onde o consumo de álcool não é só bem aceito como também estimulado. O jovem tem a necessidade de aceitação e pertencimento a grupos, o que é muitas vezes um fator de iniciação ao

consumo não só de álcool, mas também de tabaco e outras drogas. Desta forma esse tópico vem sido abordado cada vez mais em estudos.

Foram analisados alguns aspectos ligados a saúde dos estudantes de medicina do Uni-FACEF, no entanto o assunto não foi esgotado, como referido ao tema álcool e drogas. O tema é complexo e outras pesquisas deverão ser contempladas, envolvendo demais temas e outros grupos de estudantes de diferentes cursos de graduação. Vale também ressaltar a dificuldade para seleção dos entrevistados devido ao caráter voluntário da pesquisa.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apesar de conter uma amostra reduzida de participantes se mostrou de grande importância para avaliar os dados antropométricos, o nível de atividade física e o perfil nutricional dos alunos de medicina. Por serem futuros agente de saúde esses alunos devem ser avaliados e orientados quanto a hábitos saudáveis para que possam repassar este conhecimento para a população.

No que diz respeito a prevalência de sobrepeso/obesidade o presente estudo obteve resultados inferiores a estudos realizados com população semelhante em diferentes estados do país, incluindo a média nacional. Apesar do caráter anônimo do estudo é necessário considerar que a amostra analisada pode ter sido afetada pela vergonha de alguns alunos quanto à suas medidas antropométricas e dessa forma não foram obtidas resposta de todos os alunos de medicina do Uni-FACEF.

A prevalência da prática de atividade física em quantidades recomendadas pela OMS é semelhante à de estudos com o mesmo perfil nas diversas universidades do Brasil.

O perfil nutricional para fins comparativos precisa ser melhor analisado, com perguntas que contemplem melhor as escolhas e quantidade de alimentos dos entrevistados. Seria importante estudos complementares com um número maior de estudantes para análises mais detalhadas a fim de confirmar os resultados obtidos.

REFERENCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. Abeso. São Paulo, p. 85. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**. Abeso. São Paulo, p. 188. 2016.

BRANDÃO, C. D. G.; CUNHA, F. G. C. D. Obesidade e fatores de risco associados em alunos de medicina de uma faculdade privada de Vitória-ES. **Rev. Assoc. Bras. Nutr.**, v. 4, n. 5, p. 22-28, jan-jun 2012.

CAFURE, F. et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade central em acadêmicos do curso de medicina da universidade UNIDERP. **Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, Campo Grande, v. 12, n. 69, p. 94-100, Jan/Fev 2018. ISSN 1981-9919.

CARDOSO, R. P. D. Q.; VARGAS, S. V. D. S.; LOPES, W. C. Consumo de suplementos alimentares dos praticantes de atividade física em academias. **Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 11, n. 65, p. 584-592, Set/Out 2017. ISSN 1981-9927.

FIGUEIREDO, E. T. D. et al. Influência da rotina acadêmica na prática de atividade física em graduandos de medicina. **Rev. Brasileira de Clínica Médica**, Araras, n. 7, p. 174-176, 2009.

GODOY, R. F. D. Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. **Movimento**, Porto Alegre, v. 8, n. 9, p. 7-16, agosto 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Práticas de Esporte e Atividade Física**. IBGE. Rio de Janeiro, p. 81. 2015.

JESUS, C. F. D. et al. Nível de atividade física de estudantes da área da saúde de um instituição superior particular de Ubá-MG. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 11, n. 68, p. 565-573, set-out 2017.

JUMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. D. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 63-73, jan/fev 2008.

JÚNIOR, F. D. C. et al. Avaliação do nível de atividade física e fatores associados em estudantes de medicina de Fortaleza-CE. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 955-967, out-dez 2012.

LESSA, S. S.; MONTENEGRO, C. Avaliação da prevalência de sobrepeso, do perfil nutricional e do nível de atividade física nos estudantes de medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. **Rev. Soc. Bra. Clín. Med**, v. 6, n. 3, p. 90-93, 2008.

LIMA, M. F. C. D. et al. Questionários para avaliação do nível de atividade física habitual em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 41, p. 233-240, julho 2019. ISSN 0101-3289.

MARQUES, M. O. T. **Prevalência de obesidade e sobrepeso em acadêmicos do curso de graduação em medicina da universidade federal de Santa Catarina.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 39. 2008.

MASCENA, G. V. et al. Fatores de risco cardiovascular em estudantes da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 322-328, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. **Ministério da saúde**, 2020. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2610-sindrome-metabolica>>. Acesso em: 15 junho 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **DATASUS**, 2020. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060203>>. Acesso em: junho 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília, p. 276. 2020. (CDU 616.039.33).

NETO, J. A. C. et al. Estudantes de medicina sabem cuidar da própria saúde? **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 1 e 2, p. 45-53, jan/jun 2013.
PENIDO, A. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>>. Acesso em: 15 Junho 2020.

POLISSENI, M. L. D. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340-344, set-out 2014.

SAJWANI, R. A. et al. Knowledge and practice os healthy lifestyle and dietary habits in medical and non-medical students of Karachi, Pakistan. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Pakistan, v. 59, n. 9, p. 650-655, setembro 2009.

SANTOS, Í. J. L. et al. Avaliação da prevalência de obesidade e sobrepeso entre estudantes de Medicina da Universidade Severino Sombra, Vassouras-RJ. **Fluminense de Extensão Universitária**, Vassouras, v. 6, n. 1/2, p. 13-20, Jan/Dez 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. [S.l.], p. 28. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** WHO. Geneva, p. 268. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Recommendations on Physical Activities for Health**. Geneva. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on physical activity 2018-2030: More Active People for a Healthier World**. WHO. Geneva. 2018.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SOBREPESO, DO PERFIL NUTRICIONAL E DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICO-PRIVADA DE FRANCA-SP” coordenada pelo pesquisador responsável Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio e conduzida por Gabriele Kilpp Fagundes aluno/pesquisador do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca. Esta pesquisa se justifica para associarmos a relação entre os hábitos e estilo e vida a carga horária e estresse vivenciados pelos estudantes.

1. Os objetivos com os quais essa pesquisa será realizada serão: avaliar o nível de atividade física dos estudantes do curso de medicina, e verificar a relação entre o perfil nutricional, sobrepeso e a prática de atividades com a carga horária do curso. Para tanto, serão realizados procedimento que não trarão quaisquer danos a sua saúde, entretanto por ser tratar de uma pesquisa que consta com um questionário sobre alimentação, medidas antropométricas e prática de atividade física os participantes podem se sentir constrangidos, para evitar maiores aborrecimentos a coleta de dados será feita de maneira individual e sua identidade não será revelada;
2. O procedimento de coleta será feito em sala: constará de responder alguns questionários sobre alimentação, medidas antropométricas e prática de atividade física;
3. Os benefícios esperados diante de sua participação neste estudo serão: buscar entender qual é o nível de atividade física dos estudantes e propor melhoras na qualidade de vida deles;
4. Sua identidade, dados e diagnósticos, serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira;
5. Cabe a você decidir se deseja ou não participar dessa pesquisa. Se decidir participar deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, estando ciente de que terá o direito de interromper o estudo e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa. Sua participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração ou pagamento;

6. Em relação a qualquer intercorrência durante a pesquisa, será prestada a assistência nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
7. Os seus dados pessoais e as informações obtidas neste estudo, pelo pesquisador e sua equipe, serão garantidos pelo sigilo e confidencialidade. Os seus dados do estudo serão codificados de tal modo que sua identidade não seja revelada;
8. Você terá o direito de dirigir-se, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação. Nesse caso, entre em contato:

- Nome do Pesquisador: VIVIANE RODRIGUES ESPERANDIM SAMPAIO

Telefone: (016) 3711-8738

Endereço: Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400 – Bairro São José

CEP: 14403-430 - Franca – SP

- Nome do Pesquisador Assistente: GABRIELE KILPP FAGUNDES

Telefone: (016) 98157-9843

Endereço: Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400 – Bairro São José

CEP: 14403-430 - Franca - SP

- Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca – COMEP/Uni-FACEF

Endereço: Av. Major Nicácio, 2433 – Bairro São José

CEP: 14401-135 - Franca - SP

Telefone: (16) 3713-4688

E-mail: diretoria@facef.br

Horário de funcionamento: segunda-sexta – 8h00 às 17h00

9. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO:

- Eu recebi informação oral sobre o estudo acima e li por escrito este documento.

- Eu tive a oportunidade de discutir o estudo, fazer perguntas e receber esclarecimentos.
- Eu concordo em participar do estudo e estou ciente que minha participação é totalmente voluntária.
- Eu entendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso afete meu direito aos cuidados futuros.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em duas vias originais por mim e pelo Pesquisador.
- Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Pesquisador do Estudo garantirá ao Participante da Pesquisa, em seu próprio nome e em nome da instituição, os direitos descritos neste documento.
- Eu entendo que receberei uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A outra via original será mantida sob a responsabilidade do Pesquisador do Estudo.

Para ser assinado e datado pelo Participante da Pesquisa:

_____ / / _____

Assinatura do participante da pesquisa

Nome da Participante da Pesquisa por extenso (LETRAS MAIÚSCULAS)

Para ser assinado e datado pelo Pesquisador do Estudo:

_____ / / _____

Assinatura do participante do pesquisador do estudo

Nome do Pesquisador do Estudo (LETRAS MAIÚSCULAS)

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 466/12 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Franca, de _____ de 20____

Assinatura do Pesquisador Responsável (nome por extenso)

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

Sexo: () Feminino () Masculino Semestre: _____

Medidas antropométricas:

Altura: _____ Peso: _____ Circunferência
Abdominal: _____

Prática de atividade física:

1. Você pratica algum tipo de atividade física:

- () não
- () sim, faço academia
- () sim, participo dos treinos da atlética
- () sim, outro. Qual? _____

2. Em uma semana considerada normal, quantas vezes você pratica atividade física de moderada a alta intensidade:

- () nenhum dia
- () pelo menos 1 vez na semana
- () 2-4 vezes na semana

() 5-6 vezes na semana

() todos os dias da semana

3. Quanto tempo por dia você gasta praticando algum tipo de atividade física:

() nenhum, não pratico

() 30 minutos

() pelo menos 1 hora

() 2 horas ou mais

4. Qual a maior dificuldade que você enfrenta quando pensa em praticar algum tipo de atividade física:

() os horários da faculdade

() falta de disposição

() não acho importante praticar atividades físicas

() não gosto

5. Antes de entrar na faculdade você praticava exercícios físicos:

() não, nunca pratiquei

() sim, parei depois que entrei na faculdade

() sim, sempre fiz e faço até hoje

6. Se sim pra a pergunta anterior, qual atividade você praticava?

7. Você acha que a carga horaria da faculdade dificulta a prática de exercícios físicos:

() não

() sim

Hábitos alimentares

8. Durante uma semana padrão, quantas vezes você come em “fast foods” (Burger King, McDonald’s, Subway, dentre outros)

() não como “fast food”

() pelo menos 1 vez na semana

() 3-4 vezes na semana

() apenas no final de semana

() todos os dias

9. Você costuma almoçar:

- () em casa
- () em restaurantes
- () lanches

10. Você tem o costume de comer frutas, legumes e verduras:

- () não
- () sim, mas apenas alguma poucas frutas
- () sim, como pelo menos uma fruta todos os dias
- () sim, como frutas e legumes todos os dias

11. Você costuma comer frituras:

- () não, nunca como fritura
- () sim, eventualmente como frituras
- () sim, todos os dias como algum tipo de fritura

12. Você costuma beber refrigerante:

- () não
- () sim, todos os dias
- () sim, apenas nos finais de semana
- () sim, apenas em ocasiões especiais

13. Você faz uso de algum tipo de suplemento alimentar:

- () não
- () sim, qual? _____

14. Você percebeu alguma mudança na sua alimentação depois que entrou na faculdade:

- () não, continuo comendo igual antes
- () sim, agora como mais saudável
- () sim, agora como mais alimentos prontos

15. Você percebe alguma mudança na sua alimentação de acordo com a carga horaria da faculdade:

- () não
- () sim, em semana de provas como mais
- () sim, em semana de provas como menos

16. Você tem o costume de comer doces:

- () não, não como açúcar
- () sim, todos os dias como algum tipo de doce
- () sim, apenas nos finais de semana
- () sim, eventualmente como algum tipo de doce

**CAPACITAÇÃO DE FUNERÁRIAS DURANTE A PANDEMIA COVID-19:
relato de experiência do PET-Saúde Interprofissionalidade**

Ariana Pereira Germano
arianapg077@hotmail.com

Bruna Carolina Costa
cbruna.costa@gmail.com

Lívia Maria Lopes Gazaffi
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O SARS-COV 2, vírus causador da COVID-19, deu início no final do ano de 2019 a uma pandemia, levando a uma corrida mundial dos sistemas de saúde para evitar ao máximo a propagação dessa doença, que ainda permanece em partes, obscura aos conhecimentos dos profissionais (ROTHANA; BYRAREDDY, 2020) (REMUZZI; REMUZZI, 2020). Considerando que a transmissão do vírus se dá, em especial, por contato pessoa a pessoa, mas também por objetivos e ambientes contaminados, é de suma importância proteger os profissionais da exposição a fluidos de pessoas infectadas, objetos e superfícies (SÃO PAULO, 2020).

Nesse contexto, há diversas serviços e categorias ocupacionais consideradas de risco, por lidar diretamente com contaminantes, entre elas estão os as funerárias e agentes funerários. Diante disso, é imprescindível capacitar esses profissionais para o enfrentamento desse cenário. (letra 12, entrelinha 1,0, sem negrito, maiúsculas e minúsculas – parágrafo: 2,5 cm)

2. OBJETIVO

Relatar a contribuição do grupo PET-Saúde Interprofissionalidade Franca/Uni-FACEF na capacitação das funerárias do município de Franca (SP) durante a pandemia da COVID-19

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, desenvolvida a partir da elaboração e discussão de três *folders* para capacitação de todas funerárias do município de Franca (SP). Tal atividade foi fruto da parceria entre o grupo PET-Saúde Interprofissionalidade, que engloba estudantes de Enfermagem, Medicina e Psicologia do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Franca. A identificação da necessidade de treinamento dos responsáveis pelas funerárias

e dos agentes funerários foi realizada pela vigilância epidemiológica do município.

A atividade foi realizada em quatro etapas:

I - Estudo teórico sobre o manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19;

II - Elaboração do texto para subsidiar a construção do folder;

III - Elaboração de três folders “Protocolo de ação para agentes funerários”, “Recomendações relacionadas ao funeral” e “Orientações para funerárias”;

IV - Apresentação e discussão com os representantes das funerárias.

4. RESULTADOS

Foram elaborados três folders para subsidiar a qualificação do processo de trabalho dos agentes funerários e funerárias, a saber “Protocolo de ação para agentes funerários”, “Recomendações relacionadas ao funeral” e “Orientações para funerárias”, anexo I, anexo II e anexo III.

A construção de folder sobre o manejo de corpos e contaminantes contribuiu para o desenvolvimento de habilidades e competências dos estudantes ao permitir a colaboração de estudantes, que em sua graduação não interagem, sendo a formação desses profissionais fragmentadas em nichos. O trabalho interprofissional fortaleceu a compreensão dos estudantes sobre a integralidade do cuidado à saúde, desvencilhando o atendimento do antigo modelo biologicista. A participação na reunião da Vigilância Epidemiológica com as funerárias de mesmo modo, agregou a vivência dos estudantes, permitindo a reflexão sobre os diversos componentes do SUS e suas funções, a conexão entre os serviços e a realidade dos profissionais que lidam com a morte. Foi possível identificar uma preocupação constante com os riscos bioquímicos, o que influencia na saúde mental e no bem-estar como um todo, fato agravado durante crises de saúde como a atual.

5. CONCLUSÕES

A atuação do grupo PET-SAÚDE Interprofissionalidade concretizou a parceria entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde, tal articulação é considerada fundamental para qualificação da assistência que é prestada a toda comunidade. O ambiente universitário deve possibilitar o desenvolvimento de competências específicas e compartilhadas, propiciando a formação de um profissional apto a trabalhar de forma colaborativa. Nesse cenário, o programa PET-Saúde Interprofissionalidade é uma ferramenta com grandes potencialidades práticas e teóricas para alcançar esses objetivos.

Disseminar essa experiência exitosa é fundamental para dar visibilidade e credibilidade a essas práticas colaborativas como produtoras de saberes, buscando fomentar a interprofissionalidade na atenção à saúde e na educação permanente. O intuito é avançar nas discussões e apresentar possibilidades que possam ser viabilizadas em diferentes contextos, bem como indicar a necessidade de novos relatos e pesquisas que disseminem suas experiências exitosas para propagarem diferentes modelos de práticas interprofissionais.

REFERÊNCIAS

MIORIN, J. D. et al. Colaboração interprofissional entre as equipes de saúde dos serviços de urgência e emergência: revisão integrativa. *Research, Society and Development*. v. 9, n. 2, p. 1-27, 2020.

PÊGAS, D. J. et al. Saúde ocupacional dos trabalhadores de cemitérios. *Rev enferm UFPE on line*. v. 3, n. 1, p. 70-76, 2009.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next?. *The Lancet*. v. 395, n. 10231, p. 1225-1228, 2020.

ROTHANA, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*. v. 109, n. 102433 p. 1-4, 2020.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Sanitária. Diário Oficial. Comunicado DVST-CVS 09/2020, 2020. Acesso: 25/09/2020. Disponível em:
https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/comunicado_covid_servicosfunerarios.pdf

Anexo I - Protocolo de ação para agentes funerários

PARCERIA ENTRE



IMPORTANTE

Durante os cuidados com um cadáver, só devem estar presentes profissionais estritamente necessários e todos com equipamentos de proteção individual (EPI).

PROTOCOLO DE AÇÃO PARA AGENTES FUNERÁRIOS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O TRABALHO DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA

RECOMENDAÇÕES

Como a COVID-19 é transmitida por contato, é fundamental que os profissionais sejam protegidos da exposição a sangue e fluidos corporais infectados, objetos ou outras superfícies ambientais contaminadas.

Toda a equipe envolvida deverá utilizar os EPIs recomendados durante os procedimentos.

- Registrar informações sobre os trabalhadores que estiveram envolvidos nos cuidados depois do óbito: nome, data e atividade realizada (inclusive daqueles que limpam a enfermaria/quarto).
- Durante a embalagem, que deve acontecer no local de ocorrência do óbito, manipular o corpo o mínimo possível, evitando procedimentos que gerem gases ou extravasamento de fluidos corpóreos.

Quando possível, a embalagem do corpo deve seguir três camadas:

- 1ª-Enrolar o corpo com lençóis
 - 2ª-Colocar o corpo em saco impermeável próprio (esse deve impedir que haja vazamento de fluidos corpóreos)
 - 3ª-Colocar o corpo em um segundo saco (externo) e desinfetar com álcool a 70%, solução clorada 0,5% a 1% ou outro saneante regularizado pela Anvisa, compatível com o material do saco.
- O corpo deve ser identificado com: nome, número do prontuário, número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), data de nascimento, nome da mãe e CPF, utilizando esparadrapo, com letras legíveis, fixado na região torácica.
 - Devem ser descrito também dados acerca de todos os sinais externos e marcas de nascença/tatuagens, órteses, próteses que possam identificar o corpo.
 - NÃO é recomendado realizar tanatopraxia (formolização e embalsamamento).



MÁSCARAS N95
E CIRÚRGICAS



ÓCULOS DE
PROTEÇÃO



LUVAS E
AVENTALS
DESCARTÁVEIS



UNIVERSIDADE

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- Gorro
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Avental impermeável de manga comprida
- Máscara cirúrgica (se for necessário realizar procedimentos que geram aerossol, como extubação ou coleta de amostras respiratórias, usar N95, PFF2 ou equivalente)
- Luvas (usar luvas nitrílicas para o manuseio durante todo o procedimento)
- Botas impermeáveis







RECOMENDAÇÕES

- Na chegada ao necrotério, alocar o corpo em compartimento refrigerado e sinalizado como COVID-19, agente biológico classe de risco 3.
- O serviço funerário/transporte deve ser informado de que se trata de vítima de COVID-19, agente biológico classe de risco 3.
- O corpo deve ser acomodado em urna a ser lacrada antes da entrega aos familiares, e deve-se limpar a superfície da urna lacrada com solução clorada 0,5%. Importante: Após lacrada, a urna não deverá ser aberta.
- Higienizar as mãos antes e após o preparo do corpo, com água e sabão. Após a manipulação do corpo, retirar e descartar luvas, máscara, avental (se descartável) em lixo infectante.
- Para os funcionários que irão transportar o corpo do saco de transporte para o caixão: É essencial usar os EPIs, depois remove-los adequadamente e higienizar as mãos com água e sabonete líquido imediatamente após transportar o corpo.

Considerações gerais:

Certificar-se com antecedência do tamanho adequado dos EPI para seu uso. Lavar as mãos com água e sabonete antes e após procedimentos. Antes da colocação dos EPI, o profissional deve checar seus bolsos, certificando-se de que não há celulares, documentos, entre outros. Retirar também todos os adornos, como brincos, pulseiras, anéis, etc. O EPI deve ser descartado em um container apropriado após cada uso e a higiene das mãos deve ser feita antes e após o uso de cada EPI.

Sequência para colocar os EPIs:

- 1. Reunir todo o equipamento necessário
- 2. Prender os cabelos firmemente
- 3. Higienizar as mãos
- 4. Vestir avental
- 5. Máscara
- 6. Óculos ou protetor facial
- 7. Gorro
- 8. Luvas.

Sequência para retirar os EPIs:

- 1. Luvas
- 2. Avental
- 3. Higienizar as mãos
- 4. Retirar gorro
- 5. Retirar óculos
- 6. Retirar Máscara (sem tocar na parte interna)
- 7. Higienização das mãos
- 8. Fazer o descarte em local adequado

Anexo II - Recomendações relacionadas ao funeral

RECOMENDAÇÕES RELACIONADAS AO FUNERAL

Deve-se realizar a limpeza externa do caixão com álcool líquido a 70% antes de levá-lo para ao velório.

CONDUTA A SER SEGUIDA PELAS PESSOAS QUE ESTIVEREM PRESENTES:

- Seguir as medidas de higiene das mãos e de etiqueta respiratória, em todas as circunstâncias.
- Evitar apertos de mão e outros tipos de contato físico entre os participantes do funeral.
- Recomendar que pessoas dos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, grávidas e pessoas com imunossupressão ou com doença crônica), não participem nos funerais; bem como, pessoas sintomáticas respiratórias.
- Recomenda-se que o caixão seja mantido fechado durante o funeral, para evitar contato físico com o corpo.
- Devem ser disponibilizados água, sabonete líquido, papel toalha e álcool gel a 70% para higienização das mãos.



IMPORTANTE!

Atendendo à atual situação, epidemiológica, os funerais deverão ocorrer com o menor número possível de pessoas, preferencialmente apenas os familiares mais próximos, para diminuir a probabilidade de contágio e como medida para controlar os casos de COVID-19.



Anexo III - Orientações para funerárias

ORIENTAÇÕES PARA FUNERÁRIAS

- É importante que os envolvidos no manuseio do corpo, equipe da funerária e os responsáveis pelo funeral sejam informados sobre o risco biológico classe de risco 3, para que medidas apropriadas possam ser tomadas para se proteger contra a infecção.
- O manuseio do corpo deve ser o menor possível.
- O corpo não deve ser embalsamado.
- Deve-se realizar a limpeza externa do caixão com álcool líquido a 70% antes de levá-lo para ao velório.

TRANSPORTE DO CORPO

- Todos os profissionais que atuam no transporte, guarda do corpo e colocação do corpo no caixão também devem adotar o uso dos EPIs e medidas de precaução, que devem ser mantidas até o fechamento do caixão.
- Não há necessidade de uso de EPI por parte dos motoristas dos veículos que transportarão o caixão com o corpo. O mesmo se aplica aos familiares que acompanharão o traslado, considerando que eles não manusearão o corpo.
- Quando para o transporte do cadáver, é utilizado veículo de transporte, este também deve ser submetido à limpeza e desinfecção, segundo os procedimentos de rotina;



DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR: itinerário terapêutico

Aliano Faria Ribeiro
alianofribeiro@gmail.com

Ariana Pereira Germano
arianapg077@hotmail.com

Nazle Leite Boueri
nazle_leite@hotmail.com

Fernanda Pini de Freitas
fernandapini800@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa presente na sociedade há muitos anos, reconhecida como enfermidade tísica no século XIX. Por muito tempo, foi responsável pela mortalidade de milhares de pessoas ao redor do mundo. No século XX, com o desenvolvimento e a melhoria de vida da população, a TB teve incidência e mortalidade reduzidas. Entretanto, na década de 1980, novos casos da doença começaram a serem reproduzidos nos países desenvolvidos devido à ascensão do vírus causador da imunodeficiência humana (HIV) e, nos subdesenvolvidos, devido à acentuação da desigualdade social e sucateamento dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

É uma doença que tem como principal agente etiológico a *Mycobacterium tuberculosis*, conhecida como bacilo de Koch, causadora da tuberculose pulmonar em 80% dos casos. A infecção primária por esse agente acontece através da inalação de aerossóis eliminados através da fala, espirro ou tosse de indivíduo contaminado e, através disso, os bacilos atingem os alvéolos e iniciam a sua replicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A primo-infecção, na maioria dos casos, é contida pelo sistema imunológico do indivíduo, e os indivíduos podem permanecer assintomáticos por muito tempo, caracterizando a infecção latente, até que ocorra a reativação da doença, levando à TB secundária ou pós-primária, mais comum em adolescentes e adultos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A doença manifesta-se por tosse seca ou produtiva, expectoração, dispneia e dor torácica. Entretanto, sintomas gerais como febre, sudorese noturna e perda ponderal podem estar presentes (VERONESI & FOCACCIA, 2010, vol. 1)

O diagnóstico da tuberculose pulmonar inclui o exame clínico, exame bacteriológico, constituído de baciloscopia, Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB) e a cultura, e o exame de imagem do tórax por

radiografia ou tomografia computadorizada (TC). O tratamento da doença é realizado diariamente por período mínimo de seis meses e possui duas fases, a fase de ataque e a fase de manutenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2017, o Brasil atingiu os Objetivos do Milênio ao reduzir novos casos e a mortalidade da TB, contribuindo para a diminuição da carga da doença a nível mundial. Este fato deve-se, principalmente, ao desenvolvimento econômico e aos investimentos realizados nos serviços de saúde com o Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, a doença ainda se encontra frequente em grupos vulneráveis, que possuem risco de adoecimento maior comparado à população geral, como pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, pessoas vivendo com HIV e povos indígenas. Com isso, observa-se que, em alguns casos, prevalece em condições de pobreza e contribui para a perpetuação da desigualdade social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Através dos serviços de saúde, em especial as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), é realizada a busca ativa de sintomáticos respiratórios da TB, ou seja, indivíduos que apresentam tosse por 3 semanas ou mais, com alteração do tempo desse sintoma em populações específicas. A busca ativa é feita pelo profissional de saúde e oferece meios para o diagnóstico e tratamento da doença. Por outro lado, há a busca passiva por atendimento, realizada pelo indivíduo, ao reconhecer a presença de sintomas da doença (SOARES, 2012). A investigação por pessoas que possam ter uma infecção ativa da TB contribui para a redução da incidência da doença, o tratamento precoce nos casos detectados e, conseqüentemente, a interrupção da cadeia de transmissão da enfermidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

2. OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo identificar o itinerário terapêutico realizado por uma paciente até o diagnóstico de tuberculose, a partir do fluxo nos serviços de saúde através da busca passiva, e etapas do diagnóstico clínico e complementar.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por alunos do sétimo semestre do curso de Medicina de uma Universidade do interior paulista, na unidade curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC).

A partir de um relato de caso verídico, o qual a paciente é acompanhada no Ambulatório de TB, os estudantes tiveram a oportunidade,

mesmo de forma virtual, de identificar as queixas dos sintomas e conhecer o itinerário terapêutico realizado pela paciente em busca do diagnóstico.

A paciente, do sexo feminino, residente no município do interior do estado de São Paulo, referiu que foi até ao pronto atendimento (PA) de um hospital particular, no referido município, queixando-se de dor intensa em hipocôndrio direito, com irradiação para as costelas e prejuízo de movimentação corpórea associado a dor, há 15 dias. Na triagem, paciente encontrava-se febril (39°C) e, na consulta do PA, foram solicitados exames laboratoriais (hemograma e urina tipo 1), os quais não revelaram alterações que justificassem o quadro.

Na ausência de hipóteses diagnósticas e frente à angústia da paciente por um diagnóstico, foi feita uma solicitação de TC de tórax. O resultado não foi informado à paciente. Diante da situação, a mesma foi internada para investigação, permanecendo por oito dias, para realização de novos exames na busca de um diagnóstico, incluindo broncoscopia, a qual não revelou alterações.

Após alta hospitalar, sem um diagnóstico conclusivo, foi referenciada para o ambulatório do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (SP), sem modificação em relação ao seu diagnóstico.

Sem melhoras no quadro e sem um diagnóstico, relatou que, após uma conversa com um familiar, que já teve o diagnóstico de TB no passado, resolveu procurar, por conta própria, o Ambulatório de Tuberculose do seu município de residência.

Em consulta realizada no referido ambulatório, a paciente apresentou queixas de tosse há 3 semanas e hipertermia; negou perda ponderal; relatou inapetência, fadiga, falta de ar e sudorese noturna, sintomas que não foram relatados no serviço particular. Quanto aos exames de laboratório e de imagem realizados anteriormente, a TC de tórax apresentou presença de cavitação; BAAR, duas amostras negativas; hemograma sem alterações; HIV: negativo; PCR: 16,3 mg/dL; Creatinina: 0,68 mg/dL.

Considerando que a clínica é soberana, através dos dados clínicos da anamnese e a TC com cavitação, presumiu-se o diagnóstico de TB pulmonar e deu-se início ao tratamento. O diagnóstico desse caso, feito através de busca passiva, demorando, aproximadamente, um mês para ser definido.

A fase inicial do tratamento, considerada fase intensiva ou de ataque, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, foi feita com Coxcip 4, através do esquema RHZE, comprimido contendo dose fixa combinada de rifampicina (150 mg), isoniazida (75 mg), pirazinamida (400mg) e etambutol (275 mg), sendo a posologia de acordo com o peso da paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Logo após início do tratamento, a paciente apresentou vômitos, possível efeito colateral da medicação antibacteriana, e foi prescrito medicação para minimizar o mesmo.

Em análise das consultas subsequentes da paciente, ela obteve ganho ponderal de 1 kg, após vinte dias do início do tratamento, e permaneceu assintomática após 15 dias de tratamento. Nesse período, as bilirrubinas foram dosadas e estavam dentro dos limites de normalidade. Além disso, o exame das enzimas hepáticas que estava normal na primeira consulta, apresentou-se elevado em novo exame, 10 dias após.

Em relação aos contatos da paciente, os exames de imagem solicitados, como radiografia de tórax, não mostraram alterações.

Dois meses após o início do tratamento, foi realizado o exame de BAAR para monitoramento, cujo resultado foi negativo.

4. DISCUSSÃO

O termo itinerário terapêutico se refere às buscas (ativas e passivas) de cuidados e almeja descrever e analisar práticas individuais e socioculturais relacionadas aos caminhos percorridos pelos pacientes na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde, incluindo até a lógica que direciona essa busca de cuidado, tecida por redes formais e informais, de pertença e de apoio (SIQUEIRA, JESUS & CAMARGO, 2016).

A OMS define a busca ativa de sintomático respiratório como estratégia para diagnóstico precoce da TB e é englobada na Atenção Primária à Saúde (APS) como rastreamento. O rastreamento, no contexto da prevenção secundária definida por Leavell & Clark, é realizado por meio de ações para detecção de um problema de saúde em estágio inicial (ou subclínico), facilitando diagnóstico precoce, tratamento e reduzindo disseminação e complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Outra forma de se realizar o diagnóstico da TB é pela busca passiva de casos, definida pela OMS como iniciativa do indivíduo em procurar espontaneamente o serviço de saúde para avaliação clínica e diagnóstica. Apesar de ser relevante para o controle da TB, a busca passiva se apresenta menos eficaz no diagnóstico precoce da doença comparada à busca ativa, com maior tempo de exposição do paciente bacilífero para a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Com base nesses conceitos, a referida paciente realizou busca passiva para diagnóstico de TB em dois momentos: quando buscou atendimento em hospital particular devido à dor intensa em hipocôndrio direito e, depois, ao procurar o Ambulatório de Tuberculose.

Para o diagnóstico clínico da TB é preciso ter conhecimento estabelecido dos sinais e sintomas clássicos das formas mais comuns, pulmonar e laríngea. Esses sintomas são a tosse persistente (seca ou produtiva), febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No caso analisado, a paciente, durante consulta no Ambulatório de Tuberculose, relatou a presença desses sintomas: tosse persistente (há 3 semanas), febre vespertina (hipertermia), sudorese noturna e outros sintomas relacionados como fadiga, dispneia e inapetência (embora negada perda ponderal). Assim, infere-se que a paciente apresenta TB pulmonar.

Após o diagnóstico clínico, faz-se o diagnóstico bacteriológico e/ou de imagem para TB. Os resultados bacteriológicos positivos admitem o diagnóstico presuntivo da TB ativa em pacientes com quadro clínico sugestivo de TB e em sintomáticos respiratórios identificados pela busca ativa. Entre eles, pode-se analisar o BAAR, o TRM-TB e a cultura, sendo esta última o exame diagnóstico de padrão-ouro, pela identificação do *Mycobacterium tuberculosis* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Também pode ser feita a prova tuberculínica para diagnóstico da TB em crianças, pois essas possuem dificuldade de produzir o escarro de amostra para os exames bacteriológicos. Para adultos, a prova tuberculínica é utilizada para diagnóstico de infecção latente, na qual os indivíduos não apresentam sintomas e não transmite a doença. Portanto, a reatividade dessa prova, isoladamente, indica apenas a presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

No diagnóstico por imagem, os principais exames utilizados são a radiografia e a TC de tórax, que detectam as lesões características e a extensão da tuberculose, como cavidades, nódulos, consolidações, processo intersticial (miliar), entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

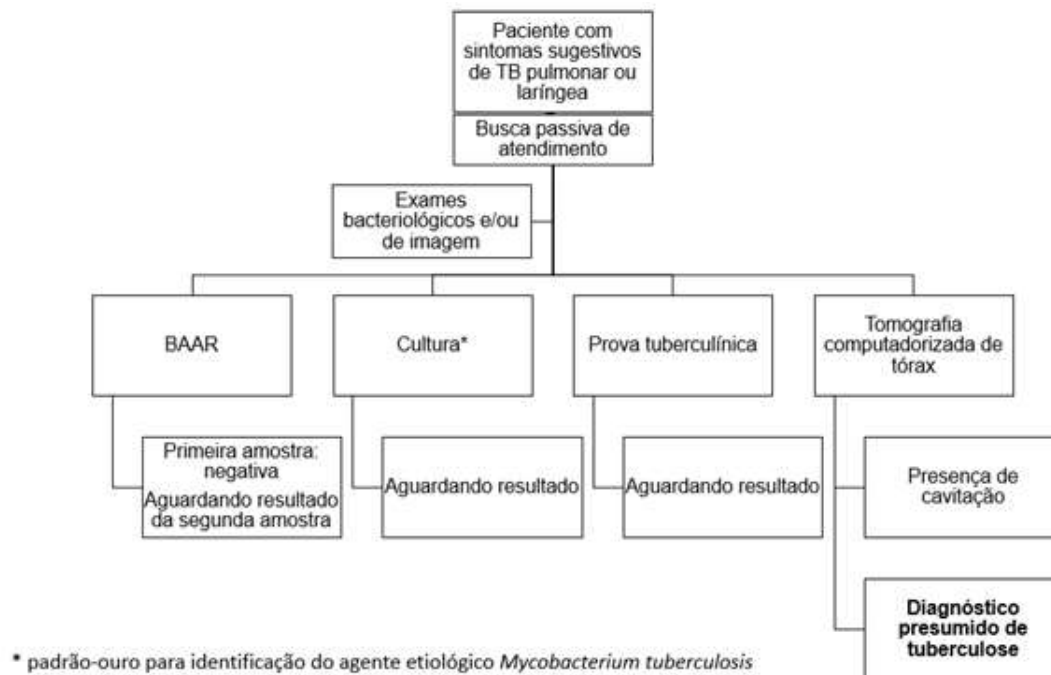
A paciente do caso realizou exames para identificar quadro infeccioso inespecífico e pela TB: hemograma, PCR, BAAR, prova tuberculínica, cultura e TC de tórax. A dosagem de creatinina é solicitada para avaliar sua taxa de depuração antes de iniciar o tratamento, pois dependendo de seu valor, pode ser necessário ajuste de doses do medicamento de eliminação renal. Os resultados da segunda amostra de BAAR e cultura, bem como a prova tuberculínica, ainda não haviam sido liberados, porém, com a TC foi possível presumir o diagnóstico de TB pulmonar ativa.

Além desses exames, os pacientes com TB devem ser submetidos a dois testes rápidos de HIV, o primeiro para triagem e, o segundo, confirmação do diagnóstico. Essa investigação é de suma importância, pois pessoas vivendo com HIV (PVHIV) são consideradas como população vulnerável à infecção pela TB e é alta a taxa de coinfeção TB-HIV, sendo o

curso clínico dessas doenças de grande impacto para a saúde da pessoa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A paciente do caso foi submetida, após seu consentimento e com garantia de sigilo, a dois testes de HIV sendo os dois negativos. Então, a paciente não apresenta infecção pelo HIV.

Figura 6 - Investigação diagnóstica da paciente.



Fonte: Autoria própria

É essencial avaliar os fatores de risco para infecção de TB e os contatos da paciente assim que o diagnóstico é estabelecido. Os fatores de risco intrínsecos são doenças ou tratamentos imunossupressores, idade (< 2 anos ou > 60 anos), diabetes mellitus e desnutrição. O baixo nível de renda e de educação, a falta de circulação de ar e baixa incidência da luz solar são fatores de risco extrínsecos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Como possível fator de risco nesse caso, há a profissão de pespontadora da paciente, pois com o crescimento da transferência do pesponto para fora das fábricas, observou-se a precariedade das condições de trabalho informal. Grande parte desse trabalho é realizado por grupos de até 10 pessoas em locais inadequados e improvisados, sem higiene, ventilação e iluminação solar, além de possibilitar jornadas de mais de oito horas diárias, com reflexo nas condições de saúde dos trabalhadores (PRAZERES & NAVARRO, 2010)

Os contatos, objetivo de busca ativa após identificação de um caso-fonte, são as pessoas que foram expostas constantemente a esse caso, no momento da descoberta da TB. Pode se referir aos integrantes da moradia, pessoas que compartilham o ambiente de trabalho ou escola, habitantes de instituições de longa permanência, entre outros. A avaliação do risco de infecção é individualizada, considerando-se a forma da doença do caso-fonte, o ambiente e o tempo de exposição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Os contatos da paciente foram investigados com radiografia de tórax e não demonstraram alterações.

Somente após essa investigação diagnóstica é que se inicia o tratamento diretamente observado preconizado pelo Ministério da Saúde, que consiste em duas fases, a de ataque, composta por rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, e a de manutenção, composta por rifampicina e isoniazida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A paciente seguiu esse esquema e durante todo seguimento do tratamento, houve vínculo com os profissionais de saúde visando adesão ao tratamento, bem como avaliação da evolução clínica e controle dos efeitos colaterais. A efetividade do tratamento foi comprovada quando a paciente se encontrava abacilífera e, embora não tenha se finalizado o tratamento, após um mês já poderia retornar ao trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do caso exposto, nota-se que a paciente teve a iniciativa de elucidação diagnóstica, pois não fora identificada como sintomática respiratória por meio da busca ativa, considerada a medida mais eficaz para a detecção precoce de TB.

A exposição de dados da literatura e os relatos de caso servem para elucidar a contraposição entre teoria e realidade, identificando as falhas das ações e itinerário terapêutico relacionados ao controle da TB e, também, demonstra a vantagem do Sistema Único de Saúde em oferecer assistência gratuita à população, com centros de atendimentos especializados em Tuberculose.

Diante disso, o presente relato de experiência possibilitou uma reflexão crítica a respeito do itinerário terapêutico, ou seja, o fluxo nos serviços de saúde e as etapas de diagnóstico clínico e complementar da TB. Com isso, infere-se que o planejamento e a organização dos serviços prestados são cruciais para redução da incidência, diagnóstico e tratamento precoces nos casos detectados e, conseqüentemente, interrupção da cadeia de transmissão da doença infecciosa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil livre da tuberculose**: plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública. 2. ed. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rastramento. Série A. **Normas e manuais técnicos**: caderno de atenção primária, n. 29. Brasília: MS, 2019.

PRAZERES, Taísa Junqueira; NAVARRO, Vera Lúcia. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. vol.27, n.10, Rio de Janeiro, out. 2011. Edição eletrônica.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa; JESUS, Viviane Silva de; CAMARGO, Climene Laura de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & saúde coletiva**. Vol. 21, n. 1. Rio de Janeiro, jan. 2016. Edição eletrônica.

SOARES, Elizabeth C. C. Estratégias de busca de casos de tuberculose. **Pulmão**. Vol. 21, n. 1, Rio de Janeiro, 2012, pp. 50-54.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Manual de infectologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010, vol. 1.

EPIDEMIOLOGIA DOS ACIDENTES COM MATERIAL PERFUROCORTANTE EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Amanda Rabay Rodrigues
amandarabay@hotmail.com

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho Pedigone
doramancilha@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais da área da saúde (PAS) executam suas atividades expostos a um ambiente cercado de riscos, o que pode gerar acidente ocupacional e/ou adoecimento. Os acidentes causados pela exposição a materiais biológicos são bastante preocupantes, tanto pelos prejuízos causados às instituições como para os profissionais, principalmente os da área da saúde (SILVA, E.J. et al., 2012; CÂMARA et al., 2011).

O hospital é um local de grande risco para exposição ocupacional a agentes biológicos, pois aí são internados inúmeros pacientes com maior risco de portarem doenças infectocontagiosas e outros patógenos transmissíveis, além de ser um local onde são realizados procedimentos invasivos e onde há contato com sangue e outros fluidos contaminados (NERIS; DIAS, 2014; NISHIDE; BENATTI, 2004; NOGUEIRA; BARBOSA; COSTA, 2014).

Os ferimentos com agulhas e outros materiais perfurocortantes costumam ser perigosos e, em uma revisão de literatura, foi verificado que 60 espécies de microrganismos estiveram associadas a infecção ocupacional após exposição, sendo o Vírus da Hepatite B (HBV), Vírus da Hepatite C (HBC) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) os de maior importância epidemiológica. Em comparação com a população geral, os pacientes internados possuem uma maior prevalência de aquisição dos vírus HBV, HBC e HIV e, dessa forma, os profissionais da área da saúde que trabalham em hospitais também estão mais expostos a estes patógenos (TARANTOLA, A. et al., 2006; LEE, 2009; WICKER et al., 2008).

É de grande importância que, após a exposição com presença de sangue ou fluidos corpóreos, seja realizada uma avaliação quanto ao risco de contaminação pelo vírus HIV e, sendo assim, o acompanhamento sorológico precisa ser realizado no momento do acidente e repetido após seis e doze semanas e então, novamente, após seis meses. Já em relação a hepatite B, uma das principais formas de prevenção é a vacinação pré-exposição, indicada a todos os profissionais da área da saúde, sendo a primeira dose ao nascer, e depois com um e seis meses. Em relação a hepatite C, não existem medidas específicas para reduzir o risco de transmissão pós-exposição, sendo que o

risco de infecção por esse vírus entre os trabalhadores da área da saúde é baixo e o índice de soroconversão varia de 0 a 2,8% (BRANDÃO JUNIOR P.S, 2000; TORRES, M. *et al*, 2000).

Dentro da Norma Regulamentadora 6 (NR-6), determinada pelo Ministério do Trabalho e que deve ser seguida por todas as empresas brasileiras. Consta sobre as normas para o uso de equipamento de proteção individual (EPI) utilizado pelo trabalhador para se proteger de riscos que possam ameaçar a segurança e a saúde do mesmo, cabe ao empregador adquirir o adequado EPI de acordo com o risco de cada atividade, exigir seu uso, orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado. Cabe ainda ao empregador sua guarda e conservação, entre outras medidas. Cabe ao empregado utilizar o EPI apenas para a finalidade a que se destina, guardar e conservar, comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso e, cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1978)

A Norma Regulamentadora 32 (NR-32), determinada pelo Ministério do Trabalho possui como finalidade estabelecer as diretrizes para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, considerando seu Risco Biológico e a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (BRASIL, 2011).

Quanto à exposição percutânea, a mesma pode ser causada por instrumentais médicos, tais como cânulas, lancetas, bisturis, agulhas, dentre outros, que possam estar contaminados com sangue ou fluidos e, também, pelo contato destes com a pele não íntegra e com as mucosas (HIMMELREICH *et al.*, 2013).

A exposição ocupacional a patógenos transmitidos por material biológico, além de gerar risco de adquirir infecções ao profissional de saúde, pode afetar a vida social do indivíduo gerando, estresse psicológico por meses, à espera dos exames sorológicos, causando repercussões familiares, sociais e profissionais negativas (BORGES; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2014; MARZIALE *et al.*, 2013; SARQUIS; FELLI, 2009).

Estudo realizado no Estado de São Paulo mostrou que a categoria de trabalhadores que mais se acidentou com materiais perfurocortantes foram os instrumentadores cirúrgicos, auxiliares de enfermagem e biólogos. Em relação aos procedimentos envolvidos nos acidentes, destacam-se a administração de medicamentos, coleta de sangue, limpeza, desinfecção ou esterilização de materiais, sendo que a utilização de EPIs e a situação vacinal do acidentado não é conhecida em vários casos (GALON, T. *et al.*, 2008).

Em outro estudo realizado, os PAS que mais sofreram acidentes com perfurocortantes foram os enfermeiros, mulheres, faixa etária de 30 a 39

anos, casados, no turno da manhã, trabalhando em unidades especializadas, com 6 a 10 anos de serviço no local, acidentados com agulhas e no dedo (MARZIALE, M.H.P., 2003; BARBOZA, D.B. et al., 2004).

Em dois hospitais da região de Ribeirão Preto-SP foram investigadas possíveis subnotificações de acidentes de trabalho, mesmo a notificação sendo legalmente exigida, e constatou-se uma ordem de 37,55% de ausência de notificação (GALON, T. et al., 2008).

Outras variáveis foram analisadas em um hospital em São Luis do Maranhão, em que houve predomínio do sexo feminino, em uma média de 28 anos, com grau de instrução completo até o ensino médio, sendo os técnicos de enfermagem os mais acometidos, seguidos pelos serventes de limpeza. O material contaminante mais comum foi o sangue no descarte inadequado de material e punções venosas, como circunstâncias, sendo as agulhas e lâminas de bisturi, os mais envolvidos; a exposição percutânea teve grande incidência. Em relação às condutas, os EPIs são muito utilizados e não houve necessidade de quimioprofilaxia. A Comunicação de Acidente de Trabalho foi emitida na maioria dos casos (SANDRA REGINA SANTOS, 2018).

2. JUSTIFICATIVA

Coletar informações sobre um acidente perfurocortante, juntamente com as medidas técnicas realizadas pela vigilância epidemiológica, permite identificar a causa e as implicações dos acidentes, além de estabelecer metas de prevenção e controle, principalmente em unidades de maior risco. De tal forma, identificar o perfil epidemiológico de acidentes perfurocortantes em uma instituição contribuirá para a implementação de medidas efetivas na reestruturação de protocolos, além de adequações técnicas para com as medidas preventivas do local (CARDOSO, D.M., 1997).

De tal forma, é possível observar a elevada relevância na busca de todas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, grau de instrução, e categoria profissional), assim como as variáveis relativas às especificidades do acidente (natureza da lesão, tipo de exposição, superfície corporal atingida, modo de execução do procedimento, agente causal, utilização de Equipamento de Proteção Individual). Além dessas, também variáveis relacionadas aos dados geográficos do acidente, tais como, setor de trabalho, número de horas trabalhadas, e os detalhes técnicos do acidente, tais como, primeira ocorrência.

Pois, dessa forma, após análise de todos os dados e variáveis citadas, poderão ser implantadas medidas de prevenção eficazes para controlar ou reduzir a incidência dos acidentes com material perfurocortante ou com exposição mucosa no âmbito das instituições voltadas à assistência à saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Avaliar a prevalência dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes e/ou com exposição mucosa ocorridos com artigos potencialmente contaminados com material biológico em profissionais de um hospital geral, no período de 2010 a 2019, e relacioná-los com variáveis sociodemográficas, profissionais e características do acidente.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar as características epidemiológicas sociodemográficas do acidente, tais como idade, sexo, estado civil, grau de instrução e categoria profissional;
- Identificar as especificidades do acidente, tais como natureza da lesão, agente causal, superfície corporal atingida, modo de execução do procedimento e utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI);
- Identificar os dados geográficos de ocorrência do acidente, tais como, setor de trabalho e número de horas trabalhadas.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo.

4.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

A amostra do estudo foi constituída por colaboradores das seguintes categorias profissionais: enfermeiro, fisioterapeuta, técnico e auxiliar de enfermagem, auxiliar de laboratório, copeira, faxineiro, porteiro, responsável pela manutenção de edificações que estiveram expostos a algum tipo de risco biológico e que sofreram acidente com exposição mucosa e/ou com material perfuro cortante potencialmente contaminado com material biológico, no período de 2010 a 2019, em hospital geral, privado e filantrópico do interior de São Paulo. Foram excluídos os colaboradores que sofreram outros tipos de acidentes de trabalho, tais como: acidente de percurso e quedas, dentre outros.

4.3. Riscos e Benefícios

Os riscos consistem na exposição dos dados coletados e identificação do sujeito pelo pesquisador a partir dos prontuários médicos. Os

pesquisadores garantem o sigilo e confiabilidade dos dados, seguindo o compromisso ético firmado no Termo de Responsabilidade do Pesquisador.

Os benefícios deste estudo serão a contribuição para melhor conhecimento das variáveis sociodemográficas dos profissionais que sofreram tais acidentes, da natureza do mesmo e da profilaxia instituída nos acidentes com material perfurocortante potencialmente contaminado, tendo em vista que esta situação tem um importante impacto na saúde do trabalhador, principalmente da área de saúde, aumentando os riscos para aquisição de infecções através do material biológico contaminado. Além disso, as conclusões da pesquisa serão encaminhadas ao hospital para auxiliar na proposição de novas medidas de prevenção, manejo e controle dos acidentes com materiais perfurocortantes.

4.4. Variáveis

Foram avaliadas as fichas de notificação dos acidentes de trabalho do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Compõem o elenco de informações do presente estudo, as variáveis:

- **Dependente:** Natureza da lesão (perfurocortante e exposição de mucosa)
- **Independentes:** Sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, grau de instrução, cargo); as especificidades do acidente (natureza da lesão, agente causal, superfície corporal atingida, modo de execução do procedimento e utilização de EPI); dados geográficos de ocorrência do acidente (setor de trabalho e número de horas trabalhadas).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF sob número de registro nº. 22082619.2.0000.5384, e pelo parecer de nº 3.642.111.

4.5. Levantamento de Dados

A revisão de literatura para o planejamento e formulação desta pesquisa foi feita a partir da busca nas bases de dados PUBMED, CAPES, SCIELO e MEDLINE nos idiomas inglês, espanhol e português, com ênfase em artigos publicados a partir do ano 2000. Foram utilizados os seguintes descritores: “Epidemiologia dos Serviços de Saúde”; “Acidente de trabalho”; “Perfurocortante”; “Material biológico”.

4.6. Métodos Estatísticos

As informações transcritas das fichas do SESMT foram armazenadas em planilha Excel e, posteriormente exportadas para software estatístico SAS versão 9.4 (PAGANO e GAUVREAU, 2000; BUCK, 2013).

A análise de dados compreendeu duas etapas: descritiva e analítica.

Na fase descritiva a amostra da pesquisa foi caracterizada a partir de uma análise exploratória dos dados, considerando as medidas de posição central e de dispersão. As variáveis qualitativas estão apresentadas considerando as frequências absolutas e relativas. Ainda nessa fase, foram aplicados testes de comparação de proporções por meio da estatística qui-quadrado (χ^2) e respectivos valores p (PAGANO e GAUVREAU, 2000).

Na fase analítica, para quantificar a associação das variáveis em relação ao desfecho (acidente perfurocortante ou exposição de mucosa) foram estimadas as razões de prevalência bruta (univariada) e ajustada (multivariada) através do modelo de regressão log-binomial. As variáveis que apresentaram valores p <0,05 nos modelos univariados foram consideradas para serem aplicadas no modelo final, multivariado. No modelo multivariado, permaneceram as variáveis que mantiveram significância estatística (p<0,05) (PAGANO e GAUVREAU, 2000).

Os dados faltantes (“missing data”) não foram tratados, apenas desconsiderados nos resultados finais.

O nível de significância para os testes estatísticos foi pré-fixado em 5,0% ($\alpha=0,05$)

5. RESULTADOS

5.1. Participantes

Para este presente estudo foram considerados todos os acidentes de trabalho sofridos na instituição no período de 2010 a 2019, totalizando 232 acidentes, excetuando-se os acidentes de trajeto que ocorreram em via pública. Destes, 152 eram acidentes envolvendo material perfurocortante e/ou exposição de mucosa, que totalizavam 65,51% dos casos; porém, destes, 66 ocorreram com colaboradores que já haviam sido demitidos do hospital, ou cujos prontuários já não estavam mais disponíveis na instituição, restando 86 prontuários para serem efetivamente analisados.

Em 2016 ocorreu a menor quantidade de acidentes, totalizando quatro (4), e, em 2017, a maior quantidade, totalizando 17 casos, distribuídos como mostra a tabela 1.

Tabela 7 - Distribuição absoluta dos acidentes de trabalho, acidentes perfurocortantes e/ou com exposição mucosa, e prontuários analisados no período de 2010 a 2019.

Ano De Ocorrência Do Acidente	Acidentes De Trabalho	Acidentes Perfurocortantes E/Ou Exposição De Mucosa	Prontuários Analisados
2010	22	18	6
2011	33	14	6
2012	34	25	9
2013	30	11	8
2014	26	14	8
2015	17	11	10
2016	14	13	4
2017	23	19	14
2018	17	13	11
2019	16	14	10
TOTAL	232	152	86

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

5.2. Fase descritiva

Tabela 8 - Variáveis qualitativas e quantitativas sociodemográficas dos acidentes perfurocortantes e/ou com exposição de mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Idade (anos)	86				
Sexo (n=86)					
Feminino	67	77,91	57 (85,07)	9 (50)	0,0015
Masculino	19	22,09	10 (14,93)	9 (50)	
Estado civil (n=80)					
Solteiro	45	56,25	33 (54,1)	11 (61,11)	0,8592
Casado	33	41,25	26 (42,62)	7 (38,89)	
Outros	2	2,50	2 (3,28)	0	
Grau de instrução (n=84)					
Até 4ª série fundamental completa	5	5,95	4 (6,15)	1 (5,56)	0,1022
Ensino fundamental completo	2	2,38	2 (3,08)	0	
Ensino médio incompleto	8	9,52	7 (10,77)	1 (5,56)	
Ensino médio completo	65	77,38	51 (78,46)	13 (72,22)	

Ensino completo	superior	4	4,76	1 (1,54)	3 (16,67)	
-----------------	----------	---	------	----------	-----------	--

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Dentre os dados sociodemográficos avaliados na tabela 2, a idade dos participantes do estudo variou de 18,85 a 55,9, com média de 31,46 anos, e desvio padrão de 9,07. Merece destaque como maior frequência, o sexo feminino (77,91%), sendo que este gênero predominou em 85% dos acidentes com perfurocortante e 50% dos acidentes com exposição de mucosa. Ademais, houve predomínio de solteiros (56,25%) e ensino médio completo (77,38%).

Para esta análise foram discriminados e comparados os acidentes ocorridos com materiais perfurocortante e os acidentes com exposição de mucosa.

Sendo que a variável sexo, possui $p < 0,05$, constatando assim ser estatisticamente significativa para a ocorrência de acidentes perfurocortante e/ou exposição de mucosa.

Tabela 9 - Categoria profissional dos colaboradores nos acidentes perfurocortantes e/ou com exposição de mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Categoria Profissional (n=86)					
Enfermeiro	3	3,49	0		0,0029
Fisioterapeuta	1	1,16	0		
Técnico de enfermagem	7	8,14	4 (5,97)		
Auxiliar de enfermagem	65	75,58	55 (82,09)		
Auxiliar de laboratório	1	1,16	1 (1,49)		
Copeira	1	1,16	1 (1,49)		
Faxineiro	6	6,98	5 (7,46)		
Porteiro	1	1,16	0		
Responsável pela manutenção de edificações	1	1,16	1 (1,49)		

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Quanto à categoria profissional avaliada na tabela 3, os acidentes ocorreram em maior proporção entre os auxiliares de enfermagem (75,58%). E, sendo $p < 0,05$, a categoria profissional foi considerada estatisticamente significativa para a ocorrência de acidentes perfurocortante e/ou exposição de mucosa.

Tabela 10 - Especificidades do acidente perfurocortante e/ou com exposição de mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Natureza da lesão (n = 85)					
Perfurocortante	67	78,82			
Exposição mucosa	18	21,18			
Agente causal (n=79)					
Agulha	51	64,56	50 (78,13)	1 (6,67)	<0,0001
Lâmina biológica	1	1,27	1 (1,56)	0	
Fixador de osso	1	1,27	1 (1,56)	0	
Tesoura	1	1,27	1 (1,56)	0	
Pinça	5	6,33	5 (7,81)	0	
Bisturi	3	3,8	3 (4,69)	0	
Mordedura	2	2,53	1 (1,56)	1 (6,67)	
Sangue	8	10,13	1 (1,56)	7 (46,67)	
Fluidos corporais	7	8,86	1 (1,56)	6 (40)	
Superfície corporal atingida (n=84)					
Dedo	53	63,1	51 (77,27)	2 (11,11)	<0,0001
Face	16	19,05	2 (3,03)	14 (77,78)	
Mão	10	11,9	8 (12,12)	2 (11,11)	
Braço	4	4,76	4 (6,06)	0	
Coxa	1	1,19	1 (1,52)	0	

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Dentre as variáveis referentes às especificidades do acidente apresentadas na tabela 4, faz-se relevante destacar a natureza da lesão predominante que foram os acidentes com materiais perfurocortantes. O agente causal preponderante foi a agulha, em 64,56% dos casos e, em 63,1% dos casos, acometendo os dedos, como a superfície corporal mais atingida.

Tabela 5 - Modo de execução do procedimento, responsável pelo acidente perfurocortante e/ou com exposição mucosa e utilização de EPI no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Modo de execução do procedimento (n=39)					
Realizados incorretamente	6	15,38	3 (8,82)	3 (60)	0,0031
Realizados corretamente	33	84,62	31 (91,18)	2 (40)	
Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) (n=72)					
Não	18	25	12 (21,43)	6 (37,5)	0,1904
Sim	54	75	44 (78,57)	10 (62,5)	

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Como visto na tabela 5, em 75% dos casos os colaboradores utilizavam EPI durante a ocorrência.

Avaliando as tabelas 4 e 5, as variáveis encontradas com $P < 0,05$ foram: agente causal, superfície corporal atingida e modo de execução do procedimento. Dessa forma, foram consideradas como estatisticamente significativas para a ocorrência de acidentes perfurocortante e/ou exposição de mucosa.

Tabela 6 - Setores correlacionados com a ocorrência de acidentes perfurocortantes e/ou exposição mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Setor de trabalho (n=80)					
Enfermaria de Clínica Médica e Especialidades*	46	57,5	40 (62,50)	6 (37,50)	0,0020
Enfermaria de Moléstia infectocontagiosa	1	1,25	1 (1,56)	0	

Enfermaria de Cirurgia Geral	2	2,5	1 (1,56)	1 (6,25)	
Enfermaria de Convênio Geral	2	2,5	2 (3,13)	0	
UTI	6	7,5	1 (1,56)	5 (31,25)	
Pronto Socorro	1	1,25	0	1 (6,25)	
Centro cirúrgico	1	1,25	1 (1,56)	0	
Sala de preparação de medicamentos	1	1,25	1 (1,56)	0	
Central de materiais e esterilização (CME)	10	12,5	10 (15,63)	0	
Laboratório	1	1,25	0	1 (6,25)	
Expurgo	5	6,25	4 (6,25)	1 (6,25)	
Sala de resíduos	2	2,5	2 (3,13)	0	
Sala de repouso	2	2,5	1 (1,56)	1 (6,25)	

*Especialidades: Geriatria, Cuidados Paliativos e Reumatologia

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Ao analisar a tabela 6, cabe ressaltar os setores em que predominaram os acidentes com perfurocortantes e/ou exposição de mucosa, ocupando o primeiro lugar a Enfermaria de Clínica Médica e Especialidades, em 57,5%. E, em segundo lugar a Central de materiais e esterilização (CME), em 12,5% dos casos.

Tabela 7 - Ocorrência de acidentes relacionados ao período do dia, turno de trabalho, número de horas trabalhadas, realização de hora extra e de atividade semelhante em outra empresa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	N	%	Tipo de acidente		
			Perfurocortante	Exposição de mucosa	P-valor
Número de horas trabalhadas (n=82)					
< 3 horas	22	26,83	18 (28,13)	4 (22,22)	0,0393
≥ 3 ou ≤ 6 horas	48	58,54	40 (62,5)	8 (44,44)	
> 6 horas	12	14,63	6 (9,38)	6 (33,33)	

P-valor referente ao teste qui-quadrado

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Após avaliar a tabela 7, nota-se que os colaboradores acidentados estavam trabalhando em 58,54% das vezes há mais de 3 ou

menos de 6 horas, desde o início do turno, com mínimo de 1 hora e máximo de 13 horas, com média de horas trabalhadas de 3,95 horas e desvio padrão 2,43.

Avaliando as tabelas 6 e 7, observa-se que as variáveis com $P < 0,05$ foram: setor de trabalho e número de horas trabalhadas, sendo assim consideradas estatisticamente significativas para a ocorrência de acidente com perfurocortante e/ou exposição de mucosa.

5.3. Fase Analítica

Tabela 8 - Estimativa da razão de prevalência bruta uni variada das variáveis em estudo em relação à lesão com exposição de mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	RP bruta uni variada	IC 95%
Sexo (feminino)	0,2879	0,1333-0,6219
Utilização de EPI (não)	1,8000	0,7616-4,2543
Modo de execução do procedimento (realizados incorretamente)	8,2500	1,7275-39,3983
Número de horas trabalhadas (<3 horas)	0,3636	0,1270-1,0408
Número de horas trabalhadas (≥ 3 OU ≤ 6 horas)	0,3333	0,1427-0,7789

RT: Razão de prevalência. IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Foi realizada a análise de estimativa da razão de prevalência bruta uni variada, relacionadas ao acidente com exposição de mucosa, com o objetivo de quantificar as associações encontradas entre as variáveis. Quando a razão de prevalência for < 1 , e o intervalo de confiança (IC) não incorporar o valor 1, tal variável é considerada como sendo um fator protetivo.

E quando a razão de prevalência for maior do que 1 e o intervalo de confiança não englobar o valor 1, isso foi considerado como fator de risco.

Sendo assim, foi possível constatar que apenas as variáveis sexo e número de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente foram consideradas fatores de proteção.

Dessa forma, observamos que ser do sexo feminino e ter trabalhado mais do que 3 horas ou menos do que 6 horas até a ocorrência do acidente são fatores de proteção para acidentes com exposição mucosa. Além disso, realizar o procedimento de forma incorreta, é fator de risco para ocorrência de acidente com exposição mucosa.

Tabela 9 - Estimativa da razão de prevalência bruta multivariada das variáveis em estudo relacionadas a lesão com exposição de mucosa no período de 2010 a 2019.

Variáveis	RP bruta multivariada	IC 95%
Sexo (feminino)	0,3876	0,1685-0,8914
Número de horas trabalhadas (<3 horas)	0,4284	0,1357-1,3520
Número de horas trabalhadas (≥ 3 OU ≤ 6 horas)	0,3961	0,1409-1,1131

RT: Razão de prevalência. IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Na análise multivariada, verificamos que somente a variável sexo apresenta uma associação com o acidente com exposição mucosa. Nesta fase foram incluídas somente as variáveis que apresentaram uma associação na análise uni-variada (razão de prevalência bruta). Não foi possível incluir nesta análise a variável modo de execução do procedimento pois o tamanho da amostra foi pequeno e tivemos problema na convergência.

Ao inserir as 3 variáveis que mostraram uma relação com o desfecho (acidente) no modelo de regressão tivemos problemas de máxima verossimilhança restrita. Isso acontece quando o tamanho da amostra é pequeno, não conseguindo chegar a um resultado satisfatório.

Tabela 10 - Estimativa da razão de prevalência bruta uni variada das variáveis em estudo relacionadas a lesão por material perfurocortante no período de 2010 a 2019.

Variáveis	RP bruta uni variada	IC 95%
Sexo (feminino)	1,6409	1,0598-2,5408
Utilização de EPI (não)	0,8182	0,5763-1,1617
Modo de execução do procedimento (realizados incorretamente)	0,5323	0,2380-1,1903
Número de horas trabalhadas (<3 horas)	1,6364	0,8989-2,9790
Número de horas trabalhadas (≥ 3 OU ≤ 6 horas)	1,6667	0,9334-2,9760

RT: Razão de prevalência. IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Autores da pesquisa, 2020

Foi realizada a análise de estimativa da razão de prevalência bruta uni variada para as variáveis em estudo em relação à lesão por material perfurocortante, com o objetivo de quantificar as associações encontradas

entre as mesmas. Se a razão de prevalência <1 e o intervalo de confiança (IC) possuir o valor 1, tal variável é considerada um fator protetivo.

Entretanto, nesta análise das variáveis relacionadas aos acidentes por material perfurocortante, nenhuma foi considerada protetiva ou de risco para o desfecho final. Sendo assim não foi possível realizar a análise bruta multivariada.

6. DISCUSSÃO

O presente trabalho retrata as principais características relacionadas aos acidentes com exposição mucosa e/ou material perfurocortante potencialmente contaminado com material biológico em colaboradores de um hospital geral e, em especial, em profissionais da área da saúde. Dentre os fatores relacionados à ocorrência deste tipo de acidente relacionamos as características sociodemográficas características do acidente.

Em relação ao perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em estudo, a idade média da amostra foi de 31,46 anos, avaliado em uma amostra de 86 trabalhadores hospitalares. Esses dados mostram uma concordância quando comparados aos de outros serviços como, por exemplo, estudo realizado em São José do Rio Preto, no estado de São Paulo, em que foram analisados 272 colaboradores que sofreram acidentes com exposição mucosa ou perfurocortantes, e estes apresentavam idade média entre 30 a 39 anos, além de outro estudo realizado em Araguaína, no estado de Tocantins, em que foram avaliados 114 acidentes e a média etária foi de 31,7 anos. (BARBOZA, D.B. et al, 2004; JUNIOR, BATISTA, *et al.*, 2015).

O predomínio do sexo feminino neste estudo, 77,91% de frequência, está concordante com a maioria dos trabalhos científicos semelhantes analisados, em que há predominância deste gênero, tal como em estudo realizado em um hospital de São Luís do Maranhão, 93%. Isso pode ser facilmente explicado, essa vez que as categorias profissionais mais atingidas por esse tipo de acidente são os profissionais da enfermagem, que costuma em maior parte ser formada por mulheres. Soma-se a isso o papel cultural assumido pela mulher em nossa sociedade, onde a mesma precisa cuidar dos filhos, da casa e, por vezes, possui mais de um emprego (SARQUIS e FELLI, 2007; SANDRA REGINA SANTOS, 2018).

Em relação ao estado civil, no presente estudo a predominância foi de solteiros, 56,25%, e em segundo lugar os casados, com 41,25%. Esses dados mostram variação quando comparados com outros serviços, como, por exemplo, nos estudos realizados em São José do Rio Preto, em que predominaram os casados, em 46,7% dos casos, e também em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), em que predominaram os

casados em 42,55%. Esse dado é relevante pois o acidente afeta primeiramente o trabalhador, mas pode prejudicar seus familiares, alterando o equilíbrio mental e as relações sociais entre esse grupo de indivíduos (BARBOZA, D.B. et al, 2004; GALON, T. et al., 2008).

Quando avaliado o grau de instrução dos profissionais neste estudo houve prevalência do ensino médio completo em 65 dos 84 participantes analisados, 77,38% dos casos. No estudo realizado em um Hospital Universitário da Rede Pública Federal do município do Rio de Janeiro, houve concordância com esses dados, mostrando a maior frequência de colaboradores com ensino médio completo, em 62,5%, no ano de 2010. (SANDRA REGINA SANTOS, 2018)

Comparando a categoria profissional dos acidentados, no presente estudo, prevaleceram os auxiliares de enfermagem, 75,58%, havendo concordância com pesquisa semelhante realizada entre os trabalhadores do ABC paulista, 40,4%. Entretanto, foi discordante do estudo realizado no HCFMRP-USP, que mostrou os auxiliares de enfermagem como a segunda maior frequência, com 7,78%; pois os instrumentadores cirúrgicos ficaram em primeiro lugar, com frequência de 18,75%. Essa situação pode ser explicada, pelo fato de que os auxiliares de enfermagem costumam executar inúmeros procedimentos invasivos, aumentando a chance de acidentes (GALON, T. et al., 2008; JUNIORI, QUIAIOSII, et al., 2014).

Em um serviço avaliando os trabalhadores hospitalares na Região do ABC Paulista, a maior parte dos acidentes, 91,5%, foi causado por materiais perfurocortantes, assim como constatado no presente estudo, em que foi encontrado 78,82% (JUNIORI, QUIAIOSII, *et al.*, 2014).

Em relação ao objeto causal, neste estudo, predominou a agulha em 64,56% dos casos. Tais resultados foram semelhantes, aos de estudo realizado em 2004 em hospital de São José do Rio Preto-SP, em que foram encontrados 39,6% dos acidentes causados pelo mesmo agente. Em outro estudo, realizado no HCFMRP-USP, também predominou o acidente com agulha, em 71,62% dos casos. Ademais, em outro estudo realizado no Rio de Janeiro, também prevaleceu tal agente (BARBOZA, D.B. et al, 2004; GALON, T. et al., 2008; SANDRA REGINA SANTOS, 2018).

Em relação à superfície corporal atingida, no presente estudo predominou o dedo, em 63,1%, seguido da face em 19,05%. Esses resultados foram concordantes com estudo realizado em hospital de São José do Rio Preto-SP, em que a mesma parte foi atingida em 69,8% dos casos. Em outro estudo realizado em Ribeirão Preto em 2006, também houve predominância deste local, em 68% dos casos. Em outro serviço, em hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo, também houve concordância em 72,5% dos casos analisados (BARBOZA, D.B. et al, 2004; GALON, T. et al., 2008; MARZIALE et al., 2013).

Quanto ao uso de equipamento de proteção individual (EPI), durante a ocorrência do acidente com exposição mucosa e/ou perfurocortante, no presente estudo 75% dos profissionais faziam uso do equipamento e 25% não usavam no momento do acidente. Em um serviço de Referência da cidade Araguaína-TO houve relato discordante do presente estudo, pois 78% dos trabalhadores não faziam uso de EPI no momento do acidente. Entretanto, em outro estudo realizado em Hospital Universitário da Rede Pública Federal do município do Rio de Janeiro, 95,83% dos profissionais usavam o EPI no momento em que ocorreu o acidente, no ano de 2010 (JUNIOR, BATISTA, et al., 2015; SANDRA REGINA SANTOS, 2018).

O setor onde mais ocorreu acidentes com materiais perfurocortante e/ou exposição de mucosa foi na Enfermaria de Clínica Médica e Especialidades, em 57,5% dos casos. O mesmo dado foi apurado em estudo realizado em um Hospital de São José do Rio Preto em que a mesma unidade de atuação prevaleceu, com 34,6% (BARBOZA, D.B. et al, 2004).

No presente estudo, em 58,54% dos casos, o colaborador estava trabalhando há mais de 3 ou menos de 6 horas, com média de 3,95 horas, mínimo de 1 hora e máximo de 13 horas, até o momento do acidente.

7. CONCLUSÃO

A realização deste estudo evidenciou que a pesquisa relacionada aos acidentes com exposição de mucosa ou com material perfurocortante em profissionais da área da saúde possui grande importância, pois os mesmos acontecem com certa frequência nas instituições, e medidas de resolução precisam ser pensadas e colocadas em prática para que ocorra a redução de tal incidência.

A quantidade de acidentes com perfurocortantes e/ou exposição de mucosa encontrados, 65,51% do total de acidentes de trabalho da instituição, mostra, ainda, que são necessárias estratégias de prevenção para os profissionais, além de que, no presente estudo, o próprio funcionário foi dito como responsável pelo acidente em 55,84% dos casos. Ainda no âmbito estudantil, é importante inserir o tema de segurança do trabalho como disciplina na grade curricular dos estudantes das diversas especialidades na área da saúde, o que pode contribuir para a redução dos agravos.

Ademais, cabe ressaltar a dificuldade para realizar a coleta de dados de maneira completa, já que 43,42% das fichas não estavam mais disponíveis na instituição para serem analisadas, o que prejudicou a efetiva análise das características dos acidentes com perfurocortantes e/ou exposição de mucosa.

A Norma Regulamentadora – NR 32, traz medidas para a prevenção dos acidentes ocupacionais entre profissionais da saúde, dentre

eles a capacitação contínua dos trabalhadores e define programas que tratam dos riscos e determinam as medidas de proteção. Dessa forma, cumprir a norma pode gerar economia de gastos para a instituição e maior segurança aos profissionais (JUNIORI, QUIAIOSII, et al., 2014).

Conclui-se que as estratégias de prevenção dos acidentes de trabalho com exposição mucosa e/ou com materiais perfurocortante potencialmente contaminados com material biológico devem ser implementadas de maneira conjunta entre os trabalhadores e os gestores dos serviços de saúde, com o objetivo em comum de melhorar as condições de trabalho, ofertando equipamentos de proteção individual, monitorização de seu uso pelos colaboradores e inserindo continuamente programas educativos, garantindo, dessa forma, a mudança de comportamentos de risco e a segurança dos funcionários (JUNIORI, QUIAIOSII, et al., 2014).

Assegurar a execução de um programa e estratégias de prevenção é de extrema importância para estimular os profissionais a pensar antes de agir nas situações práticas de suas funções, e a impulsionar mudança de comportamento, biossegurança e responsabilidade social (JUNIORI, QUIAIOSII, et al., 2014).

REFERÊNCIAS

BARBOZA, D. B. et al. Acidentes de trabalho com pérfuro-cortante envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Arq ciênc saúde**, v. 11, n. 2, p. 93-9, 2004.

BORGES, F. R. F. S.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, L. C. M. Occupational exposures to body fluids and behaviors regarding their prevention and post-exposure among medical and nursing students at a Brazilian public university. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 56, n.2, p. 157-163, abr. 2014.

BRANDÃO JUNIOR, Paulo Starling. Biossegurança e Aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital. 2000. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011 31/08/2011. Disponível em <<http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>>. Acesso em: 15/11/2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Lei nº. 6514 de 22 de dezembro de 1997. Dispõe sobre as Normas Regulamentadoras aprovadas pela Portaria 3214, de 08 de junho de 1978. 38. Ed. São Paulo: ATLAS; 1997.

BUCK, D. "A Hands-On Introduction to SAS DATA Step Programming". SUGI 30: SAS Institute, 2013.

CÂMARA, P. F.; LIRA, C.; JUNIOR, B. J. S.; VILELLA, T. A. S.; HINRICHSEN, S. L. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais da equipe multidisciplinar de um hospital. Rio de Janeiro, **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 583-586, 2011.

CARDO, D.M. Patógenos veiculados pelo sangue. In. Rodrigues EAC et.al. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier. 1997. Parte IV

GALON, T. et al. Acidentes de trabalho com material biológico em hospital universitário de São Paulo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2008.

HIMMELREICH, H.; RABENAU, H. F.; RINDERMANN, M.; STEPHAN, C.; BICKEL, M.; MARZI, I.; WICKER, S. The Management of Needlestick Injuries. **Deutsches Ärzteblatt International**, Cologne, v. 110, n. 5, p. 61-67, 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23437024>> Acesso em fevereiro 2019.

JUNIOR, E. P. D. S. et al. Acidente de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais e estudantes da área da saúde em hospital de referência. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, Palmas- TO, v. 13, n. 2, p. 69-75, 2015.

JUNIORI, A. M. et al. Desfechos de acidentes de trabalho com exposição a agente biológico. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 249-254, Feb 2014. ISSN dx.doi.org/10.7322/jhdg.88903.

LEE, R. Occupational transmission of bloodborne diseases to healthcare workers in developing countries: meeting the challenges. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 72, n. 4, p. 285-291, May 2009.

Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes profissionais de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino Enfermagem*. 2002. 10:571-577.

MARZIALE, M.H.P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 164-8, 2003.

MARZIALE, M. H. P. et al. Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [internet], jan-fev.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_25.pdf>.

Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 abr. 2004a. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/downloads/portaria_777.pdf>.

MINISTÉRIO DO TRABALHO. Norma Regulamentadora NR6 - Equipamento de Proteção Individual. Portaria MTb nº3.214, de 8 de julho de 1978, 1978. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/NRs/NR_6.html>. Acesso em: 15/11/19 novembro 2019.

NERIS, T. M. S.; DIAS, E. G. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto ao acidente de trabalho com perfurocortante e a conduta pós-acidente. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 185-190, jun. 2014.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos Ocupacionais entre Trabalhadores de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n.4, p.406-4014, 2004. Disponível em < <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41420/45003>>.

NOGUEIRA, B.R.; BARBOSA, M. A. B.; COSTA, F. M. Risco Ocupacional entre Profissionais da equipe de Enfermagem do Setor da Hemodiálise. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 43-48,2014.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. Princípios de Bio Estatística. [S.l.]: Thomson, 2000.

SANDRA REGINA SANTOS, C. D. O. N. Perfil dos acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde de um hospital da rede pública da cidade de São Luís. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Santos, v. 10, n. 4, p. 977-985, Outubro/Dezembro 2018.

Sarquis, Leila Maria Mansano. O monitoramento do trabalhador de saúde após exposição a fluidos biológicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2007

Sarquis, Leila Maria Mansano, and Vanda Elisa Andrés Felli. "Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde." *Revista Brasileira de Enfermagem* 62.5 (2009): 701-704.

SILVA, E.J.; LIMA, M.G.; MARZIALE, M.H.P. O conceito de risco e os seus efeitos simbólicos nos acidentes com instrumentos perfurocortantes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n 5, p.809-814, set./out. 2012. Disponível em < <https://www.redalyc.org/html/2670/267025266014/>> Acesso em: Fevereiro 2019.

TARANTOLA, A.; ABITEBOUL, D.; RACHLINE, A. Infection Risks Following Accidental Exposure to Blood or Body Fluids in Health Care Workers: a Review of Pathogens Transmitted in Published Cases. **American Journal Infection Control**, St. Louis, v. 34, n. 6, p. 367-375, Aug. 2006.

Torres M, Campins M, Esteban JI, Costa J, Batisda MT, Brug M. Is it useful to perform the RNA test for hepatitis C in health care workers after an accidental needlestick. *J Hepatol* 2000; 33:683.

WICKER, S. et al. Determination of risk of infection with blood-borne pathogens following a needlestick injury in hospital in workers. **Annals Occupational Hygiene**, Oxford, v. 52, n. 7, p. 615-622, July 2008.

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Nathália Minuncio Nogueira
naty_minuncio@hotmail.com

Maria Auxiliadora M. C. Pedigone
doramancilha@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), caracterizadas como infecções associadas à internação hospitalar, podendo ser manifestada em até 48 horas após alta e relacionada a procedimentos, é um dos maiores problemas de saúde pública mundial, sendo 20% a 30% passíveis de prevenção. Sua ocorrência se dá tanto em ambiente hospitalar quanto instituições de longa permanência. Em estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) verificou-se maior prevalência no ambiente hospitalar, sendo as unidades de terapia intensiva (UTIs) um dos principais sítios devido, principalmente, à utilização de procedimentos invasivos, transmissão de microrganismos entre pacientes, aumento da suscetibilidade pela condição clínica do paciente e uso indiscriminado de antimicrobianos (FIGUEIREDO, VIANNA e NASCIMENTO, 2013; AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2016; OLIVEIRA, PAULA, *et al.*, 2012).

Sabe-se há bastante tempo que as IRAS têm importante relevância sobre o tempo de internação, os custos e aumento da letalidade hospitalar, principalmente em pacientes internados em UTIs. Na UTI a taxa de IRAS aumenta em até cinco vezes quando comparada com outras unidades de internação (LEISER, TOGNIM e BEDENDO, 2007).

Estudos epidemiológicos dos Estados Unidos mostraram a ocorrência de 1,7 milhões de casos de IRAS anualmente e, na Europa, são responsáveis por 46% das infecções em pacientes de UTIs. Estima-se que no Brasil acometa 25% a 35% dos pacientes em UTIs. Destas infecções destacam-se as pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecções do trato respiratório alto, infecções do trato urinário (ITU), infecções primárias da corrente sanguínea e infecções do sítio cirúrgico (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2004; OLIVEIRA, PAULA, *et al.*, 2012).

As ITUs são as infecções mais frequentes no ambiente hospitalar brasileiro e são responsáveis por 35% a 45% das IRAS em adultos, estando quase que totalmente conectadas ao uso de cateter vesical (80%) e o restante a manipulações urológicas. Em um hospital, 16% a 25% dos pacientes

internados necessitarão de cateterismo e, nesses, em cerca de 41% a manutenção do cateter vesical será prolongada, 13% dos pacientes de UTI tiveram indicação errônea de sondagem vesical de demora (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017; FERNANDES e HALLAGE, 2006; CONTERNO, LOBO e MASSON, 2011).

O tempo de permanência do cateter é um dos fatores determinantes para a ocorrência de ITU. Após a instalação do cateter ocorre crescimento bacteriano na escala de 5% a 10% ao dia. Dos pacientes cateterizados, 10% a 20% apresentarão bacteriúria, aumentando as chances de infecção em 3% a 10% a cada dia, chegando a 100% ao final de 30 dias. No entanto, apenas 20% a 30% apresentarão clínica de ITU (AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2016; GAGLIARDI, FERNADES e CAVALCANTE, 2000).

Outros fatores intimamente ligados à ocorrência de infecção urinária associada à cateter vesical de demora (ITU-AC) são a indicação inadequada do uso de cateter, doenças de base agravantes, sistema de drenagem vesical aberto, falha técnica e nos cuidados dos profissionais (OLIVEIRA, PAULA, *et al.*, 2012).

Buscando a diminuição da ocorrência de ITU-RAS, hospitais do mundo todo estão reunindo intervenções e cuidados práticos baseados em evidências e elaborando protocolos, os chamados Bundles de Cuidados. A implementação pode ser feita a partir de quatro intervenções básicas: reduzir o número de indicações de sondagem vesical desnecessárias, assegurar a técnica asséptica na inserção do cateter vesical de demora (CVD), manutenção do sistema fechado, seguimento das recomendações da ANVISA e revisão diária deste sistema. Juntas, estas intervenções são capazes de melhorar a assistência à saúde, diminuindo a frequência de erros nos cuidados necessários ao paciente com CVD (FARIAS, NASCIMENTO e SOUZA, 2019) .

Quanto à etiologia da ITU encontramos uma alta prevalência de bacilos Gram-negativos de origem endógena podendo, ainda, serem de origem exógena. Apesar de ser um dos germes mais isolados nas ITU relacionadas à assistência à saúde (ITU-RAS), a *Escherichia coli* tem uma baixa prevalência quando comparado às ITUs da comunidade. Nas ITU-RAS outras bactérias são mais frequentes, como a *Pseudomonas aeruginosa* e a *Serratia spp.*, sendo prováveis de fonte exógena, e, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Providencia spp.*, e *Proteus spp.* Ademais, deve-se atentar a infecções pela bactéria Gram-Positiva *Enterococcus spp.*, e fungos como a *Cândida albicans*. Em estudo realizado em um hospital brasileiro identificou a *E. coli* como a mais prevalente, seguida, em um estudo pela *Enterobacter spp* (GAGLIARDI, FERNADES e CAVALCANTE, 2000; BAIL, ITO e ESMERINO, 2006).

O acesso desses uropatógenos se dá por meio da migração de bactérias até a bexiga. A forma mais comum, principalmente em mulheres, é

pela via extraluminal. As bactérias presentes no meato uretral contaminam o cateter em um período de 24 horas formando um biofilme, película que protege as da ação antimicrobiana. Os germes ali presentes ascendem pelo espaço entre o cateter e a mucosa uretral atingindo a bexiga e provocando infecção. Em outra forma de acesso, a via intraluminal, os microrganismos ascendem pelo interior do cateter, que pode ter sido contaminado pelo tipo de sistema coletor ou desconexão da união cateter e tubo do sistema (GAGLIARDI, FERNANDES e CAVALCANTE, 2000).

Para o diagnóstico da ITU-RAS, o paciente deve apresentar sinais e sintomas como disúria, urgência miccional e desconforto suprapúbico, que podem ser dificultados pela presença do cateter, além de outros sintomas associados e, urocultura com contagem superior a 100.000 UFC/mL. Um estudo feito em hospital universitário de Londrina mostrou que, apesar da solicitação de urocultura para a maioria dos pacientes, constataram que mais da metade foram negativas, sugerindo fatores de risco como antibioticoterapia e tempo de cateterismo interferindo na positividade do exame. O tratamento empírico deverá ser implementado de acordo com os protocolos locais elaborados de acordo com os germes mais prevalentes e sua sensibilidade antimicrobiana. O guideline da associação europeia de urologia, de 2018, e recomendado pela Sociedade Brasileira de Urologia, sugere que as ITU-AC devem ser tratadas de acordo com os protocolos para ITU complicada, com retirada ou substituição do cateter antes de iniciar a terapia antimicrobiana, além de contraindicar antimicrobianos profiláticos ou tópicos no cateter. De acordo com esta literatura, deve-se implementar o tratamento com amoxicilina associada a aminoglicosídeo; cefalosporina segunda geração associada a aminoglicosídeo; ou cefalosporina terceira geração intravenosa em caso de sintomas sistêmicos. Também se recomenda o uso de ciprofloxacino, apenas em casos especiais e com resistência menor que 10% (APECIH, 2008; KERBAUY, SECCI, *et al.*, 2016; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2016; EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY, 2018).

A infecção do trato urinário em ambiente hospitalar está associada a maior dificuldade de tratamento e combate ao microrganismo, principalmente pela resistência bacteriana. A resistência é um mecanismo natural que ocorre devido a diversos fatores, dentre eles o uso indiscriminado e de forma errônea dos antibióticos. Com isso, as bactérias antes susceptíveis tornam-se resistentes aumentando os gastos com tempo de internação e medicamentos alternativos necessários para o tratamento. Nas últimas décadas tem sido relatado com frequência a ocorrência cada vez maior de bactérias resistentes aos principais antimicrobianos utilizados no tratamento das ITU, cujos pacientes, em consequência de suas graves condições clínicas, são submetidos a vários procedimentos invasivos. Soma-se a isso a utilização, em grande parte das vezes, de antimicrobianos de amplo espectro de ação o

que, a médio prazo, leva ao surgimento de importante taxa de microrganismos cada vez mais resistentes aos antibióticos disponíveis. Assim, é extremamente importante conhecer não apenas as taxas de ITU, mas, principalmente, o perfil local de resistência antimicrobiana dos principais agentes etiológicos, não só em cada instituição de saúde, mas também nos vários setores críticos do hospital (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2017; OLIVEIRA, PAULA, *et al.*, 2012).

Dentre as estratégias para minimizar as escalas das resistências deve-se destacar o monitoramento de patógenos resistentes circulantes, a fim de reduzir a disseminação e a transferência horizontal de genes de multirresistência (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA), 2017).

As ITU estão relacionadas a baixa mortalidade, sendo a bacteremia a complicação mais importante, consistindo na maior ocorrência de sepse por gram-negativos. Outras complicações implicam na morbidade destes pacientes, podendo ocorrer litíase urinária devido à deposição de apatita por bactérias desdobradoras de ureia, uretrite supurada, abscesso periuretral, prostatite e até câncer de bexiga em uso crônico de cateter por mais de 10 anos. Logo, os portadores de ITU-AC são reservatórios de múltiplos germes, principalmente aqueles com resistência a antimicrobianos (APECIH, 2008; LENZ, 2006).

2. JUSTIFICATIVA

Tanto no contexto internacional quanto nacional a ITU-RAS no ambiente hospitalar é muito pesquisada, uma vez que é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, reforçando a necessidade de novos estudos sobre a temática no Brasil e, assim, reduzir os custos e a mortalidade.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Avaliar a prevalência das Infecções do Trato Urinário Associadas a Cateter Vesical de Demora (ITU-AC) em pacientes de uma unidade de terapia intensiva (UTI).

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar as taxas ITU-RAS na UTI;
- Identificar o motivo da internação dos pacientes com diagnóstico de ITU-RAS na UTI;
- Relacionar as ITU-RAS com o uso de cateter vesical de demora;

- Identificar o sexo e idade dos pacientes com ITU-RAS e ITU-AC;
- Verificar a proporção de positividade das uroculturas;
- Identificar as bactérias prevalentes nas uroculturas dos pacientes com ITU-RAS e ITU-AC;
- Analisar a terapêutica antimicrobiana utilizada nas ITU-AC.

4. METODOLOGIA

Através de um estudo descritivo, retrospectivo, observacional, analítico e transversal, realizado em um hospital de ensino, filantrópico, terciário, SUS, do interior do estado de São Paulo, avaliou-se a prevalência e a incidência de IRAS, ITU-RAS e ITU-AC nos pacientes internados na UTI, bem como a causa da internação dos mesmos, as uroculturas realizadas e sua positividade, os microrganismos prevalentes encontrados e os principais antimicrobianos utilizados no tratamento desses pacientes, através dos dados obtidos das fichas de notificação de infecção hospitalar da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2019.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer número 3.961.625/2020 e, em virtude desta pesquisa ter sido realizada através da análise das fichas de infecção hospitalar, foi dispensada a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que dados pessoais e identificatórios não foram utilizados, e foi garantida a não exposição e o sigilo de informações pessoais obtidas durante a pesquisa.

A revisão bibliográfica foi feita a partir de pesquisas realizadas nas bases de dados SCIELO, PUBMED e GOOGLE SCHOLAR nos idiomas português, espanhol e inglês, sendo selecionados artigos científicos publicados principalmente dos últimos 10 anos.

Foram analisadas as fichas de notificação de infecção hospitalar da CCIH referentes aos pacientes com diagnóstico de ITU-RAS, sendo excluídos aqueles com informações insuficientes para a pesquisa.

Por meio de tabelas e planilhas semiestruturadas no Microsoft Office Excel 2016 foram armazenados dados epidemiológicos, como sexo e idade, e dados clínicos, como uso de cateter vesical de demora, proporção de positividade e microrganismos isolados nas uroculturas, antibioticoterapia instituída e causa da internação dos pacientes na UTI.

Após o armazenamento dos dados, foi realizada a análise estatística, na mesma plataforma, utilizando os indicadores epidemiológicos das infecções hospitalares da portaria Nº 2.616, estatística descritiva, teste Z para dados paramétricos e teste de qui-quadrado para dados não

paramétricos, adotando-se o valor de significância de 5% para estimar a incidência de ITU-AC (PAGANO e GAUVREAU, 2004).

5. RESULTADOS

No período de 2014 a 2019 foram identificadas 4.669 saídas (pacientes que receberam alta, os transferidos ou os que evoluíram para óbito) de pacientes da UTI. Destes, 858 apresentaram algum tipo de IRAS, dos quais 134 (15,61%) foram diagnosticados como portadores ITU-RAS. Entre os 134 pacientes com ITU-RAS, 94 (70,14%) apresentaram ITU associada à cateter vesical de demora (ITU-AC), que constituem a amostra deste estudo.

Na tabela 1, podem ser observados o índice de IRAS, assim como as taxas ITU-RAS, subdivididas em ITU-AC e ITU não associada à cateter vesical de demora (ITU-NAC) ocorridas na UTI ao longo dos anos.

Tabela 11 - Índice de IRAS e, taxas de ITU-RAS, ITU-AC e ITU-NAC nos pacientes internados na UTI de 2014 a 2019.

	IRAS		ITU-RAS		ITU-AC		ITU-NAC	
	N	%	N	%	N	%	n	%
2014	165	22,41	26	15,75	17	65,38	9	34,61
2015	171	18,82	33	19,29	16	48,48	17	51,51
2016	257	26,68	30	11,67	22	73,33	8	26,66
2017	82	12,99	14	17,07	14	100,00	0	0
2018	91	12,36	11	12,08	10	90,90	1	9,09
2019	92	13,23	20	21,73	15	75,00	5	25,00
TOTAL	858	18,37	134	15,61	94	70,14	40	29,85

Fonte: Elaborado pela autora

A UTI recebe pacientes com diversas patologias e, dos 134 pacientes diagnosticados com ITU-RAS, a maioria, 17,16%, internou nesse setor após a realização de diversas cirurgias. A segunda causa mais comum de internação nesta unidade foi por acidentes vasculares cerebrais (AVC) como mostrado na tabela 2.

Tabela 12 - Causas de internação na UTI dos pacientes diagnosticados com ITU-RAS.

Motivo da Internação	N	%
Acidente Vascular Cerebral	20	14,92
Doença Inflamatória Intestinal	2	1,49
Insuficiência Renal Aguda	4	2,98
Neoplasia	5	3,73

Parada Cardiorrespiratória	7	5,22
Pneumonia	10	7,46
Pós Cirurgia	23	17,16
Politrauma	8	5,97
Traumatismo Cranioencefálico	14	10,44
Outras Causas	41	30,59
TOTAL	134	100

Fonte: Elaborado pela autora

A média de idade encontrada nos 134 pacientes com ITU-RAS foi de 58,94 anos (mediana 59), (moda 53) e, com relação ao sexo, 70 (52,23%) eram homens e 64 (47,76%) mulheres, semelhante ao identificado nos pacientes com ITU-AC, onde 50% dos mesmos tinham mais de 60 anos. A média de idade encontrada neste grupo de pacientes foi de 59,34 anos (mediana 61 e moda 53) e os homens compunham a maioria dessa população, representando 55,31%, como mostra a Tabela 3.

Tabela 13 - Distribuição por Idade e Sexo dos pacientes com ITU-AC.

Variáveis	N	%	P Valor
Idade, anos (n = 91)			-
< 20 anos	1	1,06	
20 a 39 anos	12	12,76	
40 a 59 anos	31	32,97	
> 60 anos	47	50	
Sexo (n = 94)			1,06*
Feminino	42	44,68	
Masculino	52	55,31	

Fonte: Elaborado pela autora

*Qui-quadrado.

Tabela 14 - Porcentagem de coinfeção da ITU-RAS e ITU-AC com outros tipos de IRAS.

	Houve coinfeção		Não houve coinfeção		TOTAL		P Valor
	N	%	n	%	n	%	
ITU-RAS	63	47,01	71	52,98	134	100	0,47*
ITU-AC	45	47,87	49	52,12	94	100	0,17*

Fonte: Elaborado pela autora

*Qui-quadrado.

Dentro do ambiente hospitalar, principalmente em uma UTI, a chance de os pacientes desenvolverem alguma infecção é maior não sendo incomum um paciente, muitas vezes, apresentar infecção em mais de um sítio. Dentre os pacientes portadores de ITU-RAS 47,01% desenvolveram algum outro tipo de IRAS e, fazendo a comparação com os pacientes diagnosticados com ITU-AC, dentre os 94, 47,87% também eram portadores de outro tipo de infecção hospitalar, os quais utilizaram antimicrobianos não dirigidos prioritariamente ao tratamento de ITU-AC, restando 49 (52,12%) pacientes não portadores de outras infecções concomitantes à ITU-AC (Tabela 4).

Foram coletadas uroculturas em 85,07% dos pacientes com diagnóstico de ITU-RAS e, destas, 74,62% foram positivas. Entre os pacientes com diagnóstico clínico de ITU-AC, em 84,04% foram coletadas uroculturas, das quais 68 (72,34%) foram positivas. Os microrganismos prevalentes isolados foram *Klebsiella pneumoniae* (28,30%), seguida pela *Escherichia coli* (24,52%) e *Candida albicans* (15,09%). Com relação aos pacientes com ITU-NAC, das 35 uroculturas coletadas, 80% foram positivas e o microrganismo prevalente foi a *Escherichia coli* (28,57), seguida pela *Candida albicans* (25%) e *Klebsiella pneumoniae* (21,42%) como mostrado na tabela 5.

Tabela 15 - Positividade e germes prevalentes isolados das uroculturas nas ITU-RAS, ITU-AC e ITU-NAC.

Variáveis	ITU-RAS		ITU-AC		ITU-NAC	
	N	%	N	%	N	%
Uroculturas						
Positivas	100	74,62	68	72,34	32	80
Negativas	14	10,44	11	11,70	3	7,5
Não Coletadas	20	14,92	15	15,95	5	12,5
TOTAL	134	100	94	100	40	100
Microbiologia						
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	21	25,92	15	28,30	6	21,42
<i>Escherichia coli</i>	21	25,92	13	24,52	8	28,57
<i>Cândida albicans</i>	15	18,51	8	15,09	7	25
<i>Cândida não albicans</i>	4	4,93	4	7,54	0	0
<i>Enterococcus sp.</i>	4	4,93	3	5,66	1	3,57
<i>Pseudomonas sp.</i>	3	3,70	1	1,88	2	7,14
<i>Proteus mirabilis</i>	4	4,93	1	1,88	3	10,71
Outras	9	11,11	8	15,09	1	3,57
TOTAL	81	100	53	100	28	100

Fonte: Elaborado pela autora

Para tratamento dos 49 pacientes diagnosticados com ITU-AC, excluindo-se aqueles que vieram a apresentar outro tipo de IRAS

concomitante, foram realizadas 87 prescrições de antimicrobianos, pertencentes a 9 diferentes classes. Foi observado que os Beta-Lactâmicos foram os antibióticos mais utilizados (48,27%), seguidos pelas Quinolonas (11,49%). Mais especificamente, o antimicrobiano mais utilizado foi o Cefepime (18,39%), seguido pelo Meropenem (12,64%) e Vancomicina (9,19%), como mostrado na Tabela 6.

Tabela 16 - Antibioticoterapia utilizada no tratamento dos pacientes com ITU-AC.

Antimicrobianos	N	%
Aminoglicosídeos	8	9,19
Antifúngicos	6	6,89
Beta-Lactâmicos	42	48,27
Glicopeptídeos	9	10,34
Imidazólicos	3	3,44
Lincosamidas	4	4,59
Macrolídeos	1	1,14
Quinolonas	10	11,49
Sulfonamidas	4	4,59
TOTAL	87	100

Fonte: Elaborado pela autora

6. DISCUSSÃO

Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) é definida como qualquer infecção adquirida dentro do ambiente hospitalar após 48 horas da admissão, podendo ocorrer em diversos sítios, dentre eles, a ITU-RAS (FIGUEIREDO, VIANNA e NASCIMENTO, 2013).

Estima-se que no Brasil o índice de IRAS em um hospital geral seja em torno de 15,5%, índice que é semelhante ao encontrado nas UTIs. Um estudo de 2007, realizado em uma UTI no Estado do Paraná mostrou que 15,95% dos pacientes ali internados adquiriram algum tipo de IRAS e, outro estudo de 2010, mostrou índice de 20% de IRAS na UTI. O presente estudo encontrou índice de IRAS na UTI de 18,37%, mostrando uma prevalência parecida com o de outros estudos (MOURA, CAMPELO, *et al.*, 2007; LEISER, TOGNIM e BEDENDO, 2007; OLIVEIRA, KOVNER e SILVA, 2010).

O país carece de dados e estatísticas nacionais abrangentes sobre infecções relacionadas à assistência à saúde. O último dado apontado pela Anvisa classifica a ITU como um dos principais sítios de IRAS, chegando a representar 35 a 45% das infecções de um hospital. A respeito das ITU-RAS como um todo, um estudo realizado pela International Society for Infectious Diseases, aponta que a taxa dessas infecções nos Estados Unidos e Europa

são 12,9% e 19,6% respectivamente, enquanto nos países em desenvolvimento, nos quais o Brasil se enquadra, essa taxa é de 24% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017; NICASTRI e LEONE, 2018).

No presente estudo, onde foram analisadas apenas as infecções ocorridas na UTI, foram observados 134 pacientes com ITU-RAS, o que representa 15,61% das IRAS ocorridas neste setor (Z observado = -11,90), menor do que a taxa de 22,11% relatada em um hospital do Paraná e próxima à de um estudo realizado em Teresina, onde a taxa de ITU-RAS foi 17,39%. Outros estudos mostram que a taxa de ITU-RAS no Brasil vem diminuindo e se aproximando do que é visto em países desenvolvidos (LEISER, TOGNIM e BEDENDO, 2007; MOURA, CAMPELO, *et al.*, 2007).

Apesar das IRAS acometerem os pacientes hospitalizados como um todo, as UTIs aparecem como um dos principais locais para desenvolvimento dessas infecções. Isso se deve à gravidade dos pacientes ali internados e, principalmente, à quantidade de dispositivos invasivos que lá são utilizados (LEISER, TOGNIM e BEDENDO, 2007; OLIVEIRA, PAULA, *et al.*, 2012).

No mundo estima-se que sejam utilizados 96 milhões de CVD/ano, sendo consenso nos estudos analisados que o seu uso está diretamente relacionado ao desenvolvimento de ITU sendo responsável pela maioria dos casos de ITU-RAS, pois sua inserção propicia a ascensão de microrganismos da flora do paciente além de transferência de microrganismos exógenos pelo manuseio e higiene inadequados das sondas vesicais de demora. Estudos apontam que 80% das ITU-RAS são associadas ao uso de cateter, o que é apoiado por estudo realizado em Presidente Prudente que mostrou que 70,8% das ITU-RAS foram causadas por esse tipo de cateter. Outro estudo encontrou uma prevalência de 60% destas infecções, o que está de acordo com o nosso trabalho, onde a taxa de ITU-AC foi de 70,14% (Z observado = 0,037) (NICASTRI e LEONE, 2018; LENZ, 2006; FERNANDES e HALLAGE, 2006; ALMEIDA, SIMÕES e RADDI, 2007).

Apesar dos dados publicados pela ANVISA mostrarem que não há predileção de sexo no desenvolvimento de ITU-RAS, num estudo realizado em Minas Gerais, o sexo mais acometido foi o masculino, e a média de idade dos pacientes internados que desenvolveram ITU-AC foi 50,6. Em outro estudo, 68% dos pacientes tinham idade acima de 50 anos e 68% eram do sexo masculino. O presente estudo apresentou a média de idade dos pacientes com ITU-AC de 59,34 anos, e 50% tinham mais de 60 anos, ocorrendo uma pequena prevalência do sexo masculino, 55,31% ($P = 1,06$). O maior acometimento do grupo com mais de 60 anos é corroborado pela perda natural das defesas com o envelhecer e maior frequência de comorbidades, o que propicia o desenvolvimento de infecções (AGÊNCIA NACIONAL DE

VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017; MOTA e OLIVEIRA, 2019; ALMEIDA, SIMÕES e RADDI, 2007; LENZ, 2006).

É fundamental que cada serviço monitore e conheça os agentes etiológicos causadores de IRAS nos diferentes ambientes hospitalares, bem como o perfil de sensibilidade dos microrganismos responsáveis por infecções em cada topografia, a fim de guiar o tratamento antimicrobiano adequado na instituição (ALMEIDA, SIMÕES e RADDI, 2007).

A coleta de uroculturas faz parte dos exames utilizados para diagnóstico de ITU-RAS, a fim de se identificar os microrganismos prevalentes e direcionar o tratamento. No presente estudo, dentre 134 pacientes com ITU-RAS, foram solicitadas uroculturas de 114 deles e, destas, 100 amostras foram positivas. Comparando os microrganismos encontrados nas ITU-AC e ITU-NAC, podemos ver uma diferença nos agentes prevalentes isolados. Na ITU-AC, o microrganismo prevalente foi a *Klebsiella pneumoniae*, 28,30%, seguida pela *Escherichia coli*, 24,52% e *Cândida albicans*, 15,09%. Diferente destes, na ITU-NAC, a *Escherichia coli* foi a mais prevalente, 28,57%, *Cândida albicans*, 21,42% e, por fim, a *Klebsiella pneumoniae*, 21,42%.

Além dos microrganismos isolados nas ITU-RAS deste estudo serem diferentes quando relacionados ou não ao uso de CVD, estes, não são os mesmos daqueles encontrados nas ITU comunitárias, onde a *Escherichia coli* é o principal patógeno isolado, seguido pela *Klebsiella pneumoniae* e *Proteus mirabilis*. Nas ITU-RAS a prevalência dos microrganismos presentes nessas infecções aponta a *Escherichia coli* como sendo o principal agente causal. Entretanto, dados levantados pelo governo do Estado de São Paulo e um estudo realizado em Minas Gerais apontaram a *Klebsiella pneumoniae* como o principal agente isolado, seguido pela *Escherichia coli* e *Pseudomonas aeruginosa*, o que foi em parte, discordante das bactérias prevalentes causadoras tanto de ITU-RAS quanto de ITU-AC identificadas em nosso trabalho (ALMEIDA, SIMÕES e RADDI, 2007; DIH, SES/SP e CCD, 2018; MOTA e OLIVEIRA, 2019; HEILBERG e SCHOR, 2003).

A classe de Antibiótico mais utilizada para tratamento dos portadores de ITU-AC analisados neste trabalho foi dos Beta-Lactâmicos, seguido pelas Quinolonas, sendo o Cefepime, cefalosporina de quarta geração, o medicamento mais utilizado (18,39%), seguido pelo Meropenem (12,64%), da classe os carbapenêmicos. Isso difere das recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia que indica como primeira escolha para este tratamento o uso de um Beta-Lactâmico (amoxicilina) associado a Aminoglicosídeo, Cefalosporina de segunda geração associada a aminoglicosídeo, ou cefalosporina de terceira geração (EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY, 2018).

Apesar de não fazerem parte dos antibióticos recomendados pela Sociedade Brasileira de Urologia, os principais antibióticos utilizados no

tratamento dos pacientes analisados neste estudo possuem um bom espectro de ação contra os principais patógenos isolados nas uroculturas. As cefalosporinas de quarta geração possuem boa ação contra bactérias gram-negativas, tais como a *Escherichia coli* e *Klebsiella sp*, que foram os principais patógenos isolados, além de também serem efetivas contra *Pseudomonas sp.* e bactérias gram-positivas. De forma parecida, o Meropenem, da classe dos Carbapenêmicos, também é um antibiótico indicado para o tratamento de ITU-RAS, visto que possui ótima ação contra bactérias gram-negativas como as enterobactérias e *Pseudomonas aeruginosa*. Já a Vancomicina, um antibiótico pertencente à classe dos glicopeptídeos, possui ação apenas nas bactérias aeróbias, anaeróbias e gram-positivas (JONS HOPKINS, 2015-2016; LEVIN, KOBATA e LITVOC).

7. CONCLUSÃO

Apesar de haver relatos de que a taxa de ITU-RAS esteja diminuindo nas UTIs, esta é uma importante infecção hospitalar, principalmente quando associada ao uso de CVD. Na UTI do hospital analisado observamos menor ocorrência tanto de ITU-RAS quanto de ITU-AC quando comparada a outros estudos nacionais e internacionais. Embora a amostra analisada mostre uma maior ocorrência de homens com diagnóstico de ITU-RAS e ITU-AC, estatisticamente não é possível afirmar que haja prevalência neste sexo, assim como não houve relação do sexo com maior uso de CVD. As bactérias identificadas nas uroculturas enfatizam que cada hospital possui um perfil etiológico diferente, sendo de suma importância a realização de um mapa dos germes prevalentes tanto em cada hospital quanto nos diferentes setores de uma mesma instituição. Além do mais, faz-se necessária a existência de treinamentos permanentes dos profissionais da saúde e a implementação de protocolos, como os Bundles de Cuidados, visando a educação desses profissionais com relação à indicação adequada e às etapas da inserção e manutenção do cateter vesical de demora, prevenindo de forma efetiva os casos de ITU-AC.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Módulo 4: Prevenção de Infecções em Unidade de Terapia Intensiva. **Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**, n. 1, p. 5-6;45-48, 2004.

AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Infecção do Trato Urinário e Outras Infecções do Sistema Urinário. **Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à saúde**, Setembro 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020)**. Brasília: [s.n.], 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Diretriz Nacional para Elaboração de Programa de Gerenciamento do Uso de Antimicrobianos em Serviços de Saúde**. Brasília: GVMS/GGTES/ANVISA, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Citérios Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

ALMEIDA, M. C.; SIMÕES, M. J. S.; RADDI, M. S. G. Ocorrência de Infecção Urinária em Pacientes de um Hospital Universitário. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 28, p. 215-219, Abril/Setembro 2007.

APECIH. **Prevenção de Infecção do Trato Urinário - (ITU) Relacionado à Assistência a Saúde**. 2. ed. São Paulo: [s.n.], 2008.

BAIL, L.; ITO, C. A. S.; ESMERINO, L. A. Infecção do trato urinário: comparação entre o perfil de susceptibilidade e a terapia empírica com antimicrobianos. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n. 1, p. 51-56, 2006.

CONTERNO, L. D. O.; LOBO, J. A.; MASSON, W. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1089-1096, Janeiro 2011.

DIH, D. D. I. H.; SES/SP, C. D. V. E.; CCD, C. D. C. D. D. **Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares do Estado de São Paulo**. Governo do Estado de São Paulo. São Paulo. 2018.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. Diretrizes em Infecções Urológicas. In: _____ **EAU Pocket Guideline**. [S.l.]: [s.n.], 2018. p. 271-294.

FARIAS, R. C.; NASCIMENTO, C. C. L.; SOUZA, M. W. Infecção do trato urinário relacionada ao cateter vesical de demora: elaboração de Bundle. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, p. 1 - 6, Maio 2019.

FERNANDES, L. M. V.; HALLAGE, R. A. L. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trat urinário associada a cateter. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 2, n. 19, p. 174-189, 2006.

FIGUEIREDO, D. A.; VIANNA, R. P. D. T.; NASCIMENTO, J. A. Epidemiologia da Infecção Hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público Municipal de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 233-240, 2013.

GAGLIARDI, E. M. D. B.; FERNADES, A. T.; CAVALCANTE, N. J. F. Infecção do Trato Urinário. In: FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, v. 1, 2000. Cap. 18, p. 459-475.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário - ITU. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 1, n. 49, p. 109-116, 2003.

JONS HOPKINS. **Antibiotic Guidelines**. The Johns Hopkins Hospital. [S.l.]. 2015-2016.

KERBAUY, G. et al. Perfil Microbiológico de Uroculturas Realizadas em Pacientes com Cateter Urinário de Longa Permanência: Resultado Parcial de um Estudo Prospectivo. **J Infect Control**, v. 3, n. 5, p. 01-252, 2016.

LEISER, J. J.; TOGNIM, M. C. B.; BEDENDO, J. Infecções Hospitalares em um Centro de Terapia Intensiva de um Hospital de Ensino no Norte do Paraná. **Cienc Cuid Saúde**, v. 2, p. 1181-196, Abril-Junho 2007.

LENZ, L. L. Cateterismo Vesical: cuidados, complicações e medidas preventivas. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 82-91, 2006.

LEVIN, A. S. S.; KOBATA, C. H. P.; LITVOC, M. N. **Uso de Antimicrobianos**. FMUSP. São Paulo.

MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C. Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? **Rev Esc Enferm USP**, 2019.

MOURA, M. E. B. et al. Infecção Hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 4, p. 416-421, Julho/Agosto 2007.

NICASTRI, E.; LEONE, S. Guide to Infection Control in the Healthcare Setting. **International Society For Infectious Diseases**, February 2018. Disponível em: <<https://isid.org/guide/hospital/uti/>>. Acesso em: 21 Junho 2020.

OLIVEIRA, A. C. et al. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 33, p. 89-96, ago. 2012.

OLIVEIRA, A. C.; KOVNER, C. T.; SILVA, R. S. Infecção Hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo de um Hospital Universitário Brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, março/abril 2010.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios da bioestatística**. São Paulo: Thomson, 2004.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EM BUSCA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM TUBERCULOSE

Israel Lucas Da Silva Maza
Israelucas2008@gmail.com

Lívia Maria Lopes Gazaffi
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1. Tuberculose Como Uma Doença Transmissível

A tuberculose (TB) é causada pela transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch, desde 1882 quando foi descoberto, ocorre por transmissão de via aérea, a partir de um indivíduo doente para o sadio (SMELTZER & BARE, 1999). Quando acontece a transmissão da TB, o bacilo pode se instalar no organismo em diversos órgãos, quer seja durante a primeira infecção, que corresponde aos casos de imunidade específica ainda não desenvolvida, ou mesmo em casos de diminuição na capacidade do hospedeiro em manter o bacilo em seus sítios de implantação, ou seja, nos casos em que o sistema imunológico do hospedeiro não consegue eliminar o bacilo, tornando-se suscetível à ação da doença. Vale ressaltar, ainda, que uma vez o indivíduo sendo infectado, a manifestação da TB pode ocorrer em qualquer momento da vida (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2011)

Mesmo passados tantos anos da sua descoberta, a TB ainda permanece como um dos maiores desafios às políticas de saúde pública. Há que se destacar que os medicamentos existentes, de forma geral, são efetivos no combate ao agente causador da doença. No entanto, os desafios que se fazem presentes voltam-se aos constituintes organizacionais dos serviços de saúde e o comportamento humano (PILLER, 2012; BRASIL 2017).

Em 2014, durante a Assembleia Mundial de Saúde, na Organização Mundial de Saúde, foi aprovada a nova estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a visão de um mundo livre da tuberculose até 2035. O Brasil teve o papel de destaque ao ser o principal proponente da estratégia e principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde e com a Rede de Pesquisa em Tuberculose do Brasil (Rede-TB) (BRASIL, 2017).

1.2. Perfil Clínico Epidemiológico dos Casos de Tuberculose

No mundo 10,4 milhões de pessoas adoeceram com TB em 2015; 1,5 milhão de homens, mulheres e crianças morreram de TB em 2014 incluindo 400 mil pessoas que vivem com HIV; 1,2 milhões de pessoas vivendo com HIV

desenvolveram TB. Sendo que, o Brasil é um dos países com maior número de casos, ocupa a 20ª posição quanto à carga da doença e a 19ª no que se refere à coinfeção TB-HIV no mundo e, desde 2003, a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde, pois ainda temos barreiras no acesso e acontecem aproximadamente 69 mil casos novos e 4.500 óbitos a cada ano como causa básica tuberculose (BRASIL, 2017).

Considera-se que a TB possui relação com as condições de saneamento básico e também com a classe social. Pessoas em maior situação de miséria estão mais expostas à manifestação do bacilo. No Brasil, os casos da doença são notificados principalmente nas regiões de periferia ou em áreas de aglomeração. Destaca-se que além da situação de moradia, a alimentação se torna um fator determinante para infecção, associada também com a ingestão de álcool, tabaco e outras drogas (CAMPOS, 2006).

O Brasil possui uma taxa de detecção da doença estimada em 86% em 2009, que é superior à taxa estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 70% (WHO, 2009). No entanto essa realidade no país é heterogênea, variando conforme a região, por haver associação a determinantes como as características sociopolíticas, econômicas, culturais, epidemiológicas e organizacionais, sendo esses fatores influenciadores para a detecção da TB (PONCE, 2016).

1.3. Atraso na Busca do Diagnóstico e Tratamento da Tuberculose

A definição de atraso na suspeita, é colocada por Sasaki como sendo o “tempo entre a percepção, pelo doente, dos sintomas até a procura pelo primeiro atendimento”. Já o atraso no diagnóstico é abordado como o tempo em que o indivíduo recebe o primeiro atendimento até a realização do diagnóstico.

O ministério da saúde, em seu manual de recomendações sobre a TB faz uma ressalva, preconizando a busca ativa que deve ser feita pela Atenção Primária a Saúde (APS) para a detecção dos casos, sendo esta a principal estratégia para controle da TB (BRASIL, 2019). Todavia, o controle eficaz da doença depende de fatores como a busca pelo primeiro atendimento pelo doente no período de 2 a 3 semanas, o tempo de diagnóstico não exceder 3 semanas e a atuação da APS como porta de entrada. Porém o atraso na suspeita, com amplo relato na literatura, se dá devido a dependência da procura passiva das pessoas que são sintomáticas respiratórias aos Serviços de Saúde (SS) e a demora na suspeição por esses serviços para a solicitação da baciloscopia, elucidando o diagnóstico (SASAKI, et al 2015).

Arthur Kleinman, propôs que a partir dos sintomas que uma pessoa tem sobre determinada doença, ela é mobilizada a utilizar três tipos de subsistemas de cuidado a saúde, sendo: o popular, com foco no contexto

familiar e nas redes sociais, onde são adotados os primeiros cuidados, o profissional, onde é focalizado a medicina científica ocidental, e a Folk, que é uma rede composta por pessoas sem formação científica reconhecida, como os curandeiros e rezadeiras (ZUIM; TRAJMAN, 2018).

O atraso no diagnóstico, foi relacionado a falta de preparo das equipes no manejo da TB, além das dificuldades no diagnóstico clínico, uma vez que, por se tratar de sintomas inespecíficos e insidiosos, o mesmo habitualmente é feito, muitas das vezes por exclusão de outras doenças (SASAKI et al, 2015). Com isso gera a necessidade de repetidas visitas até obter o diagnóstico definitivo, tanto pelo fato da dificuldade no diagnóstico clínico, mas também pela falta de capacitação da equipe em lidar com esses casos específicos (PONCE et al, 2016).

As dificuldades em centralizar o cuidado na atenção primária, têm sido atribuídos ao baixo percentual na suspeição e solicitação de exames para diagnóstico, o encaminhamento do usuário a outros serviços, visando a realização de exames, entre outros, são indicativos de uma baixa capacidade de resolução dos casos, de reconhecer as necessidades sociais além da baixa oferta de meios diagnósticos. Essa ação endossa na população que as atenções especializadas são mais resolutivas do que a atenção básica (PAIVA et al, 2014).

1.4. Justificativa do Estudo

Desse modo, a elaboração deste estudo, pretendeu identificar o itinerário terapêutico das pessoas com tuberculose em busca do tratamento e diagnóstico, descrito na literatura, visando contribuir com os profissionais ou serviços de saúde, no quesito de conhecer como se dá o processo de busca do paciente, as fragilidades dos serviços relacionado ao diagnóstico e tratamento, possibilitando pensar e planejar medidas de prevenção e ampliação do diagnóstico oportuno, contribuindo, dessa forma, com a diminuição e controle da doença. Diante das informações expostas, este trabalho possui como objetivo sistematizar o conhecimento científico relacionado aos atrasos existentes para o retardo no diagnóstico e tratamento de tuberculose.

2. OBJETIVOS

Sistematizar o conhecimento científico relacionado aos atrasos existentes para o retardo no diagnóstico e tratamento de tuberculose.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura.

3.1.1. Revisão Integrativa

A escolha do método de revisão integrativa sustenta-se pelo fato deste permitir a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, tendo como produto final o estado atual do conhecimento, a implementação de intervenções e a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. A revisão percorreu etapas de elaboração de um protocolo, contemplando a definição da pergunta de revisão, as estratégias para a busca e a seleção de artigos, a avaliação crítica dos estudos, a coleta, a interpretação e a síntese de dados (MENDES et al, 2008).

3.1.2. Amostra e Procedimentos

A questão norteadora elaborada que guiou este presente estudo foi “Qual o conhecimento existente sobre os motivos que resultam no atraso ao diagnóstico e início do tratamento da tuberculose em pessoas portadoras da doença?”.

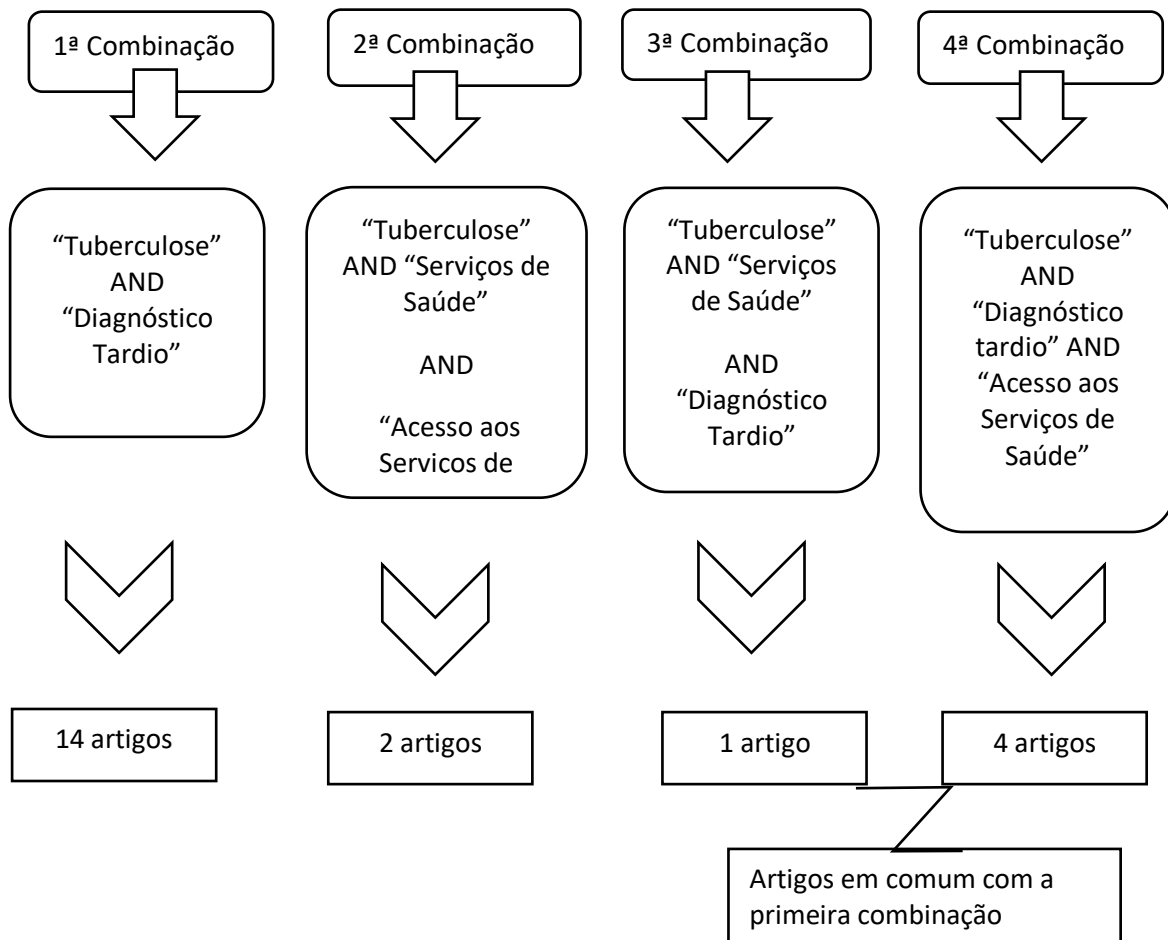
Feito a definição da questão norteadora, realizou-se a seleção dos estudos que foram de encontro com a proposta da pesquisa, constituindo essa revisão.

Para isso, realizou-se um levantamento detalhado das possibilidades e descritores que poderiam ser utilizados nas combinações de buscas a partir de estudos relacionados. A seleção dos descritores utilizados no levantamento bibliográfico, ocorreu através das bibliotecas de terminologia da saúde – Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Os descritores selecionados para recuperação dos artigos foram “Tuberculose”, “Diagnóstico tardio”, “Serviços de Saúde” e “Acesso aos Serviços de Saúde”.

O levantamento bibliográfico sistematizado foi realizado de março a maio de 2020. Para a busca dos estudos, utilizou-se a estratégia do emprego do operador booleano “AND”, possibilitando o cruzamento entre as palavras chaves na biblioteca virtual LILACS. As combinações foram realizadas de 4 maneiras, visando obter artigos precisos sobre a temática, no qual foram encontrados 21 artigos, em que destes, 14 foram identificados pela combinação “Tuberculose” AND “Diagnóstico tardio”, 2 pela combinação “Tuberculose” AND “Serviços de Saúde” AND “Acesso aos Serviços de Saúde”, 1 artigo pela combinação “Tuberculose” AND “Serviços de Saúde” AND “Diagnóstico Tardio” sendo que este estava presente na primeira combinação e por fim 4 artigos pela combinação dos descritores “Tuberculose” AND “Diagnóstico tardio” AND “Acesso aos Serviços de Saúde” que também todos

estavam presentes na primeira combinação, conforme especificações na figura 1.

Figura 1 - Apresentação das Estratégias, buscas e número de artigos, Franca, 2020.



Fonte: elaborado pelo autor.

Após a seleção dos artigos supracitados, foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, obtendo-se, dessa forma, um número de artigos para serem analisados na íntegra. Os critérios de inclusão e exclusão foram:

Critérios de inclusão na seleção de artigos:

- a) Artigos com idioma em português, Inglês ou Espanhol;
- b) Todos os estudos que estivessem disponíveis na íntegra na base de dados LILACS;
- c) Aqueles que foram produzidos em território nacional;
- ~~d) Se respondem ou não a questão norteadora desse presente estudo.~~

Crítérios de exclusão na seleção dos artigos:

- a) Não disponibilizados nos idiomas priorizados;
- b) Que não estivessem disponíveis da base de dados referida;
- c) Pesquisas que não foram realizadas dentro do território nacional;
- d) Estudos que não respondem à questão norteadora.

Posterior a esse processo, foram identificados o número de artigos selecionados para realização da leitura na íntegra, organização e análise das informações utilizando formulários específicos (Apêndice I), contendo as seguintes informações: *Título do artigo; Periódico em que foi publicado; Ano de publicação; Autores; Local do estudo; Objetivos; Síntese do método utilizado; Principais resultados e Conclusões/Comentários.*

Os artigos analisados, bem como a descrição de todos os fatores que estão envolvidos no processo de busca do paciente pelos serviços de saúde e a recepção deste dentro desses locais de atendimento para fins de diagnóstico até o tratamento da Tuberculose foram obtidos nos artigos representados no Quadro 1.

Quadro 1: Artigos selecionados sobre às razões existentes para o atraso na busca, diagnóstico e tratamento de pacientes com TB, Franca, 2020.

Eixo temático I: Razões para o atraso no diagnóstico referente ao comportamento de busca do paciente

Autores	Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo
ALMEIDA, Carlos Podalirio Borges de; SKUPIEN, Erika Cavalheiro; SILVA, Denise Rossato.	2015	Health care seeking behavior and patient delay in tuberculosis diagnosis	Estudo transversal	Descrever o comportamento de busca de cuidados de saúde de pacientes com TB, avaliar o atraso do paciente e o número de unidades de saúde visitadas antes do início do tratamento da TB
BERALDO, A. A. et al	2012	Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP)	Estudo epidemiológico do tipo transversal	Analisar o atraso na busca pelo serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto
OLIVEIRA, Luana Carla Santana, et al	2015	A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose	Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa	Compreender como os sentimentos do sujeito influenciam o enfrentamento da tuberculose
WYSOCKI, Anneliese Domingues et al.	2013	Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da	Estudo epidemiológico descritivo	Analisar o tempo decorrido entre a percepção dos sintomas da tuberculose (TB) e a primeira busca por serviço de saúde

		tuberculose	transversal	segundo características dos doentes com TB em São José do Rio Preto – SP
--	--	-------------	-------------	--

Eixo temático II: Efetividade Diagnóstica dos serviços de saúde e capacitação dos Profissionais

Autores	Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo
Andrade, R. L. P. et al	2013	Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?	Estudo transversal	Avaliar a qualidade dos serviços de saúde de atenção básica e pronto atendimento quanto ao diagnóstico da tuberculose pulmonar.
PAIVA, Rosa Camila Gomes et al	2014	Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica	Pesquisa epidemiológica seccional, de abordagem quantitativa	Analisar o desempenho dos serviços de saúde no diagnóstico da tuberculose
PONCE, Maria Amélia Zanon et al	2013	Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil	Estudo transversal	Analisar o desempenho do primeiro serviço de saúde procurado para o diagnóstico da TB pulmonar em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, em 2009.
NEVES, Rubia Rodrigues et al	2016	Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde	Pesquisa operacional	Avaliar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde para o controle da tuberculose, identificando as facilidades e dificuldades, além de analisar a forma como os doentes são acolhidos pela equipe multidisciplinar

Eixo temático III – Razões para o atraso no diagnóstico relacionados ao paciente e aos serviços de saúde

Autores	Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo
Lafaiete RS, Souza FBA, Motta MCS	2013	O atraso no Diagnóstico da Tuberculose	Revisão sistemática de literatura	Investigar estudos relacionados ao atraso do diagnóstico da tuberculose.
MACHADO, Audry Cristina de Fátima Teixeira et al	2011	Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro	Estudo seccional transversal	Estimar o tempo decorrido entre início dos sintomas e diagnóstico de tuberculose pulmonar e analisar os fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no Estado do Rio de Janeiro.
MAIOR, Marina de Loureiro. et al	2012	Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência	Estudo descritivo exploratório	Estimar o tempo entre o início dos sintomas e o início do tratamento de pacientes com tuberculose pulmonar virgens de tratamento e com resultado positivo na baciloscopia direta do escarro, assim como avaliar as variáveis

		da doença		associadas à demora no diagnóstico e no início do tratamento.
PONCE, Maria Amélia Zanon et al	2016	Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal	Estudo transversal	Analisar características dos doentes e dos serviços de saúde associadas ao atraso do diagnóstico da tuberculose
SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antônio et al	2012	Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina	Estudo epidemiológico descritivo exploratório	Identificar os aspectos relacionados aos doentes e aos serviços de saúde no retardo do diagnóstico da tuberculose.

Eixo temático IV – Intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial até o início do tratamento da Tuberculose

Autores	Ano	Título	Tipo de estudo	Objetivo
LEITE, Ricardo Costa	2016	Intervalo do tempo decorrido entre a investigação diagnóstica laboratorial e o início do tratamento em casos de tuberculose pulmonar em um distrito da atenção primária de saúde em Recife - PE	Estudo seccional descritivo	Estimar o intervalo do tempo decorrido entre a investigação diagnóstica laboratorial e o início do tratamento em casos de tuberculose pulmonar, cuja a baciloscopia foi positiva;
SIDEGUM, Daniele Susana Volkart. et al.	2015	Avaliação do atendimento laboratorial a sintomáticos respiratórios para tuberculose que procuraram serviços de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012	Estudo descritivo retrospectivo	Descrever o tempo decorrido entre a identificação do sintomático respiratório para tuberculose e a liberação do resultado laboratorial, bem como entre a obtenção do resultado e o início do tratamento

Fonte: elaborado pelo autor.

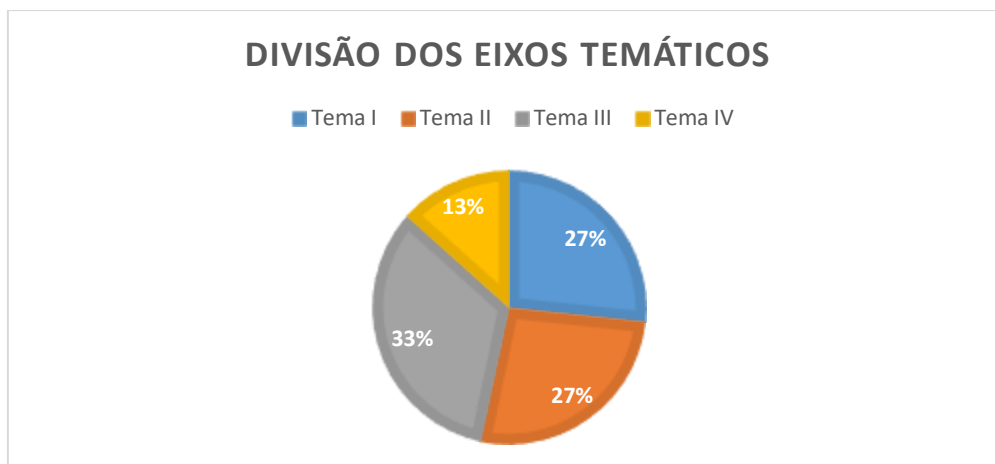
4. RESULTADOS

Foram encontrados um total de 16 artigos na base de dados LILACS, aos quais foram feitas as leituras do título e resumo, onde apenas 1 foi excluído da pesquisa por não responder à questão norteadora, restando 15 artigos para análise.

Após a leitura na íntegra e realização da síntese nos formulários específicos identificou-se os eixos temáticos, onde 28% (4) dos artigos tinham como temática predominante (I) Razões para o atraso no diagnóstico referente ao tipo de busca do paciente; 28% (4) eram sobre a (II) Efetividade diagnóstica dos serviços de saúde / Profissionais; 35% (5) foram sobre as (III) Razões para

o atraso no diagnóstico relacionado ao paciente e aos serviços de saúde e 9% (2) relacionados ao (IV) Intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial até o início do tratamento da Tuberculose, conforme representações da figura 2 e quadro 2.

Figura 2 - Divisão dos artigos por percentual dentro dos eixos temáticos encontrados, Franca, 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Legenda: Tema I – Razões para o atraso no diagnóstico referente ao tipo de busca do paciente; Tema II – Efetividade Diagnóstica dos serviços de saúde e capacitação dos Profissionais; Tema III – Razões para o atraso no diagnóstico relacionado ao paciente e aos serviços de saúde; Tema IV – Intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial até o início do tratamento da tuberculose.

Quadro 2 - divisão das temáticas predominantes, descritores e quantidades respectivas, Franca, 2020.

EIXO TEMÁTICO	DESCRITOR	QUANTIDADE
I	Razões para o atraso no diagnóstico referente ao tipo de Busca Paciente	04
II	Efetividade Diagnóstica dos serviços de saúde e capacitação dos Profissionais	04
III	Razões para o atraso no diagnóstico relacionados ao paciente e aos serviços de saúde	05
IV	Intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial até o início do tratamento da TB	02
		TOTAL = 15 ARTIGOS

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.1. Razões Para o Atraso Diagnóstico Referente ao Tipo de Busca do Paciente

O tempo para a busca de atendimento relacionada ao doente é definida como o processo entre perceber-se enfermo, com a manifestação de sinais e sintomas até a procura de um serviço de saúde, com medianas em dias para a busca dos Serviços de Saúde (SS) que variam entre 15 e 20, podendo estender-se até 90 dias (ALMEIDA; SKUPIEN; SILVA, 2015; BERALDO *et al*, 2012; WYSOCKI *et al*, 2012). Em relação aos aspectos sociodemográfico, o atraso mais prevalente foi observado em pessoas do sexo masculino, com idades entre 50 e 59 anos (BERALDO *et al*, 2012; WYSOCKI *et al*, 2012). Uma das explicações para o achado referente ao sexo, atribui-se ao hábito cultural de homens buscarem os serviços de saúde apenas no agravamento da sua situação de saúde, não havendo o hábito de procura para exames preventivos. Já em relação à idade, pode se explicar pela possível coexistência com outras doenças, dificultando o reconhecimento de estar doente (WYSOCKI *et al*, 2012).

Para que o paciente busque os SS visando o primeiro atendimento, em busca do diagnóstico de TB, é necessário que haja o agravamento da doença com a manifestação de sintomas, havendo então o fato de reconhecerem-se doentes (ALMEIDA; SKUPIEN; SILVA, 2015; BERALDO *et al*, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2015; WYSOCKI *et al*, 2012), onde a presença de sintomas como hemoptise, cansaço extremo, vômitos, febre incessante, e dor torácica podem ser fatores que mobilizam os pacientes a irem em busca de auxílio médico (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Porém, reconhecer-se doente envolve uma série de fatores como o conhecimento cognitivo da doença, aspectos culturais de aceitar-se enfermo com TB e outros aspectos sociais, como a pobreza, analfabetismo, falta de saneamento, morar em bairros distantes, em moradias precárias, tabagismo e desemprego (OLIVEIRA *et al*, 2015; WYSOCKI *et al*, 2012). Destaca-se que o conhecimento satisfatório sobre a doença, nem sempre é um fator decisivo na busca por atendimento nos SS, pois observa-se que o paciente negligencia sintomas primários da TB, como a tosse de início brando por considerar fraco, não atribuindo a real importância. Ademais, outro fato ligado ao conhecimento satisfatório e que se verificou como fator de atraso foi de pacientes tabagistas e etilistas, devido a tosse ser um sintoma que em fumantes já afasta a auto percepção da doença e o etilismo pelo pouco hábito de reconhecer-se doente ou frequentar serviços de saúde (BERALDO *et al*, 2012; WYSOCKI *et al*, 2012).

Um estudo de abordagem qualitativa, realizado em João Pessoa, mostrou que o indivíduo quando possui conhecimentos a respeito da doença,

tem uma maior tendência de lançar mão da auto medicalização, um hábito cultural e um dos responsáveis pelo retardo no diagnóstico da doença, o que ratifica o fato de que nem sempre o conhecimento cognitivo leva o indivíduo a tomar atitudes (BERALDO *et al*, 2012). Já pessoas com baixo conhecimento, há uma maior predominância de sentimentos relacionados ao medo da morte física por não compreendê-la e da morte social, ao isolar-se, pelo fato da doença estar envolta de estigmas ou ideias precipitadas (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Referente ao serviço de preferência que o paciente se direciona ao tomar a atitude de buscar por auxílio em saúde, a primeira opção de maior concordância entre os estudos observados foram os serviços de Pronto Atendimento (PA) (ALMEIDA; SKUPIEN; SILVA, 2015; BERALDO *et al*, 2012; WYSOCKI *et al*, 2012), relacionando esse fator com às experiências prévias do paciente, por aspectos organizacionais desses serviços e culturais do indivíduo (BERALDO *et al*, 2012), em detrimento da Atenção Primária a Saúde (APS) (que é a porta de entrada preconizada para os doentes de TB) que não é vista como primeira opção para o paciente, pela desconfiança na resolução dos seus problemas de saúde nesse serviço e a inexistência de vagas para atendimento em um menor tempo, explicando a maior preferência pelos serviços de emergência (WYSOCKI *et al*, 2012).

4.2. Efetividade Diagnóstica dos Serviços de Saúde e Capacitação dos Profissionais

No Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, há estabelecido que a Atenção Primária a Saúde (APS), tanto pela Estratégia de Saúde Da Família (ESF) quanto pela Unidade Básica de Saúde (UBS), seja a principal porta de entrada para o diagnóstico e manejo dos cuidados de pacientes com TB, na qual, dentro de suas atribuições, está a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e a coleta dos exames pertinentes para a realização do diagnóstico (BRASIL, 2019, p. 290).

Apesar disso, a APS não possui um aporte organizacional para ser a porta de entrada efetiva dos pacientes por demanda espontânea, em razão, dentre outros fatores, da entrada do paciente ser por agendamento, o que diminui o acesso daqueles que estão sintomáticos respiratórios, gerando o encaminhamento do mesmo para o Pronto Atendimento (PA) pela Atenção Básica (ANDRADE, *et al*, 2013). Essa sobrevalorização do PA em detrimento da APS, gera nos pacientes, consciente ou inconscientemente uma sobrevalorização de tecnologias e produtos, em detrimento dos serviços disponibilizados pela APS (PAIVA *et al*, 2014).

A principal porta de entrada ao início dos sintomas foi a Unidade de Pronto atendimento (UPA), em estudo realizado em São José do Rio Preto

– SP, onde foi observada uma baixa suspeição, devido ao fato do paciente ter tido a Hipótese diagnóstica de outras doenças, sendo que esses em sua maioria foram diagnosticados pelo hospital (39,5%), seguido da Atenção Básica (30,9%), onde esse último serviço, diagnosticou 46,5% dos que procuraram a UPA, e esse apenas 20%, evidenciando a pouca qualificação dos profissionais em suspeitar da doença e colher exames específicos com o intuito do diagnóstico oportuno na unidade de pronto atendimento (PONCE *et al*, 2013). A sobrecarga de trabalho, rotatividade de recursos humanos, deficiências na quantidade de profissionais de saúde, e a disponibilidade de recipiente para coleta de escarro, foram observados como fatores que influenciam na baixa suspeição e fragilidades para identificar casos com TB, contribuindo dessa maneira, para o retardo no diagnóstico o que reforça a importância de programas de capacitação permanente nesses serviços (ANDRADE, *et al*, 2013).

Neves *et al*, em uma pesquisa operacional realizada em quatro UBS e um Centro de Saúde Escola (CSE) em Belém, observou que a maioria dos pacientes (67,6%), optaram pela APS na rede pública para exames médicos e foi onde receberam o diagnóstico, apesar de terem ido mais de uma vez (57,8%), correlacionando essas situações ao fato de que grande parte desses pacientes (82,4%), residiam próximo a UBS, não havendo dificuldades com transporte nem gasto de recursos, sentiam-se acolhidos pelos profissionais e à vontade para expor dúvidas e preocupações a respeito da doença (NEVES *et al*, 2016).

Já em outro estudo, foi demonstrado que, apesar de Atenção Básica estar provida de insumos e recursos humanos para identificar casos de TB, isso não se mostra incorporado na prática, em razão da baixa quantidade de diagnóstico desse serviço (ANDRADE, *et al*, 2013). Dessa forma, observa-se que há a necessidade de qualificar esses profissionais, para a suspeição oportuna, o que evitaria retorno sucessivos do paciente, diminuindo as chances de disseminação do bacilo, com ampla necessidade de transcender o marco fragmentado e reducionista desses serviços de saúde (PONCE *et al*, 2013).

4.3. Razões Para o Atraso no Diagnóstico Relacionados ao Paciente e aos Serviços de Saúde

Os estudos a serem discutidos dentro dessa área temática abordam tanto os fatores ligados ao paciente quanto aos serviços de saúde para haver o retardo no diagnóstico e tratamento de TB. Relativo ao tempo, há uma concordância entre os estudos ao definir que o atraso do paciente é relativo ao tempo entre a auto percepção dos sintomas e a entrada nos SS. Já o tempo relacionado aos serviços de saúde, define-se como aquele entre a primeira consulta nos serviços de saúde até o diagnóstico (LAFAIETE; SOUZA;

MOTTA, 2013; MACHADO *et al*, 2011; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012).

Referente ao atraso do paciente, o tempo é variável na literatura, podendo ser 15, 30, 56 chegando até a 120 dias (LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013; MACHADO *et al*, 2011; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Diferentemente do observado anteriormente, onde relaciona-se o atraso ao sexo masculino, é possível verificar que ser do sexo feminino, com baixa escolaridade, desemprego, solteira, idade maior ou igual a 60 anos, são fatores que contribuem para o atraso (MACHADO *et al*, 2011; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012), em que o baixo índice de suspeita em mulheres está atrelado a iniquidades entre os gêneros, dificuldade em fornecer escarro pelo medo e estigma da doença e a dupla jornada de trabalho das mulheres, são barreiras para o acesso dessas ao sistema de saúde (MACHADO *et al*, 2011).

Quanto a percepção dos sintomas, pessoas etilistas e tabagistas, tiveram um menor atraso, por fatores diversos, como as influências de campanhas antitabagismo e alcoolismo no Brasil, ou mesmo pelo agravamento da condição clínica de TB no paciente (PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Os estudos foram unânimes ao destacar uma deficiência na auto percepção da doença, onde o paciente não reconhece os sintomas iniciais (como a tosse) por considerá-los de leve intensidade (LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013; MACHADO *et al*, 2011; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Com isso, a presença de tosse, hemoptise, febre, sudorese noturna e perda de peso, podem ser sintomas que mobilizam o paciente a procurar o sistema de saúde (MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016).

A auto medicalização é um fator que contribui para esse atraso, assim como o paciente que recebe a hipótese diagnóstica de outra doença (LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016). A tosse resulta em uma chance 11 vezes maior para o retardo na procura pela assistência, influenciado também pela baixa escolaridade ou precário conhecimento a respeito da doença (MACHADO *et al*, 2011), dessa forma, a busca passiva de casos é algo deficitário por depender de fatores relacionados ao paciente quanto a questão de perceber-se doente, havendo uma melhor resolutividade quando é feita a busca ativa de casos (MAIOR, *et al*, 2012).

No tocante da preferência quanto aos serviços de saúde, os pacientes têm como porta de entrada na maioria dos casos o PA e hospital (MACHADO *et al*, 2011; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Além das influências culturais, que ainda se configuram medicocentradas e hospitalocêntricas, fomentada pela constituição hegemônica dos serviços de saúde, o doente de TB vê na atenção secundária e terciária uma maior resolutividade da sua situação de saúde, facilidade de

acesso a qualquer hora e meios diagnósticos mais facilitados (PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). A APS mantém-se como um dos serviços com menor procura ao início dos sintomas, justificada pela baixa credibilidade da população, burocracia para o atendimento, filas, demoras para entrega dos exames e descontinuidade do cuidado (SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Apesar das deficiências do serviço em se configurar como porta de entrada, o diagnóstico foi mais frequente em algumas unidades de atenção primária a saúde (LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013; MACHADO *et al*, 2011).

Referente ao tempo de atraso dos serviços de saúde, que é aquele da primeira consulta até o diagnóstico, também existem variações entre 10, 15, 21 até 39 dias. A grande rotatividade dos pacientes pelos serviços de saúde até a obtenção do diagnóstico constitui-se como uma importante variável dentro dos estudos observados (LAFAIETE; SOUZA; MOTTA, 2013; MACHADO *et al*, 2011; MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Esse fator é atribuído aos problemas de infraestrutura e a baixa suspeição e solicitação dos exames para diagnóstico pelos profissionais de saúde, conseqüentemente, faz com que o paciente busque outro serviço, acarretando um maior retardo no diagnóstico e posterior tratamento (MAIOR, *et al*, 2012; PONCE, *et al*, 2016; SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012). Quando o profissional suspeita na primeira consulta e solicita os exames para diagnóstico ou encaminha o paciente para a especialidade que trata a TB, observou-se uma redução no atraso do diagnóstico (SILVA-SOBRINHO, *et al*, 2012).

O Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB), é um teste de amplificação dos ácidos nucleicos, utilizado para detecção do DNA dos bacilos da *M. Tuberculosis*, apresentando resultado em aproximadamente duas horas, apenas com uma amostra de escarro, com a sensibilidade de 90% (superior a baciloscopia), estando disponível em toda rede pública de saúde em alguns municípios brasileiros (BRASIL, 2019, p. 55). Apesar de ser uma importante ferramenta para o diagnóstico oportuno, em menor tempo, contribuindo para o início do tratamento, o TRM-TB, para ser efetivo, depende da qualificação dos recursos humanos em reconhecer a doença (PONCE, *et al*, 2016), o que não é uma realidade observada.

4.4. Intervalo de Tempo Entre o Diagnóstico Laboratorial até o Início do Tratamento da TB

O diagnóstico precoce é essencial para viabilizar o início do tratamento oportuno, pois as chances de melhor prognóstico são maiores, possibilitando a quebra na cadeia de transmissão (LEITE, 2016). O intervalo de tempo entre o diagnóstico laboratorial e início do tratamento foi dividido de três maneiras, em que o primeiro se refere ao tempo entre o registro para realização dos exames pelo laboratório até a liberação do resultado no sistema,

sendo esse preconizado pelo Ministério da Saúde que seja de 24 horas. O tempo entre a data da liberação do exame pelo laboratório até a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e por fim o tempo entre a notificação no SINAN e início do tratamento, onde o tempo entre a liberação no SINAN e início do tratamento é preconizada que seja de 2 dias (LEITE, 2016; SIDEGUM, *et al*, 2015).

Foi observado que o tempo total desde o registro para realização dos exames laboratoriais até início do tratamento foi de 3 a 8 dias, sendo que o preconizado nesse período todo seja de 3 dias, onde a baciloscopia confirmou mais casos do que o TRM-TB, devido as dificuldades pela quantidade da amostra (LEITE, 2016). A dificuldade encontrada para realização do TRM-TB pode ser explicada pela terceirização que o serviço de saúde faz ao paciente, quando delega a função deste em coletar a amostra de escarro em casa e posteriormente levar ao serviço de saúde, o que pode acarretar em riscos de a amostra sofrer danos pelo armazenamento, transporte e local de coleta inadequado, quando o que se preconiza é que o próprio serviço faça essa coleta e já encaminhe para o exame laboratorial (SIDEGUM, *et al*, 2015).

O tempo de processamento pelo laboratório até a liberação no SINAN, avaliado pelo outro estudo, foi de dois dias, maior do que se preconiza, assim como o tempo entre o resultado positivo e início do tratamento que não deve ultrapassar 48 horas foi de 3 dias (SIDEGUM, *et al*, 2015). A notificação no SINAN é um pré-requisito para o início do tratamento, onde observa-se uma necessidade de instrumentalização e capacitação da rede de APS para não haver perdas de informações importantes que alimentam o sistema (LEITE, 2016).

Além disso, foi observado que para o início do tratamento houve um tempo mais elevado, devido a centralização do tratamento medicamentoso para TB em um serviço. Isso implica em dificuldades para o doente, como a distância a ser percorrida do domicílio até a unidade de referência para o tratamento. A busca ativa é reforçada como um importante fator para reduzir o tempo entre a identificação do sintomático respiratório e início do tratamento, pois possibilita a descentralização dos serviços e contribui para a redução desse período (SIDEGUM, *et al*, 2015). Como ressalta Leite (2016), uma pessoa com TB positiva pode infectar 10 contatos por ano e mais de 20 durante a história natural da doença até a morte, ratificando a importância do diagnóstico precoce e início do tratamento oportuno para ocorrer a quebra na cadeia de transmissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico e tratamento da tuberculose são influenciados por vários aspectos, dentre esses aqueles relacionados ao tipo de busca pelo próprio paciente e relacionado à resolutividade dos profissionais e serviços de saúde, sendo que esses aspectos repercutem no atraso do diagnóstico e início do tratamento.

A consolidação dos serviços de saúde ainda segue um padrão centralizado, onde não há efetividade das políticas de controle da tuberculose em razão dos fatores organizacionais e constituintes dos serviços de saúde e as peculiaridades ligadas ao paciente com TB. A busca passiva dos casos foi vista como pouco eficiente para o diagnóstico precoce, pois os fatores intrínsecos ao paciente são determinantes para a motivação de sua busca por auxílio. Além disso, a baixa suspeição observada por parte dos serviços de saúde e a ineficiência na tomada de decisão quanto a coleta de exames, diagnóstico e tratamento, configuram-se como desafios no enfrentamento da doença.

É de suma importância uma revisão do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde no sentido de fazer valer os princípios organizacionais do SUS de regionalização e hierarquização, visando o fortalecimento do cuidado com a população portadora de TB, que faz parte do território adstrito, possibilitando uma melhor busca ativa dos casos, diagnóstico e tratamento precoce, quebrando assim as barreiras de acesso que o paciente possui ao buscar os serviços, sendo importante também incorporar a essas ações a capacitação dos profissionais de saúde na suspeição e tomada de decisão que oportunize o tratamento precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Carlos Podalírio Borges de; SKUPIEN, Erika Cavalheiro; SILVA, Denise Rossato. **Comportamento em busca de cuidados de saúde e atraso do paciente no diagnóstico da tuberculose**. Cafajeste. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 321-330, fevereiro de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200321&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de junho de 2020

ANDRADE, R. L. P. *et al.* **Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento?**. Rev Saúde Pública, [Ribeirão Preto – SP], v. 47, n. 6, p.1149-58, 2013.

BERALDO, Aline Ale *et al.* **Atraso na busca por serviço de saúde para o diagnóstico da Tuberculose em Ribeirão Preto (SP)**. Ciência & Saúde Coletiva, Ribeirão Preto, v. 11, n. 17, p. 3079-3086, 30 ago. 2012.

BRASIL. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional pelo fim da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série A. Normas e manuais técnicos).

CAMPOS, H. S. **Etiopatogenia da tuberculose e formas clínicas**. Pulmão RJ. n.15, v.1, p. 29 – 35, 2006.

LAFAIETE, R.S; SOUZA, F. B. A; MOTTA; M. C. S. **O atraso no Diagnóstico da Tuberculose**. J. res.: fundam. care. Online, Rio de Janeiro – RJ, v. 5, n. 3, p. 174-180, 2013.

LEITE, R. C. **Intervalo do tempo decorrido entre a investigação diagnóstica laboratorial e o início do tratamento em casos de tuberculose pulmonar em um distrito da atenção primária de saúde em Recife – PE**. Recife: [s. n.], 2016. 87 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia e Controle da Tuberculose) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

MACHADO, A. C. F. T. *et al.* **Fatores associados ao atraso no diagnóstico da tuberculose pulmonar no estado do Rio de Janeiro**. J Bras Pneumol, [Rio de Janeiro – RJ], v. 37, n. 4, p. 512-520, 2011.

MAIOR, M. L. *et al.* **Tempo entre o início dos sintomas e o tratamento de tuberculose pulmonar em um município com elevada incidência da doença**. J Bras Pneumol, [Nova Iguaçu-RJ], v. 38, n. 2, p. 202-209, 2012

MENDES, K. D. S *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 758-764. 2018

NEVES, R. R *et al.* **Acesso e vínculo ao tratamento de tuberculose na atenção primária em saúde**. Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 5143, 2016. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5143-5149>.

OLIVEIRA, L. C. S *et al.* **A discursividade do sujeito sobre sentimentos associados ao enfrentamento da tuberculose**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 17, n. 1, p. 12-20, 31 mar. 2015.

PAIVA, R. C. G. *et al.* **Acessibilidade ao diagnóstico de tuberculose em município do Nordeste do Brasil: desafio da atenção básica**. Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 6, n. 3, p. 520-6, 2014. Acesso: 22/05/2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.23491>

PILLER, R. V. B. **Epidemiologia da tuberculose**. Pulmao RJ, n. 21, v. 1, p.4 - 9, 2012.

PONCE, M. A. Z. *et al.* **Atraso do diagnóstico da tuberculose em adultos em um município paulista em 2009: estudo transversal.** Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 25, n. 3, p. 553-562, 2016.

PONCE, M. A. Z. *et al.* **Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 945-954, 2013.

SASAKI, N. S. G. M. S. *et al.* **Atrasos na suspeita e no diagnóstico de tuberculose e fatores relacionados.** São José do Rio Preto – SP: Rev Bras Epidemiol; p 809 – 823, 2015.

SIDEGUM, D. S. V. *et al.* **Avaliação do atendimento laboratorial a sintomáticos respiratórios para tuberculose que procuraram serviços de saúde em Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 4, p. 695-700, 2015.

SILVA-SOBRINHO, R. A. *et al.* **Retardo no diagnóstico da tuberculose em município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina.** Rev Panam Salud Publica, [Nova Iguaçu – PR], v. 31, n. 6, p. 461-468, 2012.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

World Health Organization. **Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report.** Geneva: World Health Organization; 2009.

WYSOCKI, A. D. *et al.* **Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da tuberculose.** Rev Esc Enferm Usp, Ribeirão Preto, v. 2, n. 47, p. 440-447, 6 jul. 2012.

ZUIM, R. C. B; TRAJMAN, A. **Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro – RJ: Physis: Revista de Saúde Coletiva; p 2 – 19, 2018.

O ACESSO E ACOLHIMENTO NA UBS DE FRANCA

Thiago Luna de Carvalho
Thiagoluna1587@gmail.com

Haroldo Silva Santana
Haroldosantana3@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária, foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Isso demonstra, por um lado, a força do ideário e do conjunto de atores e instituições construtores do SUS, tornando-o um verdadeiro patrimônio público, que, como tal, deve ser bem cuidado. Por outro lado, o SUS precisa ser “protegido” e “cultivado” não apenas para evitar retrocessos ao grande pacto social do qual é resultado, mas também porque ainda há muito que fazer para consolidar esse sistema e, assim, possibilitar que todo brasileiro se sinta cuidado diante das suas demandas e necessidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nessa perspectiva, sobre a revolução da saúde destacamos o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) que estão inseridas nas redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co)gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral. No entanto observamos uma assistência muito ineficaz devido um acesso muitas vezes também ineficaz; lembramos que o acesso aos cuidados primários de saúde ainda é um problema em muitos países (ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016).

Sabe-se que o sistema de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população, por meio do uso do conhecimento mais avançado sobre a causa das enfermidades, gestão das doenças e maximização da saúde. A segunda é minimizar as desigualdades de atendimento entre subgrupos populacionais (STARFIELD, BARBARA, 2002).

Acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ ou referenciá-los se necessário. O acolhimento consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Depende do modo de produzir saúde dos trabalhadores, direcionado pelas diretrizes do ministério da saúde. O acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, deve ser prioridade pelos profissionais da saúde isso garante com que ocorra o acesso universal ao usuário. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Com base nessas reflexões, o objetivo deste estudo foi analisar o trabalho de uma Unidade Básica de Saúde – de Franca no período de março até junho do ano de 2020, no que se refere ao acesso dos usuários e à produção do acolhimento, durante o trabalho vivo em ato, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que foi construído, bem como as concepções dos trabalhadores acerca do usuário do serviço.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, transversal e observacional que se preocupa com o acesso dos usuários e acolhimento dos profissionais. Esses dados foram obtidos através da observação livre pelos pesquisadores em uma entrevista semiestruturada e gravações de áudio; foram avaliados o atendimento da recepção, fonoaudióloga, enfermagem e técnicas de enfermagem em escutar e acolher esse usuário, os médicos não foram entrevistados, devido ter uma grande demanda de atendimento durante o dia, portanto com o horário restrito para responder o questionário.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 a Janeiro de 2020, por meio de observação livre por amostragem de tempo, entrevista através de um questionário com 13 perguntas e com gravações de

áudio. Foi observada a atividade na unidade com um total de horas, 50 horas, intercalando os períodos de manhã e tarde conforme a jornadas de trabalho aleatórias dos membros da unidade de saúde.

Para desenvolver essa pesquisa foi solicitado as autorizações para fazer as entrevistas, através da secretaria de saúde e em seguida foi enviado para a PLATAFORMA BRASIL, buscando zelar pela integridade ética do projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Uni-FACEF – Centro Universitário Municipal de Franca e foi aprovado nº 3699198.

3. RESULTADO

- **Caracterização dos Profissionais**

Os informadores dos estudos foram, um total de 7 profissionais. Sendo, 1 enfermeiras, 1 fonoaudióloga, 3 técnicas de enfermeiras e dois recepcionistas.

Na UBS possui uma recepção, uma sala de curativo, uma sala de triagem e 2 salas de atendimentos médicos são realizados alguns procedimentos entre eles como: vacinação, curativos, injeções, consultas médicas – receitas , aerossol, retirada de ponto, controle de pressão arterial, controle de glicemia, medicações, aplicação de insulina, tratamento odontológico, coleta de resíduos - *descarta TAP*, solicitações de exames, coleta o citologia oncótica, teste do pezinho, lavagem do ouvido, pré-consultas (triagem), pós-consultas (acompanhamento) e glicemia capilar.

Os atendimentos médicos: com especialidade de clínica médica, são realizados todos os dias, na segunda a quarta – feira de período integral e nos durante quinta a sexta-feira atendimento no período vespertino. Na especialidade de pediatria o atendimento ocorre de segunda a quinta-feira pela manhã, na especialidade psiquiatra são feitos atendimentos somente na quarta -feira de manhã e na ginecologia é encaminhado pela central de atendimento que faz a referência, que serão marcado em qualquer horário e dia no horário comercial (segunda a sexta).

- **Acesso:**

A atenção básica é a porta preferencial do sistema de saúde, que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atenção primária envolve o manejo dos pacientes que geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em um único diagnóstico conhecido e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. Por isso um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema:

ameaça os objetivos de equidade. A atenção básica observa os fatores genéticos, ambientais, sociais e político de cada região que a unidade tem abrangência. (STARFIELD, BARBARA, 2002).

Observa-se que o acesso aberto, é descrita como uma organização que ajuda o usuário a ter marcação de consultas para o dia de forma eficaz, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir tanto as filas que se formam e também o tempo de espera para a consulta médica. Este sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde (ASSIS & JESUS, 2012).

Em entrevista com os profissionais de saúde, observa-se na descrição:

“A pessoa, chega e a porta de entrada é a recepção, que vai falar o que está sentindo e a recepção vai chamar a gente que somos os profissionais, isso se o paciente tiver agendado, nem todos os médicos atende por encaixe, tem pessoas que chegam 5h00 da manhã querendo um encaixe, não tem como pegar uma pessoa que está passando mal que não quer usar o pronto socorro e colocar ela na frente de quem está como encaixe.”

Nota-se que no relato do profissional, um discurso em relação ao encaixe do paciente, que tem como definição: completar um todo ou parte de um todo, um sistema fechado e sem flexibilidade, ou seja, muitas vezes esse usuário não estará incluso neste atendimento, devido ser um sistema sem a possibilidade do acesso do atendimento priorizado ao usuário e conseqüentemente observa uma exclusão tanto do atendimento médico assistencial, quanto do acesso e do acolhimento da atenção básica com o usuário.

Na prática ainda existe um acesso bem inadequado “seletivo, focalizado e muitas vezes excludente”. No entanto, observa nas evidências que são poucas oportunidades de uso de serviços de saúde para os usuários mais carentes o que demonstra uma limitação no seu acesso universal. As diferentes abordagens sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, considerando que: “acesso é um conceito muito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No contexto brasileiro, a temática em discussão o acesso mostra que é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação: “não se cria igualdade por Lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a Lei”. Apesar da Carta Magna Brasileira de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A garantia na legislação

brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, para se concretizar o direito à saúde que é necessário ter como alicerce, de um modelo social fundamentado na “solidariedade humana e na igualdade social” (ASSIS & JESUS, 2012).

- **Acolhimento, tensões e atendimento centrado no médico :**

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Assim nos serviços de saúde os acolhimentos são considerados como processos de relações humanas e devem ser realizados por todos os trabalhadores de saúde, em todos os setores de atendimento, não se limitando ao ato de receber, mas constituir uma sequência de atos e modos que compõem o trabalho em saúde (SOUZA, ZEFERINO, & FERMO, 2014).

Em continuação das entrevistas com os profissionais :

“Porque logo cedo começa as brigas, caso passe um paciente mas grave na frente o que não é justo para quem ficou esperando para a consulta. Porque tem esse atendimento no pronto socorro se tiver encaixe nos encaixamos mas são por ordem de chegada. As pessoas que não querem ser atendida no pronto socorro, seja por qualquer motivo, eles esperam e são atendida no encaixe isso, se o médico aceitar, que não são todos daqui que aceita.”

Observa-se que além de ter uma exclusão dos profissionais com os usuários não existe uma escuta qualificada dos usuários ,ou seja, não tem atenção em suas queixas, preocupações e angústias, além de não existir um critério de classificação de risco para poder direcionar o usuário, para que os pacientes tenham a possibilidade de um cuidado e uma assistência qualificada, em nenhum momento, foi apontada a existência de avaliação de risco, para solucionar a vulnerabilidade do usuário seja por queixa aguda ou crônica agudizada, de forma que deveria ser padronizada por um profissional da saúde. Constata-se, também, a percepção dos trabalhadores na tentativa de diminuir as tensões entre os usuários nos atendimentos, demonstra uma demanda que tem como conhecimento a consulta ser preferencialmente atendida por profissional médico, ou seja, atendimento centrado no médico. Na atenção primária é necessário que ocorra um acolhimento eficaz e uma contra-referência mais efetiva, isso não ocorre devido a ausência de acesso eficazes, alinhado a uma assistência e o cuidado do usuário inadequado; Isso demonstra uma deteriorização dos direitos do usuários e a ineficiência do Estado em contribuir para a atenção primária de qualidade além de não resguardar o que está na constituição brasileira, que o Estado tem o dever de proporcionar os direitos no âmbito da saúde para os seus cidadãos.

Nota -se com essas diversidades na abordagem do usuário, que reflete a importância da categoria do acesso na formulação e implementação

de políticas públicas e o seu potencial para mudanças na organização do SUS. Nesse sentido, é importante identificar os fatores limitantes desta dimensão: como a baixa acessibilidade, sistema fragmentado, focalizado, ausência de hierarquia, descentralização e regionalização da rede de assistência, ausência de equidade, de acolhimento e permeando estes diversos fatores, a excludente capacidade financeira (ASSIS & JESUS, 2012).

No relato dos profissionais de saúde, observa-se que os usuários esperam longos períodos para poder conseguir um atendimento, que muitas vezes não consegue solucionar as dificuldades que os mesmo trazem diante dos médicos. E isso ocorre devido uma escuta inadequada, além da grande quantidade de pessoas que necessitam de atendimento e acabam ficando frustrada com o setor publico de saúde evidenciando uma falta de sensibilidade entre os usuários, com os pacientes mais graves.

Nota-se que quando se tem um acolhimento inadequado, ocorre tensões entre os usuários e um entendimento da consulta centrado no médico, uma demanda supersaturada e privação dos atendimentos. Essas variáveis possibilita a diminuição cada vez mais do vinculo entre a comunidade e os profissionais da saúde, aumentando as margens de insatisfação dos usuários com a UBS e os profissionais.

No discurso dos profissionais da saúde um acolhimento e um acesso fragilizado, gera uma desconfiança e vinculo ineficaz entre os profissionais da saúde e os pacientes. Os profissionais tentam com os recursos que lhe são ofertado desenvolver suas atividades da melhor forma possível, além de tentarem solucionar todas as demandas dos usuários. O acesso na atenção primária deve ser de forma efetiva sem gerar tensões entre o usuário e os profissionais e é necessário procurar apreender e equilibrar o atendimento dos usuários através da concepção de equidade.

Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas através da formulação e implementação de determinadas ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O acolhimento surgiu a partir das discussões sobre a reorientação da atenção à saúde, sendo elemento fundamental para a reorganização da assistência em diversos serviços de saúde, direcionando a modificação do modelo tecno-assistencial. É um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Observa-se que a ineficiência tanto no acolhimento como no atendimento ocorre muitas vezes devido uma sobre carga de horas trabalhadas dos profissionais e a falta de recurso pelo o setor publico, o que gera uma tensão entre os profissionais e o usuários, além de gerar uma quebra do vínculo, entre o paciente com o profissionais. Esse ciclo de ineficiência traz aos usuários, uma série de prejuízos dentre elas, o usuário acaba não sendo precursor das terapias proposta pelos profissionais saúde o que possibilita uma verticalização do atendimento, ou seja, o tratamento focado com decisão no médico. Isso gerar muitas vezes um tratamento ineficaz durante as consultas, não proporcionando um acolhimento eficaz, e conseqüentemente gera distorções tanto no atendimento ao paciente quanto nas classificações que os profissionais deveria aplicar para as consultas seja imediata, prioritária ou ao dia, além de teste rápidos sendo eles de gravidez e anti-HIV e insulinas para os diabéticos que são condições básicas que devem estar disponíveis para os usuários.

Para o Ministério da Saúde existem várias definições de acolhimento o que revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a este termo. Ainda segundo este órgão, o acolhimento se revela tanto no discurso como nas práticas concretas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse sentido, perguntar- se, para os profissionais sobre o serviço específico, se tem ou não acolhimento, é muito importante saber se o serviço oferece um acolhimento adequado e, além disso, também é apropriado analisar como ele funciona adequadamente. Diante de o exposto compreender, como ocorre o processo de acolhimento é importante para relatar como estão sendo aplicadas as diretrizes do ministério da saúde em Franca.

“Cada unidade trabalha de uma forma diferente, eu tenho que trabalhar conforme a equipe trabalha que nem aqui, pediatria pesa e mede todas as crianças e dar prioridade das crianças com maiores gravidades, os adultos ja é priorizado nos quadros complexos mais, observo o quadro do paciente e faço aferição da glicemia e pressão além observar os sinais vitais se não tive gravidade, ai sigo a ordem de chamada.”

Ao observar as descrições dos profissionais, eles não possuem um protocolo pré-determinado, o que gera um atendimento ineficiente embora eles verifiquem os sinais vitais e o atendimento é priorizado, existem uma grande dificuldade dos profissionais em entender o acolhimento de forma efetiva, nota-se que a sala de triagem dos profissionais são considerado como uma sala de acolhimento. No entanto o Ministério da Saúde prioriza a divisão entre a sala de triagem com o acolhimento, sendo locais distintos e atendimentos em salas diferentes.

Os profissionais devem saber de forma medular a diferença entre a triagem e acolhimento, deve-se conhecer como faz a classificação de risco do acolhimento que é uma escuta qualificada, além de avaliar o risco do

usuário e se possui predileção em casos agudo ou crônicos que possuem tipos de subgrupos, por exemplo, sendo os atendimentos imediatos com alto risco de vida, necessita de uma intervenção médica, atendimento prioritário risco moderado, crises asmáticas leves, febre, gestante com dor abdominal e atendimento ao dia risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante, quadro de disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, conflito familiar e nos casos não agudizados que são orientados as unidades de saúde próximas, adiantamento de ações previstas ou protocolos como teste de gravidez e imunização e programação de intervenções se são ofertados agendamentos de consultas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A atividade dos profissionais de um serviço de saúde deve ser entendida como um espaço no qual ocorre o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação das quais serão atendidas. O que chamamos acolhimento, é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada. As atividades da equipe devem ser feitas, via de regra, pela recepcionista, auxiliares de enfermagem, que seguem um cardápio preestabelecido de opções de encaminhamento, limitado pela capacidade tecnológica da unidade (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Constatamos que auxiliar de enfermagem que faz o acolhimento, que por sua vez deveria ser feito pela enfermagem, ambas não utiliza o critério descrito pelo ministério da saúde, que são os atendimento emergencial, priorizado e ao dia. Isso proporciona um acolhimento ineficaz e que precisa de mudança do processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde, ultrapassando, portanto, o atendimento humanizado.

“Agente segue um padrão de idade entre os 80 anos e 60 anos e fora desse padrão não tem a classificação de gravidade com exceção se ele tiver passando mal. Se ele tiver uma pressão alta ou uma cefaleia intensa, ai eu indico pro clinico e tento passar ele na frente, mas caso o clinico não está aqui na unidade nos falamos pra ele ir para um pronto socorro (PS), se ele tiver como ir com transporte próprio com um acompanhante, ai orientamos onde ele ir ou então chamamos o SAMU. Chamamos o SAMU e colocamos como prioridade e não precisa passar novamente pela recepção ia direto para ala onde tem o médico responsável. Normalmente as pessoas por conhecer o sistema acaba usando o SAMU, e acaba burlando o sistema e deixando de atender as pessoas prioritária.”

No relato do profissional da saúde cada unidade tem uma forma de trabalho, quando se fala sobre o acolhimento e que as prioridades tanto de idosos como usuários em casos de gravidade são feitas através do olhar clínico na sala de triagem não passando para a sala de acolhimento, e o mesmo deve ser visto, portanto, como uma falha do dispositivo potente, o que gera um atendimento ineficaz além de uma restrição do acesso da comunidade com o sistema de saúde, além de não gerar e propiciar vínculo entre equipe e

população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadeia cuidado integral e modificar o olhar clínico. Uma sobrecarga dos profissionais saúdes e com recursos restritos para a UBS, dessa maneira, torna-se difícil não ter um comprometimento dos trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar e com os pacientes é importante ter uma divisão mais ampla do trabalho sem sobre carregar dos trabalhadores, para que os mesmo possa gerar um vínculo e proporcionar não só um atendimento mas sim um acolhimento de qualidade.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (CAMELO, LIMA, VOLPE, SANTOS, & REHEM, 2016).

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família. O acolhimento nos serviços primários da saúde possibilita uma continuidade da assistência e estabelece a articulações com esses outros serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos, além de ser uma alta tecnologia que pode ser disponibilizada. Pode-se observar que acolhimento não está ligado com aferições de sinais vitais e medidas de glicemias que são procedimentos chamado triagem o que existe uma confusão muito grande da equipe, entre a sala de triagem e a sala de acolhimento.

Observa-se que a recepção envia direto para a sala de triagem onde são feitos os sinais vitais e medidas imediatas aos usuários: Em continuação dos relatos dos profissionais da saúde nota-se um não entendimento do que é realmente o acolhimento e observa nos profissionais estudo descontinuado com a saúde coletiva. Observa-se que as classificação de risco do acolhimento não são feitas de forma adequada e existe uma mistura entre os conceitos e atitudes da triagem com o acolhimento.

“Nós temos a sala de acolhimento a pré-consulta da enfermagem que é a triagem a sala de acolhimento, fazemos o dextro, medimos a pressão, eles contam a vida pra gente é onde a enfermagem acolhe. Agente procura explorar um pouco mais paciente. E você consegue sentir o paciente, muitas vezes não precisa fala o que ele está sentindo. Eu vejo o que ele precisa e exploro mais pra saber, o que ele tem e na maioria vejo que o problema é emocional então eu acolho e tento encaixar em uma consulta rápida ou mais rápido possível.”

No sistema de saúde, o acolhimento pode significar muito além de uma sala que irá direcionar para a triagem pode significar a facilidade no acesso dos usuários nas unidades de saúde, ao oferecimento de uma assistência adequada para tanto, ele se dá na melhoria do cuidado e da resolutividade da assistência prestada. O acolhimento é uma estratégia de mudança no processo de trabalho alterando as relações entre profissionais e usuários. Sendo que a equipe de saúde deve utilizar de todo seu conhecimento para prestar a assistência de qualidade, a fim de ampliar suas intervenções com a promoção de saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada.

Neste processo é muito importante que tanto o profissional quanto o usuário estabeleçam uma relação de vínculo e confiança, em prol de juntos buscarem soluções para suas necessidades. Atenção Primária de Saúde refere-se ao nível de atenção mais elementar de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações como o acesso e o acolhimento é capaz de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se no primeiro e preferencial contato.

- **Soluções dos trabalhadores:**

A atenção básica passa a ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio aos sistemas de saúde. Reinventar as conexões e os sentidos da atenção básica, buscando construir novas linhas de articulação entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva, e isso deve possibilitar um trabalho adequado dos profissionais para melhorar o acesso e acolhimento através de levantamentos de dados dos pacientes e isso inclui um horizonte diferenciado na agenda político-sanitária também do Brasil, e isto exige vontade política e capacidade de realização. Observar-se nos relatos dos outros profissionais da saúde:

“Nos tínhamos aquela, reunião mensais mais agora não temos e não fazemos levantamento de dados e não temos nada pra especificar o caso, mas tentamos solucionar os casos mais difícil. Olha não fazemos levantamento dos casos, mas nós vemos conforme vemos a dificuldade das pessoas.”

Ao atentar no processo de trabalho, nota-se uma não sincronia dos profissionais, formando assim um grupo e não uma equipe, sendo que o grupo é desconectado e cada trabalhador faz seu trabalho sem uma direção ou objetivo, o que gera um atendimento deslocado para eixo do usuário, ou seja, um atendimento centrado no médico, além de não ter envolvimento entre a equipe multiprofissional, a qual se encarregaria da escuta qualificada do usuário, o descomprometendo da relação da equipe, acaba gerando um problema de saúde e de transformação na relação entre trabalhador e usuário,

nota-se que não existe embasamento em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Dessa forma muitos usuários ainda deixam a unidade de saúde sem resolver seu problema. Portanto, nestes casos, a proposta do acolhimento não foi contemplada, já que não se estabelece reuniões mensais com os profissionais, para se obter um atendimento melhorado para as necessidades da população. É importante ressaltar que nem todos os usuários que buscam a UBS precisam de atendimento médico, acreditando muitas vezes que sua demanda somente será solucionada por um profissional. Por isso, a importância do acolhimento e as reuniões constantes dos profissionais, pois pode orientar e direcionar o atendimento apropriado a necessidade apontada pelo usuário (CAMELO; LIMA; VOLPE; SANTOS Et.al, 2016).

“Aqui não temos médico que vai na casa, mas eu faço o que eu posso e tento chegar na casa do paciente e fazer o possível pra ajudar as pessoas que tem mais dificuldade. Mas não fazemos levantamento das dificuldades dos pacientes para tentar fazer um projeto terapêutico.”

Ao observar acima descrito pelos profissionais de saúde, eles fazem a visita domiciliar na tentativa de tentar compreender e solucionar alguns problemas aleatórios da comunidade. Os profissionais tentam se socializar com parte da população, trabalha por ela e para ela, conforme a disponibilidade dos recursos que possui a unidade. Entre as principais atividades desse profissional estão as de acompanhar as famílias, indivíduos e grupos, com o intuito de estimular a promoção da saúde, prevenção das doenças e seus agravos. Além disso, esse profissional atua na família como mediador entre o sistema de saúde e a comunidade, possibilitando-lhe, muitas vezes, amenizar os problemas pessoais, familiares e buscou-se conhecer as concepções e práticas de acolhimento e vínculo na perspectiva dos profissionais mesmo de forma aleatório e sem um direcionamento preciso.

A visita domiciliar (VD), utiliza-se como base, a possibilidade dos trabalhadores da equipe de Saúde conhecer seu contexto e sua inserção em uma dada comunidade. Uma prática assistencial com esses atributos necessita de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e de intervenções para além de procedimentos técnicos. A elaboração de ferramentas e sua operacionalização na produção de ações cuidadoras constituem-se num desses desafios, o que torna-se essencial para prestação de uma assistência dos profissionais da saúde que procure envolver, de fato, as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Essas ações constituem o cerne da atenção básica em saúde no Brasil (SANTOS; MORAIS, 2011).

“Não temos reunião mensais, e observo que não ocorre os levantamentos de dados para ver quais os pacientes que precise de um melhor atendimento, e não fazemos os projeto singulares, embora vamos fazer visita e tentamos ver quais os problemas mais imediatos para tentar solucionar. então em caso mais complexo aqui na unidade

nos vemos conforme chega e não seguimos um critério, vemos qual paciente tem mais necessidade e aí vamos na casa do enfermo.”

Pode-se notar nos relatos que a atenção básica precisa-se de articular ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, o que exige a composição e articulação de saberes e práticas interdisciplinares. Além disto, a relação entre a equipe e a população de referência baseia-se na contratação de responsabilidades pelo cuidado integral, que entre outros significa (1) ação longitudinal, de seguimento, que requer (2) a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como (3) o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, Inter consultas, grupos de discussão, entre outros, o que recombina ofertas tradicionais baseadas, mormente, em consultas individuais por profissionais. Atenção básica e psicossocial existe uma grande dificuldade para que ocorra uma resolubilidade efetiva e isso ocorre devido a capacitação dos profissionais para poder ter critérios no cuidado e assistência dos usuários mais vulneráveis, e uma das ferramentas que possibilita que ocorra a captação de dados dos usuários mais vulneráveis, e tenha uma construção dos cuidados e da assistência efetiva é Projeto Terapêutico Singular (PTS), o que não consegue ser identificado na UBS a captação desses dados para a construção do PTS eficaz e eficiente, ao contrário nota-se que os pacientes mais vulneráveis são escolhido ao acaso ou pela afinidade da administração da UBS, a construção de um projeto terapêutico singular pressupõe a participação de toda a equipe e a concepção do usuário é necessário para que contemple os aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural. Com objetivo de proporcionar um atendimento adequado das UBS e proporcionar um melhor acolhimento.

Mesmo frente às dificuldades referentes aos fluxos de atendimento, ao se analisar a atenção primária na coordenação das redes de atenção, constatou-se grandes fragilidades no desenvolvimento do acolhimento e acesso dos profissionais com a comunidade, sendo as principais fragilidades um acesso ineficaz e o acolhimento inadequado (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de analisar o trabalho de uma equipe de UBS, no que tange ao acolhimento, revelou que a forma de produção de saúde são ineficazes e como resultante da articulação dos elementos que compõem o processo de trabalho, permitiu identificar que a participação da equipe, que não é adequada no projeto de construção do SUS. A relação entre a organização do processo de trabalho da equipe e a falta de acolhimento da população ao atendimento foi um achado importante. A realidade atualmente na rede de atenção básica de saúde é o atendimento centrado no médico e a manutenção das filas na recepção para marcar as consultas em horários, muitas vezes

desumanos, para a garantia de acesso. Isso possibilita afirmar que não basta aumentar o número de equipes de saúde da família sem abrir espaços seja para novas formas de organização no processo de trabalho, seja de infraestrutura, precisa-se capacitar a equipe e direcionar um atendimento voltado ao usuário. O processo de trabalho deve ser acordado entre os membros da equipe, definindo-se campo e núcleo de competência de cada profissional, com o objetivo de acolher e produzir vínculo com os usuários. A atividade de acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe.

Considerando que a atividade clínica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do paciente, sugerimos a aproximação da enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários, fonoaudiólogas e médicos a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos. A análise do espaço interno do serviço em questão permitiu compreender que a mudança do modelo assistencial se relaciona, muito com os espaços micropolíticos tanto da comunidade como de uma organização em saúde, portanto, é necessário a mudança na forma que conduzem as ações cotidianas de toda a equipe, fazer reuniões no mínimo mensais e fazer levantamentos de dados para produzir um projeto terapêutico singular (PTS), para melhorar a qualidade de atendimentos dos usuários de maior complexidade da UBS. Pode-se constatar que não mantém uma organização adequada na condução das ações de saúde no cotidiano da equipe o que demonstra uma organização fragilizada deixando a comunidade desassistida em relação ao acesso e acolhimento.

Deve-se destacar a característica de programa focal dirigido a classes menos favorecidas. Podemos afirmar que essa característica se apresenta de modo provisório e insuficiente, em termos de estrutura física, como a equipe vem trabalhando, devido a insuficiência de trabalhadores e a locação, que não gera vínculo com a comunidade. A limitação imposta à equipe permite dizer que o imaginário, que a sustenta é de que a UBS é para os excluídos e que, portanto, dispensa maiores investimentos, ou seja, um contraponto extremamente dicotômico. A UBS foi implantada com o objetivo de reorientar o modelo assistencial visando a atenção primária, uma gestão da saúde na tentativa de efetivar o SUS e assistir os menos favorecidos e captar recursos aos seus usuários de forma mais efetiva. No entanto, a organização do processo de trabalho da equipe, a relação com os usuários nessa construção e, principalmente, o desafio de trabalhar com equilíbrio entre autonomia e responsabilidade, não estão ocorrendo de forma efetiva pela liderança da UBS, seja pelos gestores, seja pelos trabalhadores ou usuários o que termina prejudicando o atendimento de saúde para a comunidade.

REFERÊNCIAS

ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS). (2013).

Telesus - Atenção Primária da Saúde, Qualifica. acolhimento de demanda espontânea. (2013). Brasília: Brasil.

Ministério da Saúde. (2013). Brasília: Brasil.

Assis; Jesus. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciências e Saúde Coletiva*, 1-12.

Brunello, M. E., Ponce, M. A., Assis, E. G., & etal. (13 de 03 de 2009). O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil. p. 132.

Camelo, Lima, Volpe, Santos, & Rehem. (2016). Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 463-468.

Catarino, L. d. (26 de 11 de 2013). A IMPORTANCIA DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA.

Civil, Presidência da República Casa. (19 de 09 de 1990). *Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Fonte: Planalto Central: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Conselho Nacional de Secretário da Saúde. (2011). Sistema Unico Saúde. In: CONASS, *Sistema Unico de Saúde* (pp. 24-26). Brasília: Conselho Nacional de Secretário da Saúde.

COUTINHO; BARBIERI; SANTOS. (2015). Acolhimento na Atenção Primária à Saúde revisão integrativa. *Saúde Debate*, 514-524.

Faria, D. S. (Janeiro de 2016). Grupos de apoio: fortalecimento do vínculo na UBSSF da comunidade Terra Prometida, Campos Goytacazes, RJ. p. 14.

Gawryszewski; Oliveira; Gomes. (2012). Acesso ao SUS: representações e práticas. *physis - revista de saúde coletiva*, 119-140.

GOMES; Pinheiro. (2005). *Acolhimento e vínculo: Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos*. Fonte: Sielo: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>

Lopes; Vilar; Melo; et.al. (Jan- Mar de 2015). *Secretaria Municipal de Saúde Natal*. Fonte: UFRN - Saúde e Debate: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00114.pdf>

Marin;Moracvick;Marchioli. (2014). Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. *Revista de Enfermagem UERJ*, 22. Matumoto, S. (1998). o Acolhiment. 11.

- Nora, & Junges. (2013). Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Saúde pública*, 47.
- Paim; Silva. (Ago de 2010). *Saúde Portal de Revistas -SES*. Fonte: Sielo: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15181812201000200002&lng=pt&nrm=isso
- Passos, Rômulo. (2015). Política Nacional de Humanização. *Brasileiros e Passos Preparatório*, 1-13.
- Ramos, Kattah, & et.al, M. (2018). Humanização na Atenção Primária à Saúde. *Med Minas Gerais* , 28.
- Rocha; Bocchi; Godoy. (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde. *Revista de Saúde coletiva*, 87-111.
- Rolim; Cruz; Sampaio. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde Debate*, 139-147.
- Santos, & Weinrich. (s.d.). *PROCESSO DE ACOLHIMENTO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: uma revisão de literatura*. Alto Vale do Itajaí: Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí.
- Saúde, M. d. (05 de Nov de 2014). *Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS*. Fonte: SUS: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/14/redes.pdf>
- Saúde, M. d. (2018). Assistência Humanizada para Melhoria da Qualidade em Saúde. *Diretrizes Ebserh sobre Humanização*.
- Saúde, M. d., saúde, S. d., & Humanização, P. N. (2010). Caderno Humaniza SUS. In: M. d. Saúde, *Caderno Humaniza SUS* (pp. 1-256). Brasília: MS-Cordenação de Gestão Editorial.
- Saúde, S. (2015). *Manual de Acolhimento e classificação de Risco*. Brasília: Ministério da saúde.
- Schimith, M. D. (2012). Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do programa de saúde da família realidade ou desejo. 9.
- Schimith; Lima. (2004). *Scielo*. Fonte: Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2004000600005&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles
- Spedo, S. M., Tanaka, O. Y., & Pinto, N. R. (2009). O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *caderno de saúde pública- Departamento de medicina preventiva da escola paulista de medicina*, 1781-1790.
- Starfield, Barbara. (2002). *Atenção Primária* . Brasília: Ministério da Saúde.

Souza, Thaise Honorato, Zeferino, Maria Terezinha, Fermo, Vivian Costa (2014)
RECEPÇÃO: PONTO ESTRATÉGICO PARA O ACESSO DO USUÁRIO AO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Santos; Morais. (2011). Visita Domiciliar na Estratégia Saúde e Família
Percepção dos enfermeiros: um artigo – Universidade Federal da Bahia.
Cogitare Enferm.

O USO DA LEUCORREDUÇÃO COMO PREVENÇÃO DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS

Ana Caroline Cardoso da Silva
aninhac14@hotmail.com

Ana Carolina Braz
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Para a realização do procedimento de transfusão sanguínea, é preciso garantir o cumprimento da segurança transfusional ao doador e ao receptor, realizado por meio de triagens respeitando protocolos específicos de cada Hemocentro do país. Este protocolo é uma maneira de evitar a transmissão de doenças e possíveis reações transfusionais para o receptor. A cada doação, serão pesquisadas sorologias para Hepatite B e C, sífilis, doença de Chagas, AIDS e vírus HTLV, caso alguma sorologia seja positiva, a Vigilância Epidemiológica e o doador são notificados para esclarecimento e investigação posterior, assim como para o receptor. (HEMOCENTRO RIBEIRÃO PRETO, 2019) (HEMOCENTRO DE SÃO PAULO, 2019).

O sangue doado pode ser dividido em hemocomponentes e hemoderivados. Os hemocomponentes são obtidos por centrifugação do sangue que divide em bolsas de concentrado de hemácias (CH), concentrado de plaquetas (CP), plasma fresco de 24 horas (P24) ou congelado (PFC) e crioprecipitado (CRIO). Enquanto que os hemoderivados são partes industrialmente produzidas a partir do PFC, como a albumina, globulinas e concentrado de fatores de coagulação (BIAGINI e ALBIERO, 2018).

O médico deve analisar caso a caso para a indicação de uma transfusão sanguínea seguindo critérios clínicos e laboratoriais, sendo contraindicado apenas para o bem estar do paciente, como profilaxia de cicatrização ou expansão volêmica se transporte de oxigênio inadequado (BONEQUINI JÚNIOR e GARCIA, 2017) (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2019).

A cada transfusão, existe a possibilidade de ocorrer uma complicação chamada Reação transfusional (RT), que é definida como *“qualquer evento desfavorável decorrente da administração de sangue ou hemocomponentes”*, classificada em imediata ou tardia a depender do seu início, seja ele em até 24 horas do procedimento ou depois, respectivamente (BIAGINI e ALBIERO, 2018).

A RT mais comum é a Reação Febril Não Hemolítica (RFNH), imediata e imunomediada, desencadeada por 2 causas: seja a presença de

anticorpos antiplaquetários do receptor ou por citocinas liberadas pelos leucócitos do doador. Manifesta hipertermia em pelo menos um grau comparado ao momento pré-transfusional, tremores e calafrios. Se sinais de sua ocorrência, deve-se interromper imediatamente a transfusão, manter o acesso venoso e administrar antitérmico para controlar o sintoma. O uso de antitérmico e leucorredução é uma forma de prevenção de nova reação a uma próxima transfusão (BELLINTANI, 2019) (HEMOCENTRO DO RIO DE JANEIRO, 2019) (BONEQUINI JÚNIOR e GARCIA, 2017).

Existem algumas manobras para se obter um hemocomponente especial, como a lavagem, irradiação e leucorredução. No procedimento de lavagem, os CH e CP recebem uma solução isotônica de cloreto de sódio estéril com o intuito de eliminar a maior quantidade de plasma da amostra. A irradiação com raios gama impede a multiplicação de linfócitos e é utilizada para prevenir reações do *“enxerto versus hospedeiro associada à transfusão”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Por fim, a leucorredução remove os leucócitos dos hemocomponentes utilizando um filtro, resultando em uma concentração final menor que 5×10^6 de leucócitos por unidade (BONEQUINI JÚNIOR e GARCIA, 2017).

A leucorredução pode ser realizada pré-armazenamento, chamada desleucocitação de bancada (pré-estocagem) ou no momento da transfusão, chamada de transfusão à beira leito (pós-estocagem). Um diferencial sobre os CP ocorre porque ela não necessita de filtração após armazenamento, sendo realizada antes ou durante a plasmaférese (BIAGINI e ALBIERO, 2018) (LIMA e IMAMURA, 2017) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Ministério da Saúde indica a transfusão de bancada em até 48 horas após a coleta pela vantagem de eliminar a maior quantidade dos leucócitos antes que se degradem, fato que resultaria na liberação de citocinas inflamatórias no hemocomponente armazenado e isso facilitaria a ocorrência de uma RT (BIAGINI e ALBIERO, 2018)(LIMA e IMAMURA, 2017).

Existem pacientes que necessitam ser transfundidos repetitivamente e na literatura atual tem-se discutido sobre a maneira mais segura de se realizar a prática de transfusão, por isso a importância de estudos sobre a problemática do uso da leucorredução universal e seu método realizado.

Este trabalho realizou um uma revisão sistemática da literatura sobre a prática da leucorredução de hemocomponentes como prevenção de reações transfusionais, por meio da pergunta norteadora (*“qual o conhecimento produzido nos últimos 10 anos acerca da leucorredução na prática clínica como forma de prevenção de reações transfusionais?”*). Buscou-se artigos em bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Biblioteca Cochrane, e nas bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde,

utilizando-se os descritores: “Transfusão”, “Reações Transfusionais”, “Leucaférese”, “Prevenção & Controle”, “Leucorredução”, nos idiomas português, inglês e espanhol, não pagos e que abordassem o tema central da pesquisa, no período de 2009 a 2019. Este estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Como critérios de exclusão estão os trabalhos que não relacionaram o uso da leucorredução, artigos pagos, artigos com foco em conduta específica de alguma patologia.

Foi criada uma tabela para compilação de dados, para a organização e posterior análise, contendo: o nome completo do artigo, periódico publicado e ano de publicação, país de origem, , faixa etária dos participantes, a amostragem (N), o delineamento metodológico, aspectos éticos, por fim, as principais conclusões de cada artigo.

2. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

2.1. Resultados:

Ao todo foram selecionados 76 artigos e apenas 11 foram validados respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Na primeira seleção, analisou-se título, resumos e ano de publicação.

Sobre o período de publicação, três foram em 2010, dois em 2017 e um em 2019, notando-se um declínio acerca da produção científica na área. Os Estados Unidos e Brasil foram os países com maior número de publicações, ambos com 4 artigos cada.

A faixa etária variou bastante, nove estudos abordaram adultos e apenas 3 delimitou a faixa etária variando de 18 a 72 anos, um estudo abordou adolescentes a partir dos 14 anos e adultos, e um envolveu bebês até 40 dias de vida.

Sobre o delineamento metodológico de cada estudo, seis realizaram revisão de literatura, dois realizaram coorte retrospectivo, dois realizaram estudos experimentais e um realizou coorte prospectivo. Sobre a amostragem, o estudo de coorte retrospectivo (N= 1034 e N= 399) demonstrou a maior amostragem. Dos dois estudos experimentais, apenas um delimitou sua amostra (N=636).

Dos 11 artigos selecionados, sete (63,6%) mostraram-se a favor do uso de Leucorredução como ferramenta para diminuir reações transfusionais (RT) no qual cinco abordaram redução de leucócitos pré-armazenamento. Dois estudos de revisão de literatura não especificaram se foram comparadas bolsas desleucocitadas pré ou pós-armazenamento, mas concordam que é uma manobra eficaz para redução de RT e disseminação de

doenças. Quatro estudos mantiveram posicionamento incerto sobre a leucorredução (MATOS, MEYER e LIMA, 2010) (PHELAN HA, 2010) (ROMANO, MASTROIANNI, *et al.*, 2010) (NETO e BARBOSA, 2012) (ZIEMANN e HENNIG, 2010) (SIMANCAS-RACINES, OSORIO, *et al.*, 2015) (DELAZARI, 2015) (DELANEY, MAYOCK, *et al.*, 2016) (SILLIMAN, BURKE e KELHER, 2017,) (RICHTER J.R., 2017) (MACHADO e PASSOS, 2019).

2.2. Discussão

Visando garantir a segurança transfusional do doador e do receptor, em caso de RTFNH faz-se uso da leucorredução para minimizar a liberação de substâncias inflamatórias e causar RT (BIAGINI e ALBIERO, 2018).

A maior parte dos estudos objetivaram analisar a eficácia do uso da leucorredução como prevenção a RT, concordando com a proposta desta revisão (PHELAN HA, 2012) (HEWITT PE, 2013) (DOLLARD SC, 2013) (DOUET JY, 2015) (RICHTER J.R., 2017) (SILLIMAN, BURKE e KELHER, 2017,) (DELAZARI, 2015) (PROCTOR e LEIBY, 2015).

Matos, *et al.*, 2010 concordam com o uso benéfico da leucorredução para redução de CMV, não cita se leucorredução pré ou pós-armazenamento, enfatiza ser necessário outros estudos para entender a reativação ou reinfecção por CMV.

Ziemann e Henning (2010) concordam e acrescentam sobre o cuidado aos produtos doados por pacientes recém-soropositivos para CMV, sendo necessário o uso da leucorredução para evitar disseminação da doença, acrescenta a necessidade de estudos para o armazenamento das bolsas de sangue e essa influência no CMV, não sendo mencionado sobre uso de leucorredução pré ou pós-armazenamento neste estudo.

Complementando o estudo anterior, durante o armazenamento de um hemocomponente há acúmulo de substâncias inflamatórias da degradação de leucócitos, logo, a leucorredução diminuiria a quantidade dessas substâncias, reduzindo RT. Dito isso, três estudos sugerem que a desleucocitação pré-armazenamento (PHELAN HA, 2010) (RICHTER J.R., 2017) (SILLIMAN, BURKE e KELHER, 2017,).

Delizari (2015) também concorda com o uso da leucorredução e acrescenta que a concentração de CD40L (auxilia em formar citocinas) não reduz na filtração após estocagem, a autora não menciona se uso de filtração pré-estocagem.

Simancas-Racines, *et al.*, 2015 relatam ser necessário mais evidências para um posicionamento e não menciona uso de material desleucocitado pré-armazenamento no trabalho. Richer, *et al*, 2017 surgem 2

anos após e complementam Simancas-Racines relacionando a leucorredução com menor produção de substâncias pró-inflamatórias na microvasculatura que refletiria em diminuição de lesão pulmonar.

Romano, *et al.*, 2010 relacionaram o uso da leucorredução em cirurgias coronarianas e sua associação com lesão renal aguda, sendo o primeiro estudo confirmatório de melhora da Injúria Renal Aguda. Sobre a cirurgia coronariana, os autores sugerem a necessidade de maiores pesquisas. Os autores usaram material leucorreduzido pré-armazenamento.

Neto e Barbosa (2012) refletem sua percepção de escassez de estudos na área de RT e hemovigilância e sugerem maior empenho na área. Machado, *et al.*, 2019 pesquisam sobre o tratamento da coqueluche grave na infância e concordam com a falta de estudos na literatura. Ambos não mencionam ter usado material desleucocitado pré ou pós-armazenamento.

Em suma, os estudos com posicionamento cauteloso não mencionaram se uso de hemocomponente leucorreduzido pré ou pós-armazenamento, sugerem mais estudos para evidenciar o benefício do uso universal na prática (DELANEY, MAYOCK, *et al.*, 2016) (NETO e BARBOSA, 2012) (SIMANCAS-RACINES, OSORIO, *et al.*, 2015) (MACHADO e PASSOS, 2019).

Delaney, *et al.*, 2016 conclui que não houve transmissão de CMV em bebês de até 40 dias com uso de hemocomponente desleucocitado, mas reforça necessidade de mais estudos.

Um fator limitante sobre o uso da leucorredução está no seu alto custo, refletindo a diferença do uso entre os países (BORDIN e JR FABRON, 1997)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a finalização deste estudo, foi possível notar que a leucorredução é uma ferramenta eficaz para prevenção de reações transfusionais (RT), lesão pulmonar relacionada a transfusão e injúria renal aguda. Ainda não há consenso sobre seu uso rotineiro e universal e são necessários novos estudos para um posicionamento definitivo, buscando sempre garantir a segurança transfusional aos pacientes, evitando complicações maiores além da RT, como óbito e infecção. Ainda, vale ressaltar que o alto custo do procedimento de desleucocitação influencia no uso universal entre os países.

REFÊRENCIAS

BELLINTANI, L. M. Hemocentro RP. **Cremsp**, 2019. Disponível em:
<http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_08122015_164420_Reacoes%2

0Adversas%20a%20Transfusao%20-%20Lycia%20Martins%20Bellintani.pdf>. Acesso em: 07 setembro 2019.

BIAGINI, S.; ALBIERO, A. Manual de Transfusão. **Fundação Pró-Sangue Hemocentro de São Paulo**, São Paulo, 2018. 1-39.

BONEQUINI JÚNIOR, P.; GARCIA, P. C. Manual de Transfusão Sanguínea para Médicos. **Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", HC/FMB**, Botucatu, 2017.

BORDIN, J. O.; JR FABRON, A. Aplicação clínica de filtros leucocitários. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 43, n. 3, p. 205-208, 1997.

DELANEY, M. et al. Postnatal cytomegalovirus infection: a pilot comparative effectiveness study of transfusion safety using leukoreduced-only transfusion strategy. **Transfusion**, v. 56, n. 8, p. 1945-1950, Aug 2016.

DELAZARI, D. S. CD40 e transfusão de sangue: uma revisão integrativa. **Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Medicina de Marília**, 2015. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5671>>. Acesso em: 25 fevereiro 2020.

DOLLARD SC, R. J. G. C. A. M. B. S. P. E. K. M. Measurements of human herpesvirus 8 viral load in blood before and after leukoreduction filtration. **Transfusion**, v. 53, n. 10, p. 2164-7, Oct 2013.

DOUET JY, B. R. A. O. Leukoreduction and blood-borne vCJD transmission risk. **Current Opinion in Hematology**, v. 22, n. 1, p. 36-40, Jan 2015.

DZIK, S. et al. Leukocyte reduction of blood components. Public policy and new technology.. **Transfusion Medicine Reviews**, v. 14, n. 1, p. 34-52, jan 2000.

FAUSTINO, G. F. et al. O ciclo de produção do sangue e a transfusão: o que o médico deve saber. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 269-279, 2015.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, jan-mar 2014.

GIACOMINI, L.; FILHO, W. D. L. Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 65-72, 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo Transfusional - Indicação de Hemocomponentes, 2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/HEMATOLOGIA-3-PTtransfusional_-_Indicacao_de_Hemocomponentes_Word.pdf>. Acesso em: 05 novembro 2019.

HEMATOLOGISTAS ASSOCIADOS. Hematologistas Associados, 2019. Disponível em: <<http://hematologistas.com.br/medicos/procedimentos-especiais-para-hemacias-e-plaquetas/>>. Acesso em: 24 maio 2019.

HEMOCE CEARÁ. Hemocentro do Ceará - XV jornada interiorana de Hematologia e Hemoterapia. **Hemocentro do Ceará**, 2019. Acesso em: 05 novembro 2019.

HEMOCENTRO DE SÃO PAULO. Pró Sangue, 2019. Disponível em: <http://www.prosangue.sp.gov.br/artigos/cuidados_pos-doacao.html>. Acesso em: 25 maio 2019.

HEMOCENTRO DO RIO DE JANEIRO. **Hemorio**, 2019. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/protocolos/2_07.pdf>. Acesso em: 05 novembro 2019.

HEMOCENTRO RIBEIRÃO PRETO. Hemocentro RP. **Hemocentro FMRP USP**, 2019. Disponível em: <<http://www.hemocentro.fmrp.usp.br/canal-do-doador/antes-de-doar/>>. Acesso em: 25 maio 2019.

HEWITT PE, D. K. H. D. T. G. Human T-lymphotropic virus lookback in NHS Blood and Transplant (England) reveals the efficacy of leukoreduction. **Transfusion.**, v. 53, n. 10, p. 2168-75, Oct 2013.

LIMA, D. P. D. S.; IMAMURA, K. B. A desleucocitação de hemocomponentes sanguíneos e sua utilização na transfusão de sangue no Brasil. **NewsLab**, São Paulo, 04 out 2017.

LUZO, Â. C. M. Características que determinam um doador de repetição, quais seriam? **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 348, 2010.

MACHADO, M. B.; PASSOS, S. D. Severe pertussis in childhood: update and controversy - systematic review / Coqueluche grave na infância: atualização e controvérsias - revisão sistemática. **Rev. Paul. Pediatr.**, Jundiai, v. 37, n. 3, p. 351-362, July-Sept 2019.

MARTINEZ, E. Z. et al. Recommendations for application and interpretation of the Blood Donor Satisfaction Questionnaire (BDSQ). **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, p. 1-7, march 2020.

MATOS, S. B.; MEYER, R.; LIMA, F. W. M. Seroprevalence of cytomegalovirus infection among healthy blood donors in Bahia State, Brazil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 32, n. 1, fev 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Protocolo de Transfusão Segura de Hemocomponentes: Agência Transfusional. **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY**, Paraiba, 2018. 1-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Transfusao de hemocomponentes. **Guia para uso de hemocomponentes**, Brasília, 2010.

NETO, A. L. D. S.; BARBOSA, M. H. Immediate transfusion incidents: an integrative literature review. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2012.

PHELAN HA, E. A. A. K. C. E. N. P. J. T. H. J. C. Y. F. R. M. J. Prestorage leukoreduction abrogates the detrimental effect of aging on packed red cells transfused after trauma: a prospective cohort study. **American Journal of Surgery**, v. 203, n. 2, p. 198-204, feb 2012.

PHELAN HA, G. R. . P. H. . C. J. . T. R. . Y. L. . S. J. . F. R. . N. P.. Prestorage leukoreduction ameliorates the effects of aging on banked blood. **The Journal of Trauma**, v. 69, n. 2, p. 330-337, agosto 2010.

PROCTOR, M. C.; LEIBY, D. A. Do leukoreduction filters passively reduce the transmission risk of human granulocytic anaplasmosis? **Transfusão.**, v. 55, n. 6, p. 1242-8, jun 2015.

RICHTER J.R., S. J. M. . H. P. . J. T. A. . L. A. B. . P. T. A. Leukoreduction of packed red blood cells attenuates proinflammatory properties of storage-derived microvesicles. **Journal of Surgical Research**, v. 223, p. 128-135, 2017.

RODRIGUES, R. S. M.; REIBNITZ, K. S. Estratégias de captação de doadores de sangue: uma revisão integrativa da literatura. **Texto & Contexto - enfermagem**, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 384-391, jun 2011.

ROMANO, G. et al. Leukoreduction program for red blood cell transfusions in coronary surgery: association with reduced acute kidney injury and in-hospital mortality. **The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery** , Napole - Itália, v. 140, n. 1, p. 188-195, jul 2010.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de Revisão Sistemática: Um Guia Para Síntese Criteriosa da Evidência Científica.. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan-fev 2007.

SILLIMAN, C. C.; BURKE, T.; KELHER, M. R. The accumulation of lipids and proteins during red blood cell storage: the roles of leucoreduction and experimental filtration. **Blood Transfusion**, v. 15, p. 131-136, 2017.

SIMANCAS-RACINES, D. et al. Leukoreduction for the prevention of adverse reactions from allogeneic blood transfusion. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 3, n. 12, Dec 2015.

WEISBERG, S. P. et al. Survey on Transfusion-Transmitted Cytomegalovirus and Cytomegalovirus Disease Mitigation. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine.**, v. 141, n. 12, p. 1705 - 1711, dec 2017.

ZIEMANN, M.; HENNIG, H. Effet de la déleucocytation des concentrés érythrocytaires sur les réactions transfusionnelles. **Transfusion Clinique et Biologique**, v. 17, n. 1, p. 14-19, 2010.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS EM FRANCA-SP

Victor Gabriel Galdino Soares Góis
victor-gois@hotmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
kellybiomedicina@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, hereditárias ou adquiridas, por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos. É a quinta causa de morte por câncer em geral (626.679 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (INCA, 2020). Para o Brasil, estimam-se que 66.280 casos novos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020-2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A história familiar, principalmente parentes de primeiro grau (mãe, irmã e filha) e a idade precoce ao diagnóstico (mulheres com menos de 50 anos) são importantes fatores de risco para o câncer de mama e podem indicar predisposição genética associada à presença de mutações em determinados genes (mutação de BRCA 1 e 2). Outros elementos incluem: exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 40 anos, ingestão regular de álcool, obesidade e sedentarismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A história natural do câncer de mama indica que o curso clínico da doença e a sobrevida variam de paciente para paciente. Esta variação é determinada por uma série complexa de fatores, tais como a diferença na velocidade de duplicação tumoral, o potencial de metastatização do tumor e outros mecanismos, ainda não completamente compreendidos, relacionados com a condição imunológica, hormonal e nutricional do paciente. Fatores prognósticos são parâmetros possíveis de serem mensurados no momento do diagnóstico e que servem como preditor da sobrevida do paciente. Infelizmente no Brasil o diagnóstico tardio da doença tem contribuído negativamente para o aumento da mortalidade e a impossibilidade de realizar cada vez com maior frequência os tratamentos cirúrgicos conservadores (BUITRAGO, UEMURA e SENA, 2011)

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer UICC, conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O estadiamento baseado nessa classificação serve para estimar a sobrevida da paciente, tendo íntima relação com o seu prognóstico. Mesmo assim, apesar de todas essas características continuarem sendo fatores importantes na avaliação prognóstica, uma série de características histológicas e biológicas como grau nuclear, grau histológico, dosagem de receptores hormonais e outros fatores avaliados pela imunohistoquímica também são determinantes para o prognóstico e sobrevida da evolução da doença (BUITRAGO, UEMURA e SENA, 2011).

A mamografia é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama, sendo por isso o exame de imagem recomendado para o rastreamento do câncer de mama no Brasil. A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. Os resultados de ensaios clínicos randomizados sugerem que, quando a mamografia é ofertada á mulheres nessa faixa etária, a cada dois anos, com cobertura igual ou superior a 70% da população-alvo, é possível reduzir a mortalidade por câncer de mama em 15% a 23%. Já para mulheres com risco elevado de câncer de mama, a rotina de exames deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação brasileira é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado. Apesar de ser algo ainda bastante polêmico, segundo a OMS, a inclusão desse grupo no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Diversos fatores são usados para tentar explicar o menor efeito do rastreamento em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos – a menor incidência de câncer de mama nessa faixa etária, a menor sensibilidade da mamografia em mamas densas e a existência de mais casos de câncer com comportamento agressivo - os quais se manifestam como câncer de intervalo e diminuiriam a utilidade do rastreamento (HCUSP, 2016).

Com isso, pode-se perceber que, na mulher jovem, há uma tendência para diagnósticos mais tardios, tanto pela indicação menos frequente da mamografia, como pela menor conscientização para realização do exame clínico. Paralelamente a esses fatores, a densidade mamária maior dessas pacientes dificulta a acurácia da mamografia (CRIPPA, et. al., 2003)

Indo contra o Ministério da Saúde, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e

Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, visando ao diagnóstico precoce e a redução da mortalidade, incluindo nos programas de rastreamento uma faixa importante da população (mulheres entre 40-49 anos), responsável por cerca de 30-35% dos casos de câncer de mama (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2017).

O câncer de mama em mulheres jovens ainda é mal compreendido. As mulheres mais jovens, ainda, parecem possuir prognósticos piores comparadas ao restante das mulheres. Considerando que a rotina de recomendações para mamografias como teste de escolha no serviço público para rastreamento é aplicada a mulheres acima dos 50 anos, é razoável supor que uma tendência para mortalidade entre mulheres com até 50 anos seja diferente daquelas com mais de 50 anos (MARTINS, et. al., 2013).

Dessa maneira, faz-se necessário ações que visem padronizar o rastreamento do câncer de mama no Brasil, realizando pesquisas a nível nacional e regional, a fim de coletar dados condizentes com a realidade de cada localidade. Dessa maneira, será muito mais fácil a criação de ações intersetoriais tanto para promoção de acesso a informações claras e concretas, quanto para criação de políticas públicas mais eficazes.

2. JUSTIFICATIVA

Muito se discute sobre o modelo de atenção à saúde que se tem hoje, no qual ainda está centrado na cura de doenças e não na promoção de saúde e prevenção de agravos, demonstrando-se ineficaz na maioria dos problemas de saúde, principalmente relacionados às neoplasias.

Tratando-se de Franca-SP, a partir de uma reunião do Comitê Municipal de Vigilância aos Óbitos Maternos e Infantis de Franca, ocorrida no dia 28/05/2019, no qual foram apresentados os casos de óbitos maternos, infantis e em de mulheres em idade fértil no ano de 2018, verificou-se a importância e necessidade da construção de um perfil clínico e epidemiológico melhor estruturado, no qual algumas informações ainda não interligadas poderiam vir a colaborar com uma melhor caracterização dos casos, possibilitando o entendimento de maneira mais integral dos fatores envolvidos no processo de adoecimento e, posteriormente, óbito.

Diante do descrito e buscando contribuir com a perspectiva de um diagnóstico precoce, proporcionando assim um tratamento mais eficaz, entende-se a importância da construção do perfil clínico e epidemiológico a partir dos dados referentes as pacientes com menos de 50 anos que vieram a óbito por câncer de mama no município de Franca-SP nos últimos três anos (2017-2019). Como já descrito, essa faixa etária se encontra fora do

rastreamento, se fazendo necessário pesquisa locais que venham justificar essa prática ou encorajar a adoção de novas estratégias. Acredita-se que a partir da construção desse perfil seja possível reunir informações capazes de auxiliar campanhas preventivas e a formação/condução de profissionais da área médica e de toda rede de saúde, buscando desse modo melhorar as condutas relacionadas a essa patologia. Tendo em vista a grande relevância dessa doença, torna-se imprescindível expandir os conhecimentos acerca desse tema para que se possam estabelecer políticas públicas que potencializem a utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde.

3. OBJETIVO GERAL

Identificar e construir o perfil clínico e epidemiológico de mulheres com menos de 50 anos que vieram a óbito por câncer de mama no município de Franca-SP no período de 2017 a 2019.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar o número de mulheres com idade inferior a 50 anos que vieram a óbito em Franca-SP, entre os anos de 2017 e 2019, comparando esse número com o total de óbitos por câncer de mama no mesmo período.
- 2) Reconhecer os principais fatores de risco envolvidos no câncer de mama das pacientes estudadas.
- 3) Identificar o estadiamento em que a maioria das pacientes se encontra no momento do diagnóstico, relacionando com o seu prognóstico.
- 4) Reconhecer a relação entre os principais marcadores tumorais para o câncer de mama e a sobrevida das pacientes.
- 5) Determinar o perfil anatomopatológico das pacientes com câncer de mama no momento do diagnóstico.
- 6) Analisar a efetividade das políticas públicas de rastreamento, observando a taxa de aplicabilidade delas.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo, de natureza documental, no qual se objetivou caracterizar a população a ser estudada por meio da revisão de prontuários das pacientes de até 50 anos que vieram a óbito por câncer de mama no Complexo Santa Casa do município de Franca-SP, no período de 2017 a 2019.

Nesse estudo foram revisados 18 prontuários de pacientes que foram tratadas no Hospital do Câncer de Franca-SP. Incluiu-se nessa pesquisa todas as pacientes que vieram a óbito por CA de mama nos anos de 2017 a 2019 e que tinham menos de 50 anos.

A coleta de dados ocorreu na sede do SAME (Serviço de Arquivo Médico) do complexo Santa Casa, localizado no Hospital do Câncer de Franca. A coleta foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 4.079.645/2020, e após a Carta de Anuência emitida pela Santa Casa de Franca.

Como a pesquisa se tratou da revisão de prontuários de pacientes que já vieram a óbito, os dados pessoais das mesmas não foram utilizados, garantindo o sigilo das informações pessoais e a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram analisadas as variáveis de interesse clínico e epidemiológico, como fatores de risco, estadiamento, marcadores tumorais e exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos.

Os dados foram lançados em um banco de dados no programa computacional Microsoft Excel e organizados em gráficos e tabelas. A análise, à luz da literatura pertinente, baseou-se na estatística descritiva para determinação dos números absolutos e percentuais.

6. RESULTADOS

No município de Franca ocorreram 23 mortes por câncer de mama em pacientes com menos de 50 anos idade, nos anos de 2017 a 2019. Excluíram-se dessa pesquisa pacientes que não tiveram seu seguimento realizado pelo Hospital do Câncer de Franca, assim como prontuários que não continham as variáveis necessárias para a pesquisa, resultando em um total de 18 prontuários analisados.

Das 18 pacientes do estudo, apenas 6 tinham até 40 anos, o que caracteriza 1/3 do total de casos. A paciente mais jovem do estudo tinha 37 anos e a mais velha 49. A média das idades das pacientes foi de 42 anos, havendo predominância de mulheres na faixa etária de 46 a 49 anos (38,8%).

Todos os prontuários analisados possuíam dados sobre história familiar de câncer. Câncer de mama em parentes de 1º grau (mãe, irmã e filha) foi encontrado em 3 (16,6%), pacientes, em parentes de 2º grau (avó, tia e prima) foi encontrado em 5 (27,7%) e 10 pacientes (55,5%) não tinham histórico familiar positivo para câncer de mama (CM).

Com a realização da mamografia, foram evidenciados achados suspeitos (birads 4) em 17 pacientes. Apenas em 1 paciente foi indicado um achado altamente suspeito (birads 5). Já sobre o início da suspeita, apenas 1

mulher do estudo teve o CA de mama suspeitado pela mamografia, tendo ela 49 anos. Todas as outras procuraram atendimento médico por perceberem um nódulo palpável em uma das mamas.

O tipo histológico mais rastreado foi o carcinoma ductal invasivo, com 83,3% de frequência e o grau de diferenciação tumoral mais encontrado foi o Grau III, com 72,2%, seguido do Grau II, com 27,7%. Nenhuma paciente encontrava-se com grau I na realização do primeiro exame anatomopatológico.

A respeito da imunohistoquímica, o receptor de progesterona foi encontrado no tecido tumoral de 77,7% das pacientes; receptor de estrógeno em 83,3% proteína ki-67 em 94,4% e her-2 (fator de crescimento epidérmico humano em 22% (tabela 3). Sobre a classificação molecular do tumor, 16,6% se caracterizaram como luminal A e 83,3% como luminal B.

Quanto ao estadiamento clínico, demonstrou-se que o estágio clínico mais comum nas pacientes estudadas foi o II (38,8%), seguido pelo estadiamento clínico III (27,7%). Um total de 2 pacientes encontravam-se em estágio inicial (I); 11 pacientes apresentavam doença localmente avançada (II e III) e 5 pacientes com doença metastática (IV).

Já sobre a sobrevida das pacientes (tempo de vida entre o diagnóstico e o óbito), constatou-se que a média foi de cerca de 2 anos e 8 meses. A maioria das pacientes (61,1%) não tiveram uma sobrevida que chegasse ao menos a 3 anos, sendo que a maior sobrevida constatada foi de 9 anos e 4 meses, e a menor de 6 meses e 18 dias (tabela 5). Todas as pacientes realizaram mastectomia radical em algum momento do tratamento.

7. DISCUSSÃO

Como pode ser visto, no município de Franca, entre os anos de 2017 e 2019, 23 mulheres em idade jovem morreram vítimas do câncer de mama, tendo em média 1 morte a cada dois meses. Infelizmente a vigilância epidemiológica não tem os dados de quantas mortes por CA de mama ocorreram ao todo. Mesmo assim pode-se notar um número expressivo de mortes, sendo que as vítimas não se encontravam na faixa etária de rastreio.

Das 18 pacientes do estudo, 2/3 tinham acima de 40 anos, o que mostra o crescente número de casos a partir dessa idade. Isso leva a questionamentos relacionados ao rastreio oferecido a essas pacientes, já que para essa faixa etária está incluso apenas o exame clínico anual das mamas, ficando de fora exames como a mamografia e ultrassonografia, incluindo estes apenas em casos de exame físico alterado.

A faixa etária é apontada por diversos estudos como um dos principais fatores prognósticos a serem avaliados em relação aos tumores malignos de mama, apontando pior prognóstico para a faixa etária igual ou

inferior aos 35 anos, e também para aquelas cujo diagnóstico venha a ser estabelecido a partir dos 75 anos (AMARAL, et.al., 2012). Amorim et al. (2008, p. 2623) afirma que mais de 85% dos casos ocorrem após os 40 anos, alcançando seu pico dos 65 aos 70 anos. Esses achados se relacionam diretamente aos resultados obtidos, pois mesmo o alvo da pesquisa sendo mulheres de até 50 anos, 66,6% das participantes tiveram CA de mama após os 40 anos.

Mesmo com uma quantidade expressiva de óbitos ocorrendo antes dos 50 anos, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento apenas após essa idade, argumentando não haver impacto sobre a mortalidade devido as características anatomohistológicas do tumor, o que fariam dele muito mais agressivo, fazendo qualquer ação ineficaz. Outros argumentos para não aumentar a faixa etária de rastreamento é o fato de muitos estudos demonstrarem que menos de 20% dos cânceres de mama ocorrem antes dos 50 anos e o fato de que em pacientes jovens a mamografia não ter tanta acurácia, devido a densidade das mamas (CONITEC, 2015) Mesmo assim, instituições como a FEBRASGO e Sociedade Brasileira de Mastologia iniciam o rastreamento aos 40 anos.

Um dos fatores que servem de base para essa incongruência é o fato do Ministério da Saúde usar estudos internacionais para embasar sua teoria. José Roberto Filassi, chefe do Setor de Mastologia da divisão de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, afirma: “O porcentual de pacientes jovens (com câncer de mama), isto é, com menos de 50 anos, está entre 30% e 35% no Brasil. Nos países desenvolvidos, esse porcentual é de 20%”. Isso significa que o País precisa formular seus próprios parâmetros de rastreamento, e não importar de outros lugares (JORNAL DA USP, 2019).

Mesmo não recomendando o rastreamento pela mamografia antes dos 50 anos, o ministério da saúde recomenda o exame clínico das mamas a partir dos 40. Tendo em vista que a precisão da mamografia pode não ser tão assertiva, a anamnese e o exame físico anual nas mulheres dessa faixa etária pode ser uma poderosa arma a favor do diagnóstico e tratamento precoce.

Outra alternativa que poderia ser usada para rastreamento de CA de mama em mulheres de até 50 anos seria a mamografia, pois tem maior acurácia em mamas densas, servindo como um meio que viesse garantir acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alteração nos exames realizados.

Esses fatores nos voltam a atenção para a extrema importância do exame clínico das mamas (ECM) em pacientes em idade jovem, sendo utilizada como fator imprescindível na consulta ao ginecologista, pelo fato de ser realizada antes do início do rastreamento mamográfico e até pelo poder de revelar algum achado que poderia passar despercebido pela mamografia.

O ECM faz parte do atendimento integral a mulher, devendo ser inserido no exame físico e ginecológico de todas as mulheres, independente da faixa etária, servindo de subsídio para exames complementares (SILVA e RIUL, 2011).

A grande maioria das pacientes, (94,4%) descobriram o câncer de mama através do autoexame das mamas, demonstrando a importância de sua realização, não só para o conhecimento do próprio corpo, mas também para a detecção de alterações, como o câncer. As desvantagens do autoexame são o maior número de biopsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falso-negativos e impacto psicológico nos falso-positivos (SILVA e RIUL, 2011).

Entre os fatores de risco para o câncer de mama, a história familiar positiva para tal patologia aumenta o risco relativo em duas vezes para a doença. Quase metade das pacientes (45,4%) apresentavam história familiar de câncer de mama. Comparando com outras pesquisas, encontram-se menores porcentagens, como no estudo de Schaly e Tomaz (2011, p. 183), onde somente 18% das pacientes tiveram esse histórico.

De acordo com Schmidt et al. (2000, p. 198), em um estudo realizado nos Estados Unidos, abrangendo 226 pacientes com CA de mama com idade igual ou inferior a 35 anos, 23% apresentavam história familiar positiva para a doença. No Canadá, Chan et al. (2000, p. 1257) mostraram, em um estudo com 1.002 mulheres da mesma faixa etária, que 29% das pacientes tinham história de neoplasia maligna de mama na família.

Sabendo que grande parte dos cânceres de mama tem histórico familiar positivo, faz-se necessário uma maior abordagem a esse grupo de pacientes, com maior empenho na identificação das mesmas nas consultas ginecológicas e um acompanhamento mais rigoroso, iniciando o rastreamento antecipado para esse grupo de mulheres e promovendo ações sobre a importância desse seguimento no âmbito da prevenção secundária.

Sobre o tipo histológico do câncer de mama, os dois mais comuns são o carcinoma ductal (se originam nas células que formam os ductos) e o carcinoma lobular (se originam nas células que produzem o leite materno). (BARROS, BARBOSA e GEBRIM, 2001) O tipo histológico predominante encontrado no estudo foi o carcinoma ductal invasivo, presente em 83,3% dos casos. Esse dado fala em favor de outros que demonstram que o carcinoma ductal invasivo é o tipo histológico mais frequente. Pinheiro et al (2013, p. 354) analisaram 12.689 mulheres jovens, com idade até 39 anos, no período de 2000 a 2009, que demonstraram que o carcinoma ductal invasivo foi prevalente em 90,7% dos casos. Mesmo assim, estudos recentes mostram que pacientes do mesmo grupo etário e com tumores de um mesmo tipo histológico não têm um comportamento uniforme. Evoluções diferentes para padrões semelhantes

de tumores estão condicionadas aos seus fatores prognósticos (CRIPPA et. al, 2003).

Em relação ao grau de diferenciação, o CA de mama pode ser classificado em grau 1 (muito diferenciado), grau 2 (moderadamente diferenciado), grau 3 (pouco diferenciado) e grau 4 (indiferenciado). Isso significa que quanto menos diferenciado é um tumor, menos parecido com o tecido normal ele é, sendo diretamente proporcional à sua agressividade. No estudo, quase $\frac{3}{4}$ (72,2%) dos casos tinham um tumor pouco diferenciado, falando a favor de um tipo de câncer mais agressivo. Isso corrobora com a afirmativa que as características histológicas do câncer de mama em mulheres mais jovens dão a ele um caráter mais hostil.

Contrariando o estudo de Keegan et al. (2012, p. 55), que no período de 2005 a 2009 identificou que mulheres jovens com diagnóstico de carcinoma de mama apresentavam uma maior incidência de tumores HER2 superexpresso e triplo negativo (negativos para receptores hormonais e her-2), o presente estudo revelou uma positividade elevada para receptores hormonais. Os cânceres triplo negativos falam a favor de um tumor mais agressivo pelo fato de não responderem bem a hormonioterapia, não tendo um benefício significativo com esse tratamento.

Sobre a classificação molecular do tumor, 16,6% se caracterizaram como luminal A (receptores hormonais positivos e HER-2 negativo) e 83,3% como luminal B (receptores hormonais baixos, HER-2 e KI-67 positivos). Nesse contexto, o perfil luminal B está associado a um pior prognóstico, tendo em vista que expressam mais genes de proliferação celular. (PEREIRA, VIAPIANA, e SILVA, 2017) Esse estudo contraria o de Carvalho et al. (2010 p. 278), que em estudo realizado em São Paulo, descreveram 72 casos em pacientes com idade entre 19 e 40 anos, que foram avaliadas quanto ao painel imunohistoquímico, sendo observado que 55% apresentavam tipo molecular luminal A e apenas 11% o tipo luminal B.

Em relação ao estadiamento clínico, utilizou-se o sistema de classificação de tumores malignos (TNM) da União Internacional de Controle do Câncer (UICC). Com o estudo, foi possível implicar que mais da metade das pacientes (61,1%) já se encontravam com a doença localmente avançada (estágio II e III) E 27,7 já apresentavam doença metastática, perfazendo assim 88,8% do total. Esses resultados corroboram os achados da literatura, demonstrando que o diagnóstico nessas pacientes é realizado tardiamente. Os dados apresentados são similares ao do estudo de Pereira et. al. (2017, p. 105) feito com 2.147 mulheres de até 40 anos e que demonstrou que a maioria das pacientes (86,95%) apresentava estadiamento clínico localmente avançado ao diagnóstico, e apenas 10,62% apresentaram doença inicial.

O estudo de Pinheiro et. al. (2013, p. 354), em mulheres jovens no Brasil, o diagnóstico ocorreu predominantemente nos IIA e IIIB (62,8%); ou

seja, em estádios localmente avançados. Já Thuler e Mendonça, (2005, p. 657) ao analisar o estadiamento das mulheres com câncer de mama atendidas no SUS, nos anos de 1995 a 2002, encontraram 10,9% em estágio I; 42,8% em estágio II; 32,6% em estágio III; e 12,3% em estágio IV. Isso evidencia a precariedade de políticas públicas voltadas para essas mulheres, que atendam a necessidade do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz, pois enquanto o Brasil conta com esses índices, nos países desenvolvidos, o diagnóstico da neoplasia mamária nos estádios clínicos mais precoces (I e II) já conta 80% de todos os casos (PALMERA, et. al., 2002).

Por fim, analisando a idade das pacientes do presente estudo, constatou-se que àquelas com menos de 40 anos, correspondente a 33,3% do total, tiveram a pior média de sobrevida. Isso fortalece a afirmativa que o prognóstico em mulheres mais jovens é mais obscuro. Comparando o estadiamento com a sobrevida, percebeu-se que pacientes em estágios mais avançados (III e IV) tiveram menos tempo entre o diagnóstico e o óbito. Essa evidência segue os preceitos lógicos tendo em vista que quanto mais avançado é o estágio, menores são as chances de cura.

8. CONCLUSÃO

A partir deste estudo levanta-se a ausência de dados que propiciam à vigilância epidemiológica enumerar, definir e caracterizar com melhor precisão as mortes causadas por câncer de mama na cidade de Franca-SP. A prefeitura possuir um maior controle sobre esses dados possibilitaria a saúde municipal traçar melhores estratégias de conscientização da população, investir em estudos que contribuam para o entendimento ainda mais profundo sobre como a comorbidade atinge a população e oferecer novas possibilidades e estratégias no atendimento a esse público.

Uma vez que a incidência do câncer de mama em mulheres brasileiras com menos de 50 anos (30% e 35% dos casos) é proporcionalmente maior do que em países mais bem desenvolvidos, é sugerível que mais estudos sejam voltados para a desconstrução do modelo de priorização que o Ministério da Saúde brasileiro segue. Ações que visam a padronizar o rastreamento do câncer de mama, assim como a esclarecer a população sobre a importância da sua realização, devem ser estimuladas. Uma alternativa para maior efetividade de ações visadas no diagnóstico precoce e tratamento eficaz seria seguir o que várias instituições já realizam, que é a instituição da mamografia a partir dos 40 anos de idade, lançando mão da ultrassonografia em casos de mamas muito densas. Dentro desse eixo, a maior valorização do exame clínico anual das mamas, feito de maneira minuciosa e comprometida provavelmente reduziriam os casos de diagnóstico tardio no qual temos visto. O que se nota hoje é a desvalorização dessa ferramenta por acreditar que o câncer de mama antes dos 50 anos é raro. Mudar essa

concepção é fundamental a fim de reduzir o número de mortes por essa afecção.

Outro âmbito que claramente precisa ser melhorado é a estratificação mais precisa de mulheres com histórico familiar positivo para câncer de mama. Sabendo que tal grupo precisa de maiores cuidados, saber classificar essas mulheres, dando a elas prioridade de atendimento e um acompanhamento mais cuidadoso sem dúvida é um caminho promissor no combate à mortalidade por essa causa.

Desse modo, conclui-se que o estudo abre portas e indagações sobre esse cenário. O que ainda pode ser feito para prevenção da incidência de câncer de mama em mulheres abaixo de 50 anos? Quais possibilidades na conscientização, tratamento e orientação familiar podem ser feitos a fim de que seja incorporado a cultura brasileira o autocuidado e acompanhamento médico com mais seriedade? Como garantir que a população feminina brasileira tenha acesso ao diagnóstico precoce? São questionamentos que o presente estudo levanta e contribui como possíveis desdobramentos dos dados levantados.

REFERÊNCIAS:

AMARAL, B. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes (RJ), Brasil.** Rio de Janeiro, 2012. p 117-123.

AMORIM, V. M. S. L. et al, **Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil.** Rio de Janeiro, 2008. p 2623-2632.

BARROS, A.C.S.D. BARBOSA E.M. GEBRIM L.H. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama.** Projeto diretrizes.

BUITRAGO, F., UEMURA, G., & SENA, M. C. **Fatores Prognósticos Em Câncer De Mama.** Brasília-DF, 2011. p 69-82.

Carvalho L. V. et al. **Molecular characterization of breast cancer in young brazilian women.** Rev Assoc Med Bras. 2010. p 278-87

CHAN, A. PINTILIE, M. VALLIS, K. GIROURD, C. GOSS, P. **Breast cancer in women £ 35 years: review of 1002 cases from a single institution.** Annals of Oncology 2000. 1255-62.

CRUZ, I. C. F. **Saúde e inequidades raciais no Brasil: população negra – uma revisão de literatura.** São Paulo, 2006.

CONITEC. **Mamografia para o rastreamento do câncer de mama em mulheres com idade abaixo dos 50 anos, entre 50 e 69 anos e com mais de 70 anos.** Brasília-DF, 2015.

CRIPPA, C. G. et al. **Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens.** 3.ed. Santa Catarina, 2003.

HCUSP. **Clínica Médica.** 2 ed. Vol. 1 . Barueri-SP. Manole Ltda, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA. **Conceito e Magnitude do câncer de mama.** 02 mar. 2020. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>.
Acesso em: 01 jul. 2020.

JORNAL DA USP. **Rastreamento de câncer de mama tem que começar aos 40 anos,** 04 out. 2019. Disponível em:
<https://jornal.usp.br/atualidades/rastreamento-de-cancer-de-mama-tem-que-comecar-aos-40anos>. Acesso em: 01 jul. 2020.

KEEGAN T. H. et al. **Occurrence of breast cancer subtypes in adolescent and young adult women.** Breast Cancer Res. 2012.

MARTINS, C. A. et al. **Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica.** Rio de Janeiro, 2013. p 341-349.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. **Estimativa | 2020 Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle Dos Cânceres Do Colo Do Útero E Da Mama.** 2.ed. Brasília-DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro, 2004.

OLINTO M. T. A, OLINTO BA. **Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil.** Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000. p 1137-42.

PALMEIRA, H.T.; et al. **Características anatomopatológicas e dados epidemiológicos de pacientes com câncer de mama submetidas a tratamento cirúrgico na Maternidade- Escola Assis Chateaubriand.** Revista Brasileira de Mastologia, 12(1); 31-34, 2002.

PEREIRA, H. F. B. VIAPIANA, P. S. SILVA, K. L. T. S. **Aspectos Clínicos e Patológicos do Câncer de Mama em Mulheres Jovens Atendidas na FCecon entre 2003 e 2013.** Revista Brasileira de Cancerologia 2017. p 103-109.

PINHEIRO, A.B. et al. **Câncer de mama em mulheres jovens: análise de 12.689 Casos.** Rev Bras Cancerol. 2013. p 351-9.

SCHALY C., TOMAS, P. Z. **Perfil epidemiológico das portadoras do câncer de mama no serviço de oncologia em um Hospital Universitário do Oeste de Santa Catarina no período de julho a setembro de 2011.** Unoesc & Ciência – ACBS. Santa Catarina, 2011. p 179-86.

SCHMIDT, T. TSANGARIS T.N. CHEEK, J. H. **Breast cancer in women under 35 years of age.** The American Journal of Surgery 1991. p 197-201.

SILVA, P. A. RIUL, S. S. REBEM. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.** Brasília-DF, 2011. p 1016-21

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**, 25 set. 2017. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>. Acesso em: 01 jul. 2020.

THULER L. C. S, MENDONÇA G. A. **Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras.** Rev. bras. ginecol. obstet. 2005; 27(11): 656-60.

VIVÊNCIA DE UM ESTUDO DE CASO VIRTUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Sarah Lima
amanda.s99lima@outlook.com

Beatriz Teixeira Alves
beatriznacional@hotmail.com

Lara Sawan Cunha
larasawan@hotmail.com

Thaís FernandaMorais Freitas
thaismorais05@hotmail.com

Fernanda Pini de Freitas
fernandapini800@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa milenar causada principalmente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch, mas também pode ser ocasionada pelo *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae* (FRASÃO, 2020).

Sua relevância na saúde pública está relacionada à incidência e por ser uma das doenças infectocontagiosas que mais causa óbitos. Tem como característica longo período de latência, sendo este aspecto o mais relevante para a dificuldade de sua erradicação, e preferência pelos pulmões, contudo pode acometer outros órgãos e sistemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A TB possui como fatores de risco a infecção pelo HIV, extremos de idade, diabetes, neoplasias, imunodepressão, tabagismo e etilismo. Além disso, há os fatores sociais que merecem destaque: extrema pobreza, má nutrição, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, entre outros (FRASÃO, 2020)

Há também as populações vulneráveis, as quais possuem risco aumentado de adoecimento por TB, sendo elas as pessoas vivendo em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, pessoas vivendo com HIV e indígenas (FRASÃO, 2020).

A transmissão da TB ocorre pela via aérea, de um paciente com TB pulmonar ou laríngea, bacilífero, para outra pessoa, por exalação de aerossóis por meio da tosse, fala ou espirro (FRASÃO, 2020)

As manifestações clínicas dependem do equilíbrio entre a virulência da bactéria e a competência do sistema imunológico, sendo assim,

quando o indivíduo possui imunidade comprometida, há maior chance de desenvolvimento de infecção ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O quadro clínico típico da TB pulmonar é tosse por três ou mais semanas. Essa tosse persistente pode ser seca ou produtiva, associada à febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. Nos casos em que a tosse é produtiva, a expectoração pode ser purulenta ou mucoide, com ou sem sangue. No exame físico, o paciente geralmente apresenta fácies de doença crônica e emagrecimento e na ausculta pulmonar pode haver diminuição de murmúrio vesicular ou sopro (FRASÃO, 2020).

O diagnóstico da TB pulmonar pode ser feito através da clínica do paciente (quando há presença de manifestações clínicas típicas da patologia, as quais já foram citadas anteriormente), de exames bacteriológicos (a baciloscopia de escarro positiva aumenta a chance da confirmação do diagnóstico de TB. A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente -BAAR-, pelo método de Ziehl-Nielsen, é a técnica mais utilizada. Também podem ser requisitados culturas ou testes rápidos moleculares), de exames de imagem (a radiografia de tórax é o exame de escolha na avaliação inicial e acompanhamento da TB pulmonar. Quando a patologia está presente, pode haver a presença de cavidades, nódulos, consolidações, massas, derrames pleurais. Também pode ser feita uma tomografia computadorizada de tórax, devido a sua maior sensibilidade. É indicada principalmente quando a radiografia inicial não possui alterações ou em pacientes imunossuprimidos), e de exames histopatológicos (a avaliação histológica por biópsia de fragmento de tecido é empregada na investigação nas formas pulmonares difusa ou extrapulmonares da doença). (FRASÃO, 2020)

O tratamento da TB tem como objetivo a cura e a diminuição da transmissão da doença. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o esquema básico consiste em duas fases, sendo a primeira de ataque ou intensiva e a segunda de manutenção. Neste esquema, o tratamento para adultos e adolescentes (> 10 anos de idade) consiste em um composto de quatro fármacos na fase de ataque (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) e dois na fase de manutenção (Rifampicina e Isoniazida). Para crianças (< de 10 anos de idade) é composto por três fármacos na fase de ataque (Rifampicina, Isoniazida e Pirazinamida), e dois na fase de manutenção (Rifampicina, Isoniazida) (FRASÃO, 2020)

A fase de ataque (intensiva) tem como objetivo reduzir a quantidade e a eliminação dos bacilos com resistência natural a algum medicamento, o que consequentemente diminui o contágio. Já a fase de manutenção tem como objetivo a eliminação dos bacilos latentes ou persistentes e a redução de recidiva da doença. O tempo de duração do tratamento é de no mínimo seis meses, e em alguns casos esse período de tempo deverá ser prolongado. (FRASÃO, 2020)

2. OBJETIVOS

O estudo realizado tem como objetivo compartilhar a experiência que os alunos do curso de medicina vivenciaram ao terem contato com o caso clínico virtual de um paciente com diagnóstico de Tuberculose (TB). Fundamentação teórica: o Ministério da Saúde preconiza o tratamento para TB, em adultos, através de duas fases, a inicial, que é a fase de ataque, sendo composta por quatro fármacos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) que são administrados por dois meses. Posteriormente, há a fase de manutenção, composta por dois medicamentos, a Rifampicina e Isoniazida, tendo duração de quatro meses, no mínimo. Metodologia: trata-se de um relato de experiência realizado por alunas do oitavo período do curso de medicina de uma Universidade, no interior de São Paulo, a partir do contato com um caso clínico de um paciente com TB pulmonar ativa, acompanhado no Ambulatório de TB do referido município, de forma virtual, na unidade curricular de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), no módulo de TB. Discussão: Através de uma análise crítica do caso virtual do paciente infectado pelo Bacilo de Koch, foram buscadas informações na literatura a respeito da TB, em relação a epidemiologia, fatores de risco, determinantes sociais da saúde, sintomatologia, exames diagnósticos e seu tratamento. Considerações finais: Diante do exposto, é notório como experiências como esta, auxilia os estudantes a criarem um olhar crítico em relação as condutas tomadas na prática, e as preconizadas pela literatura. Entende-se que cabe aos estudantes e profissionais sempre buscarem recursos na literatura para aprimorarem cada vez mais seu aprendizado sobre como abordar e conduzir os pacientes com TB.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência realizado por alunas do oitavo período do curso de medicina de uma Universidade, no interior de São Paulo, a partir do contato com um caso clínico de um paciente com TB pulmonar ativa, acompanhado no Ambulatório de TB do referido município, de forma virtual, na unidade curricular de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), no módulo de Tuberculose.

Paciente do sexo masculino, residente no município do interior paulista,

relatou histórico de TB há 20 anos, tratada e curada; e Leucemia há mais de 15 anos.

Há aproximadamente 10 meses, iniciou quadro de tosse seca persistente e febre, quando procurou o serviço de Pronto Atendimento (PA),

sendodiagnosticada pneumonia. Iniciou o tratamento com antibióticos e apresentou melhora momentânea do quadro clínico.

Após seis meses do tratamento de pneumonia, apresentounovamente tosse seca persistente, febre vespertina, perda ponderal e dispneia. Retornou ao mesmo PA e em decorrência da gravidade do quadro clínico, foi internado. Realizou exames laboratoriais e de imagem, como raios-X de tórax, sendo novamente diagnosticado com pneumonia, iniciando o tratamento. Sem melhora do quadro, após uma semana do início do tratamento, paciente procurou novamente o PA, quando foi encaminhado ao Ambulatório de TB, no referido município.

No Ambulatório de TB, além do exame de imagem que já havia sido realizado, e após ter realizado três baciloscopia de escarro- BAAR negativas, foi considerada a clínica do paciente e o raio-x para o diagnóstico de TB. Iniciou-se o tratamento para TB, onde recebeu orientações a respeito da forma de transmissão, sintomas, tratamento e exames necessários.

Após um mês após o início do tratamento, paciente teve retorno na consulta médico, e relatou melhoras nos sintomas clássicos da TB, mas apresentando queixas de dor e edema em joelho esquerdo.

Foi realizada uma visita domiciliar ao paciente 32 dias após a última consulta médica, no ambulatório de TB. O mesmo apresentava-se emagrecido, com dificuldade de locomoção e pouco colaborativo. Relatou melhora dos sintomas de TB, com o início do tratamento, e faz o uso correto dos mesmos com a ajuda da mãe. Em relação a dor e edema em membro inferior esquerdo, não houve melhoras, e agora apresentando dificuldades para deambular.

Além do acompanhamento no Ambulatório de TB, faz também tratamento no Hospital do Câncer, devido a leucemia.

Ao exame físico durante a visita domiciliar foi constatado no sistema pulmonar murmúrio vesicular presente, fisiologicamente distribuído, sem ruídos adventícios; pressão arterial: 120x80mmHg; inspeção membro inferior apresentando membro inferior esquerda com edema rígido em joelho e aumento de temperatura focal quando analisada com a outra perna, impedindo qualquer tipo de movimentação da articulação patelar, inclusive a deambulação, edema rígido nos pés, bilateralmente, sem alteração de temperatura.

Negou tabagismo, etilismo. Atualmente está em uso dos medicamentos da TB, fase de manutenção, e também uso de medicação para proteção estomacal que os fármacos utilizados para tratamento de TB, podem causar desconforto gástrico.

Em relação a leucemia, não soube informar sobre a medicação.

4. DISCUSSÃO

Através de uma análise crítica do caso virtual do paciente infectado pelo Bacilo de Koch, foram buscadas informações na literatura a respeito da TB, em relação a epidemiologia, fatores de risco, determinantes sociais da saúde, sintomatologia, exames diagnósticos e seu tratamento.

Em relação aos dados epidemiológicos, no Brasil, em 2019, foram registrados 73.864 mil casos novos da doença. Apesar de ter cura, o abandono do tratamento é o principal motivo para a TB ainda fazer vítimas fatais. Na última década houve uma redução de 8% no número de óbitos (4.881 óbitos em 2008), em 2018, 4.490 pessoas morreram no país. (FRASÃO, 2020)

Apesar da redução na incidência, o Brasil ainda registra 200 novos casos de tuberculose por dia. (FRASÃO, 2020) Isso nos mostra que, apesar de o país ter melhorado seus índices, ainda há muito a ser feito, em termos de prevenção da transmissão da doença e efetividade no tratamento. (FRASÃO, 2020)

No que se refere aos fatores de risco da TB, há algumas características que estão relacionados à maior incidência da doença, como diabetes, tabagismo, imunodepressão, neoplasias, coinfeção com HIV e à determinantes sociais, como pobreza, baixo nível de educação, dentre outros. No caso em questão, o paciente possui leucemia e provável acometimento do sistema imune, assim suas chances para o desenvolvimento de infecção ativa a partir de uma infecção latente eram maiores comparados à população sem comorbidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Os sintomas clássicos dessa patologia são, tosse por três ou mais semanas, seca ou produtiva, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. Nesta situação, o paciente apresentava tosse seca persistente, febre vespertina, perda ponderal há quatro meses, sendo compatíveis com a sintomatologia da TB pulmonar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2019)

Quando há suspeita clínica, deve-se investigá-la através da radiografia de tórax e de exames laboratoriais (baciloscopias, cultura e/ou teste rápido molecular) na tentativa de buscar o diagnóstico bacteriológico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

No caso analisado, o paciente apresentou sintomas respiratórios, sendo então tratado para pneumonia, mas não houve êxito terapêutico, já que as queixas persistiram. Como o quadro clínico era compatível com TB, foram realizadas três baciloscopias de escarro, todas com resultados negativos. Mesmo diante da não confirmação da TB pelos exames, foi encaminhado ao Ambulatório de TB, no qual foi dado o seguimento e tratamento para TB. Neste

caso, apesar dos exames não confirmarem a infecção pela *Mycobacterium Tuberculosis*, a conduta foi embasada na história clínica referida pelo paciente e no exame de imagem. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde para TB em adultos consiste em duas fases, a inicial, que é a fase de ataque, sendo composta por quatro fármacos (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol) que são administrados por dois meses. Posteriormente, há a fase de manutenção, composta por dois medicamentos, a Rifampicina e Isoniazida, tendo duração de quatro meses, no mínimo. As doses são reguladas de acordo com o peso do paciente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O objetivo da fase de ataque é diminuir a quantidade ou eliminação de bacilos, diminuindo então o contágio, e a finalidade da fase de manutenção é a eliminação dos bacilos latentes ou persistentes, diminuindo a chance de recidiva da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

No caso em questão, não foi descrito como feito o tratamento, logo não pôde ser feita uma análise em relação a conduta farmacológica tomada pelos profissionais de saúde. Isso evidencia uma fragilidade dos casos clínicos virtuais, pois os estudantes não têm contato direto com o paciente e a equipe responsável, logo, essa lacuna da informação representa uma importante vulnerabilidade, prejudicando a visão do todo no aprendizado do estudante.

Torna-se importante ressaltar que, esse caso clínico virtual, foi uma estratégia utilizada como meio de aproximar os alunos da realidade em que eles se deparariam caso, se não tivéssemos no momento de pandemia da COVID-19.

A equipe do Ambulatório de TB fez as orientações pertinentes sobre a patologia, sinais e sintomas, formas de transmissão, tratamento, cuidados necessários e exames. Isso foi um fator positivo, já que contribui para o estabelecimento de vínculo com o paciente, o que aumenta a adesão ao tratamento e diminui as taxas de abandono à terapêutica.

Um equívoco identificado quanto ao seguimento foi que, o paciente teve retorno médico após trinta e dois dias, não estando de acordo com o prazo determinado pelo MS, que é de uma consulta mensal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Durante o seguimento cabe aos profissionais da saúde, avaliar a evolução clínica do paciente, informá-lo sobre os possíveis efeitos adversos, e esclarecer eventuais dúvidas que o paciente tenha em relação à doença e ao seu regime terapêutico. É importante mencionar, que o tratamento ideal deve ser diretamente observado por um profissional da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), porém o paciente relatou que quem o auxilia a tomar os medicamentos é a sua mãe. Diante disso, caberia aos profissionais

responsáveis pelo atendimento e pelas visitas domiciliares orientá-lo sobre a forma correta do tratamento e tomar medidas para que algum trabalhador da saúde possa fazer o seguimento adequado, através do tratamento diretamente observado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Outro fator que pode auxiliar é o Plano Terapêutico Singular, levando em consideração à individualidade do caso, notando as vulnerabilidades e pontos fortes, envolvendo a família, o paciente, a equipe de saúde, e equipe multidisciplinar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é notório como experiências como esta, auxilia os estudantes a criarem um olhar crítico em relação as condutas tomadas na prática, e as preconizadas pela literatura. Há muitas falhas no manejo do paciente com TB, e tais erros devem ser identificados, a fim de que possam ser corrigidos e evitados na prática clínica. Outro fato positivo é que, ao assimilar o conteúdo teórico com os casos clínicos, o conhecimento se torna mais dinâmico e mais fortalecido, sendo uma forma de aproximar os estudantes da realidade dos pacientes e dos serviços de saúde.

Houve algumas fragilidades encontradas pelas estudantes, como a falta de informações a respeito do tratamento e de alguns outros dados da história do paciente. Apesar disso, as alunas buscaram dados na literatura, sobre os assuntos que não foram especificados no relato, para que elas consigam conduzir de modo adequado, um eventual paciente com suspeita ou confirmação de TB. Conclui-se que cabe aos estudantes e profissionais sempre buscarem recursos na literatura para aprimorarem cada vez mais seu aprendizado sobre como abordar e conduzir os pacientes com TB.

REFERÊNCIAS

Frasão, Gustavo. Brasil reduz em 8% o número de mortes por tuberculose na última década; 2020.

Ministério da Saúde. Brasil Livre de Tuberculose Plano Nacional do Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública; Brasília; 2017.

Ministério da Saúde. Manual de Recomendação Para o Controle da Tuberculose no Brasil; 2ª Ed; Brasília; 2019.

Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Saúde Pública Protocolo de Enfermagem; Brasília; 2011.

ÍNDICE

A

Aliano Faria Ribeiro, 59
Amanda Rabay Rodrigues, 67
Amanda Sarah Lima, 157
Ana Carolina Braz, 135
Ana Carolina Guerreiro Rocha, 8
Ana Caroline Cardoso da Silva, 8,
135
Ariana Pereira Germano, 52, 59

B

Beatriz Teixeira Alves, 157
Bruna Carolina Costa, 52
Bruna de Castro França, 12

F

Fernanda Pini de Freitas, 59, 157

G

Gabriele Kilpp Fagundes, 31, 45

H

Haroldo Silva Santana, 119

I

Israel Lucas Da Silva Maza, 101

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 8, 144

L

Lara Sawan Cunha, 157
Livia Maria Lopes Gazaffi, 52, 101

M

Maria Auxiliadora M. C. Pedigone,
87
Maria Auxiliadora Mancilha
Carvalho Pedigone, 67
Maria Carolina Minikowski Lemos,
23

N

Nathália Minuncio Nogueira, 87
Nazle Leite Boueri, 59

T

Talita Fernanda Soares Freitas
Andrade, 12
Thaís FernandaMorais Freitas, 157
Thiago Luna de Carvalho, 119

V

Victor Gabriel Galdino Soares Góis,
144
Viviane Rodrigues Esperandim
Sampaio, 23, 31, 45

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



0800 940 4688

16 3713 4688

unifacef.com.br



IC Uni-FACEF

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca