

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

ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES: pesquisa para a saúde

Coleção Ciência e Desenvolvimento **22**

ISBN Volume



ISBN Coleção



DOI

10.29327/553852



IC. Uni-FACEF



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

ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES: pesquisa para saúde

ISBN 978-65-88771-20-4

**FRANCA
Uni-FACEF
2021**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

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 ENFERMAGEM

Profª. Drª Livia Maria Lopes

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

Profª. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício 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 DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sívio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Lélio Luiz de Oliveira (USP)
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
Sívio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Welton Roberto Silva
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteadó
Iago C. Bettarello

© 2021 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 22.

O51g

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)
Estudos Multidisciplinares: pesquisa 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;
2021. 101 p.; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4
ISBN Volume 978-65-88771-20-4
DOI 10.29327/553852

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 *XV Fórum de Estudos Multidisciplinares do Centro Universitário Municipal de Franca* (Uni-FACEF) aconteceu de 26 a 28 de maio de 2021, quando estudantes, docentes e profissionais promoveram discussões muito interessantes e ricas, sobre temas variados e abrangentes, na área da saúde. O Uni-FACEF prima pela qualidade da educação, sustentada no tripé ensino, pesquisa e extensão, atenta às três dimensões do ensino: a humana, a técnico-pedagógica e a político-social.

Recentemente, o *Global Forum for Health Research e Council on Health Research for Development* propôs o termo **pesquisa para a saúde** em substituição à **pesquisa em saúde**, de modo a ressaltar e valorizar a investigação e a exploração do problema, das hipóteses e objetivos, assim como os desdobramentos, contribuições e possíveis intervenções para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

A complexidade e o envolvimento de diversas áreas de conhecimento recomendam atuação multiprofissional, com diferentes saberes e olhares, que conferem visão ampla e sistêmica à realidade analisada. Essa visão está presente nos trabalhos detalhados na publicação “**Estudos Multidisciplinares: Pesquisa para a saúde**”.

Busco trazer essa visão para minha prática desde o início de minha carreira como médica e, mais recentemente como acadêmica. Por isso, aceitei com prazer o convite para escrever o prefácio e fazer parte dessa reflexão, com sentimento de gratidão à Instituição de Ensino Superior (IES). Não poderia deixar de ressaltar o orgulho que sinto do empenho, dedicação, curiosidade e criticidade dos discentes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia que, despertados pelo conhecimento e pelas experiências vividas em cenários de práticas, se reconheceram agentes transformadores.

No presente e-book, você encontrará temas relevantes relacionados à saúde da mulher, destacando o câncer de mama como importante causa de mortalidade, e uma análise das políticas públicas de rastreamento no Brasil; estudo sobre a incidência de cesariana e a temida infecção puerperal em sítio cirúrgico; reflexão sobre a mortalidade materna como grande problema e desafio de saúde pública, com foco na cesárea perimortem; a revisão integrativa sobre diabetes gestacional mostra a relevância do tema e a necessidade de diagnóstico e tratamento oportunos. São abordados também resultados de pesquisas de temas variados como o perfil epidemiológico e cobertura vacinal do sarampo na cidade de atuação dos autores; um relato de experiência inspiradora de educação permanente em saúde com equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio remoto, como suporte para enfrentamento dos desafios do trabalhador de saúde em tempos de pandemia COVID-19; e a interessante entrevista que trouxe a visão dos

profissionais médicos sobre cuidados paliativos, tema importante e desafiador para profissionais, pacientes e familiares.

Parabenizo os autores pela excelência dos trabalhos e qualidade das pesquisas. Convido o leitor a conhecer os resultados e a dialogar com as análises. Espero que aprecie a leitura, assim, estará não só reconhecendo o empenho e dedicação dos envolvidos nesta edição, mas também valorizando e apoiando a produção científica em nosso Centro Universitário, em nosso país.

Profa. Mnd. Ana Lúcia de Castro Rodrigues

Docente

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA EM UM HOSPITAL SUS, NO PERÍODO DE 2015 A 2020	8
ANÁLISE DA RESULTÂNCIA DA IDADE NA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP	19
CESÁREA PERIMORTEM	31
CUIDADOS PALIATIVOS: a visão dos profissionais médicos	45
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: revisão integrativa	58
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM EQUIPE DE ESF POR MEIO REMOTO: um relato de experiência	70
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SARAMPO E SUA CORRELAÇÃO COM A COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP NO PERÍODO DE 2009 A 2019	85
ÍNDICE	99

ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESÁREA EM UM HOSPITAL SUS, NO PERÍODO DE 2015 A 2020

Amanda Costa Lopes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
Amandacross10@hotmail.com

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho Pedigone
Orientadora e Docente curso de Medicina – Uni-FACEF
doramancilha@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. ÁREA PRIORITÁRIA: Tecnologias para a Qualidade de Vida – Setor: Saúde

O Brasil apresenta a segunda maior taxa de cesárea do mundo, em torno de 55% e, como há correlação direta entre cesárea e infecção puerperal, as consequências na morbimortalidade materna são muito grandes, principalmente quando é conhecido que o número de infecções pós-cesárea é subdimensionado e que há possibilidade de maior prevenção quando se atua na identificação e nos controles dos fatores de risco associados. Logo, é necessário conhecer a realidade local, a fim de se tentar sensibilizar as autoridades de saúde do Município a implantar uma vigilância ativa efetiva pós-alta, contribuindo para melhora na qualidade de vida dessas mulheres e consequentemente diminuição da mortalidade materna associada à ISC pós-cesárea.

2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em estudo realizado pela National Healthcare Safety Network (NHSN), nos Estados Unidos, com dados de 850 mil cirurgias gerais, houve incidência de 1,9% de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) (CARVALHO, CAMPOS, *et al.*, 2017). A ISC é terceira causa entre as infecções nos serviços de saúde no Brasil, e, entre os pacientes hospitalizados, 14 a 16% desenvolvem essa complicação (JUNIOR, LEVY, *et al.*, 2009).

Na Infecção do Sítio Cirúrgico há muitas causas envolvidas e, além disso, há também fatores de risco predisponentes, tais como diabetes mellitus,

tabaco, obesidade, desnutrição, uso de corticoides sistêmicos e de imunossupressores, internação pré-operatória prolongada, ausência de banho pré-operatório, raspagem dos pelos em vez da remoção, preparo incorreto da pele do paciente e das mãos e antebraço dos profissionais, todos aumentando o risco de ISC (DESTRA e SOLA, 2017).

As ISC têm incidência relatada de 2,8 a 20% e, dentre elas, as infecções puerperais pós-cesárea podem ocorrer em sítio cirúrgico incisional (ferida operatória ou episiotomia) ou em cavidade uterina (endometrite) (HEY, FALCADE, et al., 2014) (PETTER, SCHERER, et al., 2013).

Segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS) a cirurgia cesariana apresenta risco 4,35 vezes maior de evoluir com infecção puerperal e três vezes maior em relação à mortalidade materna, do que nos partos normais ou em abortos. (PEREIRA, VALLE, et al., 2017).

As taxas de ISC pós-cesáreas são elevadas e aumentam a morbimortalidade materna (ARAÚJO, SILVA, et al., 2019). No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais foi detectada uma taxa de 6,8% de ISC dentre em 500 cesáreas realizadas e, no Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, numa amostra 187 partos cesáreos, 44 (23,5%) evoluíram para ISC (ROMANELLI, AGUIAR, et al., 2012) (MONTE e NETO, 2010).

Em 1970, o Brasil apresenta taxa de cesárea de 15%, aumentando para 38% em 2001; em 2008 a taxa subiu para 48,8% e, em 2009, esta foi de 50,1%, índice bem maior que os partos vaginais (HORTA, SILVEIRA e MASCARELLO, 2017).

Em 2016 o Brasil realizou pelo SUS 2.400.000 partos, dos quais 1.336.000 foram cesáreas, sendo o segundo país com maior taxa de cesárias do mundo, 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda a taxa máxima de partos cesarianos de 15% (DEPARTMENT OF MATERNAL e RESEARCH, 2018).

Na Maternidade Pública de Goiânia (GO), foram analisados 5.178 prontuários e, destes, em 147 foi constatado infecção puerperal pós-cesária, onde foi demonstrado que parto prolongado é fator de risco para o surgimento da infecção puerperal, com risco relativo de 2,16, o que se correlaciona relaciona com os

estudos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CE), em que o tempo de cesárea maior que 56 minutos está presente em 62,5% dos casos de infecções puerperais pós-cesárea (GUIMARÃES, CHIANCA e OLIVEIRA, 2007) (REIS e AQUINO, 2018).

Em estudo realizado no Hospital Fêmeina de Porto Alegre (RS), no período de 2009 a 2010, foi avaliada 4106 cesáreas e, dentre essas, 1,53% tiveram ISC, nos quais, 82,5% das mulheres apresentavam sobrepeso como fator de risco, sendo 46% obesas (PETTER, SCHERER, *et al.*, 2013).

Na Maternidade Otto Cirne de Minas Gerais (MG), foram analisados 487 partos cesáreos em que 14 (2,9%) evoluíram para infecção e, nestes, o número médio de toques foi 3,7, número maior em relação às pacientes sem infecção, lembrando que a OMS recomenda um intervalo de 4 horas a cada toque vaginal nas grávidas de baixo risco para prevenir infecções no período periparto (ROMANELLI, AGUIAR, *et al.*, 2014) (ORGANIZATION, 2015).

No Serviço de Obstetrícia do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, no município de São Luís, foram investigados 135 casos de infecção de sítio cirúrgico, de um total de 6.764 cesarianas, na qual 51 prontuários foram excluídos por falhas de identificação e outros registros incompletos, assim foi visto uma taxa de 2,0% de ISC pós-cesárea. Nesse estudo foi verificado como fatores de risco a cesariana de urgência, baixa escolaridade, tempo de bolsa rota, cesariana de urgência, obesidade mórbida, duração da cirurgia (SANTOS, PANCERA, *et al.*, 2017).

No Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher do Brasil, entre maio de 2008 e março de 2009, teve como amostra 187 mulheres, no qual ISC foi detectada em 44 casos (23,5%). Em 42 de 44 mulheres (95%), a ISC apareceu após a alta hospitalar, tornando-se evidente nos primeiros 15 dias após a cirurgia, e a hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade significativamente associada. Assim, é de grande valia a assistência após a alta hospitalar para identificar os casos de ISC pós-cesárea (MONTE e MD, 2010).

Em uma revisão integrativa de natureza qualitativa o baixo status socioeconômico foi citado em duas publicações, e acredita-se que fatores relacionados com infecção da ferida operatória pós-cesárea, pela condição de alimentação que age na imunidade da mulher, as condições de higiene, que podem

estar comprometidas quando as mulheres estão expostas a baixas condições socioeconômicas (CARVALHO, SOUZA e MEDEIROS, 2014).

No Hospital Nacional Edgardo Rebagliati no Peru, foram realizados em 2017, 4131 cesáreas na qual 111 mulheres desenvolveram ISC, no qual a obesidade foi o principal fator de risco associado (DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA, 2019).

Na pesquisa do Registro de Ensaios do Grupo Cochrane de Gravidez e Parto, foram analisados ensaios clínicos randomizados, que comparou a administração de antibióticos profiláticos na cesária antes da incisão na pele e após o clampeamento do cordão neonatal, onde foi observado uma redução na morbidade infecciosa de 0,45 a 0,72, devido à diminuição da endometrite em 0,36 a 0,79 e de infecção da ferida cirúrgica em 0,44 a 0,81, nas puérperas que receberam antibioticoprofilaxia pré-operatória (MACKEEN, PACKARD, *et al.*, 2014).

A conduta mais frequentemente utilizada para a prevenção da morbidade e da mortalidade relacionada à infecção puerperal é a antibioticoprofilaxia cirúrgica, sendo corriqueiro o uso inadequado dessas drogas na prevenção dos riscos de infecção materna. Portanto, é de grande valia o uso adequado desses medicamentos, reduzindo o impacto na vida dessas mulheres e assegurando o melhor tratamento, segundo a OMS (ORGANIZATION, 2015).

Em uma maternidade pública na Região Nordeste foram analisados 1818 parto cesáreos no período de 2010 a 2013, onde 53 pacientes (2,92%) desenvolveram ISC. E esse estudo mostrou como fatores de risco a presença de infecção urinária (9,4%), hipertensão arterial sistêmica (3,8%), tabagismo (3,8%), obesidade (3,8%). Há registro de que 13,2% das puérperas tomaram banho pré-operatório e fizeram tricotomia, mas em 50% dos prontuários não havia registros quanto a esses procedimentos. (ARAÚJO, SILVA, *et al.*, 2019).

Os dados sobre ISC pós-cesárea no Brasil são bem escassos, havendo apenas alguns estudos de hospitais isolados e, assim sendo, isso vem demonstrar a importância de serem realizados mais estudos sobre esse tema, pois esta é uma das principais causas de morbimortalidade no pós-parto (MACHADO e PRAÇA, 2005) (ORGANIZATION, 2015).

Com maior número de trabalhos de pesquisa realizados sobre essa temática, os fatores predisponentes para ISC pós-cesárea poderiam ser melhor

detectados e analisados e outras medidas de vigilância mais rígida ou medidas profiláticas poderiam ser adotadas com maior efetividade, assim como a higienização correta das mãos, dos instrumentais cirúrgicos, práticas cirúrgicas assépticas dentre outros, que farão com que ocorra redução das taxas de infecção puerperal (VERONESI e FOCACCIA, 2015) (OLADAPO e MATHAI, 2015).

Outro ponto importante a ser apontado são as subnotificações dos casos de ISC pela ausência de vigilância ativa pós-alta, pela alta precoce das pacientes, e pelo atraso do encaminhamento de pacientes, quando necessária a contrarreferência para a Unidade Básica de Saúde (UBS) (ARAÚJO, SILVA, *et al.*, 2019).

É também muito importante a ser levado em consideração o custo que as ISC geram para um hospital, sendo este três vezes maior que o custo das internações que não evoluem para essa complicação, uma vez que há prolongamento da internação em mais de 7 dias, e aumento do risco de reinternação em 15 vezes, despesa está que constitui 25% do valor que está direcionado para todas as infecções hospitalares (PETTER, SCHERER, *et al.*, 2013) (FERNANDES, FERNANDES e FILHO, 2000).

Uma das maneiras de se reduzir a infecção pós cesárea seria pela redução de realização de cesárea indiscriminadamente e sem indicação médica, e está conduta diminuiria a mortalidade e morbidade materna e perinatal, além do fato de não haver nenhuma evidência de que a mesma seja benéfica para as mães ou para os fetos que não tenham problemas importantes, segundo a OMS (DEPARTMENT OF MATERNAL e RESEARCH, 2018).

Desse modo, acreditamos que há necessidade de novas pesquisas acerca desse tema para que se possa reconhecer mais os fatores de risco associados às infecções puerperais pós-cesárias, e elaborar propostas que diminuam as taxas de ISC nas cesáreas, além de outras complicações e mortes que podem ser evitadas a partir do desenvolvimento de estratégias de prevenção. Além disso, os recursos gastos com as infecções puerperais pós-cesárias poderão ser direcionados para outras áreas da saúde em que possam estar faltando recursos.

3. OBJETIVOS DA PESQUISA

3.1. Objetivo geral

Verificar a prevalência de infecções de sítio cirúrgico em pacientes submetidas a cesária num hospital geral-SUS do interior paulista, no período de 2015 a 2020, e correlacionar com as variáveis sociodemográficas e do processo cirúrgico, além de avaliar o peso dos fatores risco na ocorrência dessas infecções.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar o perfil epidemiológico e sociodemográfico das pacientes com ISC pós-cesária.
- Analisar a idade, raça, Índice de Massa Corporal (IMC), renda, presença de desnutrição, grau de escolaridade, presença de infecção urinária e outras comorbidades, tabagismo, uso de corticoides sistêmicos e imunossupressores, idade gestacional, número de toques vaginais, duração da cesária, tricotomia, uso de antibioticoprofilaxia e tempo de permanência prévia hospitalar.
- Analisar a taxa de mortalidade associada à ISC pós-cesárea.
- Verificar a presença de complicações maternas agudas graves associadas a cesárea.
- Identificar o acesso ao serviço de saúde.
- Propor a adoção de notificação pós-alta pela rede ambulatorial SUS do município como medida para diminuir a subnotificação das ISC pós-cesárea.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, analítico das taxas de infecção pós-cesárea em um hospital geral, SUS, privado e filantrópico, de ensino do interior de São Paulo no período e 2015 a 2020 através da análise das fichas de notificação das infecções puerperais.

Serão também analisados os prontuários das pacientes com ISC pós-cesáreas buscando fatores de risco presentes.

Os dados coletados serão lançados nesse instrumento de coleta e distribuídos em planilhas, utilizando-se tabelas do Excel e, posteriormente serão armazenados no software Microsoft Excel. Em seguida serão montados gráficos e tabelas e será também realizado estudo estatístico para relacionar o impacto dos fatores de risco na ocorrência de ISC pós-cesária, assim como a teoria epidemiológica já existente com os dados obtidos neste trabalho, os quais serão posteriormente discutidos e comparados com a literatura científica pertinente.

5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em razão da pesquisa ser realizada através de fichas de notificação de infecção hospitalar e de prontuários médicos, sem identificação dos dados das pacientes, como nome, endereço, e outros, não será necessário um termo de consentimento livre esclarecido, já que esses dados não serão utilizados na pesquisa. Após aprovação deste projeto, ele será encaminhado para análise e deliberação do Comitê de Ética em pesquisa da Instituição e ao Comitê de Ética em pesquisa da Uni-FACEF (COMEP).

6. RESULTADOS

Os resultados abaixo mostram as taxas anuais de Infecção do Sítio Cirúrgico pós cesárea, de 2015 a 2020, ocorridas na Santa Casa de Misericórdia de Franca. Ao longo desses anos analisados essas taxas variaram de 0,56% a 0,99%. Nos anos de 2017 e 2018, principalmente em 2017, foram apuradas as taxas mais baixas 0,56% e 0,73%, respectivamente, mas nos anos seguintes as taxas de ISC pós cesárea aumentaram para 0,99% em 2019 e 0,96% em 2020.

Tabela 1. Taxas anuais de infecção do sítio cirúrgico na Santa Casa de Misericórdia de Franca de 2015 a 2020.

2015	2016	2017	2018	2019	2020
0,9%	0,9%	0,56%	0,73%	0,99%	0,96%

Fonte: Fichas de notificação de Infecção Hospitalar – CCIH – Santa Casa de Misericórdia Franca

As tabelas 2 e 3 mostram as taxas de Infecção do Sítio Cirúrgico pós cesárea e suas variações ao longo dos meses do ano, de 2015 a 2020. Em 2015, no mês de maio, ocorreu maior incidência de ISC pós cesárea, 1,71%. Em

2016 a maior taxa ocorreu em abril, 2,01%, em 2017 a maior taxa foi registrada em Julho, 1,5% e em 2018 a maior taxa também foi registrada em julho, 1,39 %. Em 2019 em outubro, 3,0%, e, em 2020, a maior taxa relatada foi em fevereiro, 1,59%.

Tabela 2. Variação mensal das taxas de Infecção do Sítio Cirúrgico pós-cesárea nos meses de Janeiro a Junho, de 2015 a 2020.

ANO	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
2015	0,73%	1,36%	0,74%	1,47%	1,71%	1,4%
2016	1,26%	0,49%	0,89%	2,01%	0,84%	1,06%
2017	0,27%	0,26%	1,00%	0,25%	0,51%	0,48%
2018	0,5%	0,26%	0,95%	0,0%	0,78%	0,3%
2019	1,0%	0,8%	0,25%	1,1%	0,55%	1,0%
2020	1,2%	1,59%	0,8%	1,0%	1,2%	1,0%

Fonte: Ficha de notificação de Infecção Hospitalar – CCIH – Santa Casa de Misericórdia Franca

Tabela 3. Variação mensal das taxas de Infecção do Sítio Cirúrgico pós-cesárea nos meses de Julho a Dezembro de 2015 a 2020.

ANO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
2015	0,3%	0,5%	0,7%	0,0%	--	0,8%
2016	0,5%	0,3%	0,2%	0,55%	1,35	1,36%
2017	1,5%	1,0%	0,5%	1,25%	0,8%	0,5%
2018	1,3%	0,25%	1,5%	1,00%	1,2%	0,78%
2019	0,6%	0,5%	1,0%	3,0%	0,64	1,91%
2020	1,5%	0,7%	1,4%	0,0%	0,3%	0,6%

Fonte: Ficha de notificação de Infecção Hospitalar – CCIH – Santa Casa de Misericórdia Franca

7. CONCLUSÕES

A coleta de dados dos prontuários eletrônicos das pacientes com ISC pós cesárea ainda não foi iniciada devido à demora no processo de autorização da Santa Casa de Franca em consequência da pandemia de COVID-19 e das medidas restritivas determinadas pelo governo de São Paulo. Quando autorizado e iniciada a coleta de dados analisaremos os fatores de riscos para a ocorrência de ISC pós-cesárea correlacionando-o com as variáveis sociodemográficas e do processo cirúrgico, tais como a idade, raça, Índice de Massa Corporal (IMC), renda, desnutrição, grau de escolaridade, presença de infecção urinária e outras

comorbidades, tabagismo, uso de corticoides sistêmicos e imunossupressores, idade gestacional, número de toques vaginais, tempo de duração da cesárea, realização de tricotomia, uso de antibioticoprofilaxia e tempo de permanência prévia hospitalar. Também serão verificadas a taxa de mortalidade associada à ISC pós-cesárea e à presença de complicações maternas agudas graves associadas a cesárea.

A cesariana é classificada, quanto ao seu potencial de contaminação, como uma cirurgia potencialmente contaminada, por tratar-se de ferida cirúrgica em que há abertura do sistema genital, e cujo risco de infecção é de 3 a 11%. Isto posto, quando comparamos as taxas de ISC pós cesárea da Santa casa de Franca com o de outras maternidades avaliadas em nosso estudo, e mesmo com as taxas máximas de ISC preconizadas pela ANVISA e outros órgãos de regulação internacionais, como o Centre for Diseases Control (CDC), concluímos que as taxas de ISC pós cesárea apuradas na nossa pesquisa estão bem abaixo dos índices recomendados pela literatura científica nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. B. S. D. et al. Ocorrência de infecções de sítio cirúrgico pós-cesárea em uma maternidade pública. **Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 37°, Julho-Dezembro 2019. ISSN 1409-4568.

CARVALHO, R. L. R. D. et al. Incidência e fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgias gerais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-8, 2017.

DEPARTMENT OF MATERNAL, N. C. A. A. H.; RESEARCH, D. O. R. H. A. **WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization. Geneva. 2018. (978-92-4-155021-5).

DESTRA, A. S.; SOLA, A. F. **Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico**. 4ª. ed. São Paulo: [s.n.], 2017.

FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; FILHO, N. R. **Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. 1ª. ed. [S.l.]: Atheneu, 2000.

GUIMARÃES, E. E. R.; CHIANCA, T. C. M.; OLIVEIRA, A. C. D. INFECÇÃO PUERPERAL SOB A ÓTICA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AOPARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, p. 15-21, Julho-Agosto 2007.

HEY, A. et al. Fatores de risco para infecção no puerpério cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, p. 734-740, Outubro/Dezembro 2014.

HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F.; MASCARELLO, K. C. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, 2017.

JUNIOR, A. B. et al. **Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [S.I.], p. 1-19. 2009.

MACHADO, N. X. D. S.; PRAÇA, N. D. S. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 55-60, Janeiro-Fevereiro 2005.

MACKEEN, A. D. et al. Tempo dos antibióticos profiláticos intravenosos na prevenção da morbidade infecciosa no pós-parto em mulheres submetidas a parto cesáreo. **Cochrane Database Systematic Reviews**, p. 1-44, Dezembro 2014.

MONTE, M. C. C. D.; NETO, A. M. P. Vigilância pós-alta após cesariana: incidência de infecção do sítio cirúrgico e fatores associados. **American Journal of Infection Control**, v. 38, n. 6, p. 467-472, 2010.

OLADAPO, A. M. G. A. O.; MATHAI, M. **WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections**. Organização Mundial de Saúde (OMS). [S.I.]. 2015. (978 92 4 154936 3).

ORGANIZATION, D. O. R. H. A. R. W. H. **(As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções materDepartment of Reproductive Health and Research World Health Organization**. Organização Mundial da Saúde. Geneva. 2015.

PEREIRA, A. L. D. F. et al. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. [S.I.], p. 1-42. 2017.

PETTER, C. E. et al. Fatores relacionados a infecções de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, p. 28-33, 2013.

REIS, C. S.; AQUINO, P. D. S. AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO PUERPERAL EM CIRURGIA CESARIANA EM MATERNIDADE TERCIÁRI. **Dados Internacionais da Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, 2018.

ROMANELLI, R. M. D. C. et al. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de nfecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospitaluniversitário no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Outubro-Dezembro 2012.

ROMANELLI, R. M. D. C. et al. Fatores de risco para infecção de ferida cirúrgica em puérperas submetidas a cesarianas em Hospital Universitário de referência. **Revista de Epidemiologia e Controle Infecção**, v. 4, p. 180-185, Julho/Setembro 2014. ISSN 2238-3360.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 5ª. ed. São Paulo: Atheneu, v. 2, 2015.

ANÁLISE DA RESULTÂNCIA DA IDADE NA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP

Victor Gabriel Galdino Soares Góis
Graduando em medicina – Uni-FACEF
victor-gois@hotmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Doutora em Ciências – UNIFRAN
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).

Tal patologia se coloca hoje como um dos principais desafios no que se diz respeito a envelhecimento populacional e enfrentamento de doenças crônicas (INCA, 2019). No Brasil, ele é o mais prevalente em mulheres de todas as regiões, excetuando-se os tumores de pele não melanoma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Ajustada pela população mundial, a taxa de mortalidade por essa neoplasia vem apresentando uma curva ascendente, com 13,22 óbitos/100.000 mulheres em 2017. As regiões Sul e Sudeste foram que apresentaram as maiores taxas, com 14,14 e 14,10 óbitos/100.000 mulheres em 2017, respectivamente (INCA, 2020).

Mesmo com as estimativas de sobrevida em cinco anos mostrando uma tendência de aumento em países desenvolvidos, o que se observa hoje ainda é uma grande disparidade global quando se trata de mortalidade. De acordo com o Concord-3 (ALLEMANI, 2018), no Brasil, as estimativas de sobrevida em cinco anos foram de 76,9% para o período de 2005 a 2009 e de 75,2% para o período de 2010 a 2014. Fatores relacionados a autopercepção da doença e às dificuldades encontradas no acesso das mulheres aos métodos diagnósticos e ao tratamento

adequado e oportuno resultam na chegada de pacientes em estágios mais avançados, o que piora significativamente o prognóstico (INCA, 2019).

Nos países subdesenvolvidos, as doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, estão ultrapassando as doenças infecciosas no que se diz respeito à utilização dos serviços de assistência em saúde (GOSS, 2013). Mesmo a incidência do câncer ainda sendo maior em países mais desenvolvidos, a mortalidade tem se mostrado proporcionalmente mais alta nos países em desenvolvimento, esse dado reflete as diferenças no perfil da doença e no acesso ao diagnóstico precoce (TORRE et. al., 2015).

A incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente a partir dos 40 anos, assim como a mortalidade por essa neoplasia. Maiores estudos são necessários a fim de se estabelecer a gênese desse aumento, seja pelo maior número de diagnósticos ou pela real crescente nos números absolutos. Outra evidência é que mulheres que estão fora do rastreamento (abaixo dos 50 anos), tiveram um crescimento, mesmo que pequeno, nas últimas décadas, chegando a cerca de 20 casos por 100 mil mulheres no ano de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Além da idade, outros fatores de risco podem estar relacionados, como fatores endócrinos e genéticos. Os elementos endócrinos estão relacionados principalmente ao estímulo estrogênico, seja ele endógeno ou exógeno, com aumento do risco quanto maior for o tempo de exposição. Possuem risco aumentado as mulheres com história de menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade), primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

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 dos pacientes. 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)

Acredita-se que as neoplasias malignas irão ser a maior causa de morbimortalidade nas próximas décadas em todo o mundo, ultrapassando até mesmo as doenças cardiovasculares (BRAY et. al., 2012). Essa situação evidencia a utilidade pautada na estruturação dos sistemas de saúde, especialmente em países em desenvolvimento/subdesenvolvidos, com a finalidade de manter-se ativos, mesmo com os altos custos relativos aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos inerentes à doença (FITZMAURICE et. al., 2015)

Nesse cenário, o planejamento de estratégias de controle do câncer de mama por meio da detecção precoce se torna indispensável, pois quanto mais previamente um tumor invasivo é diagnosticado e o tratamento é iniciado, maior são as chances de cura. Devido a isso, várias são as ações que vêm sendo implantadas para diagnosticar o câncer previamente. Mesmo assim, devido a individualização orgânica e a extrema heterogeneidade tumoral, o câncer de mama é considerado uma doença de comportamento dinâmico, que está em constante transformação (INCA, 2019)

Mesmo assim, a prerrogativa sobre o rastreamento do câncer de mama em mulheres jovens ainda não é um consenso. A maioria dos casos ocorre acima dos 60 anos, sendo que, o início do rastreamento se dá a partir dos 50 anos de idade. Apesar disso, sabe-se que pessoas fora da faixa de rastreamento também são acometidas pela doença, o que dá margem para uma série de estudos e interpretações.

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. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação seguida pelo Ministério da Saúde é o exame clínico anual e a mamografia, que é diagnóstica apenas em casos de resultados alterados. Essa prerrogativa é bastante polêmica, pois segundo a OMS, a ampliação da faixa etária no rastreamento mamográfico tem hoje limitada evidência de redução da mortalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diversos são os fatores usados para tentar explicar o menor efeito do rastreamento em mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos – a menor incidência de câncer em mulheres menores de 50 anos, a menor sensibilidade da mamografia em virtude da densidade das mamas e a existência de casos de cânceres mais agressivos - os quais se comportariam como câncer de intervalo e diminuiriam a utilidade do rastreamento (HCUSP, 2016).

Dessa maneira, pode-se perceber que, na mulher jovem, há uma tendência para diagnósticos mais tardios. Isso ocorre tanto pela não indicação da mamografia, como também pela menor conscientização para realização do exame clínico. (CRIPPA, et. al., 2003)

Contrariando o Ministério da Saúde, algumas instituições, como a FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) indicam o rastreamento através da mamografia a partir dos 40 anos, visando assim o diagnóstico precoce e a redução da mortalidade.

Diante disso, é notável que pesquisas em torno do impacto do câncer de mama em diferentes faixas etárias se torna de grande valia, tendo em vista que normas referentes ao rastreio ainda não são uniformes. Entender e analisar a mortalidade por câncer de mama em mulheres fora desse rastreio e comparar com àquelas que se encontram na faixa etária a ser rastreada servirá para o questionamento em torno das políticas públicas vigentes. Pesquisar se realmente não é válido iniciar o rastreamento mais cedo, como acredita diversas instituições, é sem dúvida um fator que pode mudar significativamente a morbimortalidade.

2. JUSTIFICATIVA

Através da pesquisa intitulada *Perfil Clínico e Epidemiológico dos Óbitos por Câncer de mama em Mulheres Jovens em Franca-SP*, realizada entre 2019 e 2020 e na qual se objetivou traçar um perfil das mortes por câncer de mama em mulheres com idade até 50 anos, surgiram novas indagações. O estudo anterior se pautava em estabelecer a relação entre a idade do câncer e outros fatores, como agressividade do tumor, estadiamento clínico e sobrevida da paciente, no entanto, não fazia parte do estudo mulheres acima dos 50 anos, que já se encontram na faixa etária de rastreio, para que se pudesse comparar a mortalidade entre elas e verificar as possibilidades de diferenças entre esse grupo.

Poder comparar as taxas de mortalidade e cura da doença nesses dois cenários se torna de grande interesse, tendo em vista que será possível estabelecer uma relação entre os achados encontrados e as políticas públicas adotadas. Será mesmo que o rastreamento mamográfico é ineficaz em mulheres com menos de 50 anos? Será que a relação entre as taxas de cura e de mortalidade nesses dois cenários são distintos ou semelhantes? Ampliar a faixa etária de rastreio é capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama? Essas são algumas indagações presentes e que se acredita que o presente estudo possa respondê-las. Dessa maneira, algumas informações ainda não interligadas podem 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 de análise da resultância da idade na mortalidade por câncer de mama no município de Franca-SP. Acredita-se que a partir da construção desses dados será 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 possa estabelecer políticas públicas que potencializem a utilização dos recursos disponibilizados pelos programas de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o efeito da idade na mortalidade por câncer de mama no município de Franca-SP, no período de 2017 a 2019, comparando as diferentes faixas etárias e estabelecendo relações entre elas.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Identificar o número de casos de câncer de mama tratados no Hospital do Câncer de Franca, no período de 2017 a 2019.
- 2) Identificar o número de mortes por câncer de mama das pacientes tratadas no Hospital do Câncer de Franca, no período de 2017 a 2019.
- 3) Comparar o número de casos de câncer de mama que ocorreram em mulheres com menos de 50 anos com o de mulheres acima dos 50 anos, tratadas no Hospital do Câncer de Franca, no período de 2017 a 2019.
- 4) Comparar o número de mortes por câncer de mama de mulheres que tinham até 50 anos com as mulheres que tinham mais de 50 anos, tratadas no Hospital do Câncer de Franca, no período de 2017 a 2019.
- 5) Analisar a efetividade das políticas públicas de rastreamento vigentes.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo, de natureza documental, no qual se objetiva caracterizar a população a ser estudada por meio da base de dados existente na Santa Casa de Franca, utilizando-se o CID C50 (neoplasia maligna da mama) e através da revisão de prontuários das pacientes tratadas por câncer de mama no Hospital do Câncer de Franca, no período de 2017 a 2019.

Considerando que o estudo teve início em meados de setembro de 2020 e que houve a necessidade de passar por algumas reformulações, para coleta dos dados, devido ao período pandêmico e as restrições a acessibilidade aos

prontuários por estar em um ambiente hospitalar, o trabalho ainda se encontra em apreciação na Plataforma Brasil, tornando-se ainda inviável o início da coleta de dados e, conseqüentemente a análise deles.

Quando aprovada, a coleta de dados será realizada através do SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico) base de dados do Complexo Hospitalar Santa Casa, localizado no Hospital do Coração de Franca/SP, que fará um levantamento de todas as mulheres tratadas para câncer de mama no Hospital do Câncer de Franca, através do CID C50 (neoplasia maligna da mama). Após esse levantamento, será consultado o número de prontuário de cada paciente para obter informações a respeito da idade e se ela terá obtido alta, se continua em seguimento ou evolui para óbito. Essas serão as únicas variáveis utilizadas. Os prontuários utilizados serão tanto o eletrônico, através do programa TASY (software de gestão hospitalar), utilizado pelo Complexo Hospitalar Santa Casa de Franca, como o físico, que se encontram no setor do SAME.

Serão incluídas na pesquisa todas as pacientes tratadas por câncer de mama no Hospital do Câncer de Franca, separando as que apresentaram alta das que vieram a óbito pelo mesmo câncer. Serão excluídas da pesquisa todas as pacientes tratadas no Hospital do Câncer de Franca por qualquer outra patologia que não câncer de mama, nos anos de 2017 a 2019. Aquelas que fizeram seguimento na instituição, mas que não residiam no município também serão excluídas da presente pesquisa, assim como aquelas que apresentaram seu seguimento descontinuado devido mudança de município.

Considerando que o estudo é de caráter quantitativo e que se trata da análise de dados de prontuários, tendo como únicas variáveis as informações se as pacientes do estudo receberam alta ou vieram a óbito e a idade delas, o único risco para as pacientes seria a quebra de confidencialidade dessas informações. No entanto, reiteramos que apenas os pesquisadores terão acesso a tais dados, deixando em sigilo absoluto o nome das pacientes. Já sobre os benefícios, esses serão indiretos, com possibilidade da criação de políticas públicas de saúde que venham intervir na morbimortalidade de pacientes com câncer de mama, na faixa etária estudada.

A coleta de dados será iniciada somente após a aprovação do projeto pelos Comitês de Ética em Pesquisa, tanto da instituição proponente, o Centro

Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), como da coparticipante, o Complexo Hospitalar da Santa Casa de Franca/SP. Serão analisadas as variáveis de interesse clínico e epidemiológico, como número de casos e a idade em que eles ocorreram.

Os dados serão lançados em um banco de dados no programa computacional Microsoft Excel e organizados em tabelas. A análise, à luz da literatura pertinente, se baseará na estatística descritiva para determinação dos números absolutos e percentuais.

5. RESULTADOS ESPERADOS E DISCUSSÃO

Como o trabalho ainda se encontra pendente na Plataforma Brasil, os resultados do mesmo ainda não foram coletados e não se encontram disponíveis. Mesmo assim, as expectativas para esse projeto são altas, tendo em vista que, com o presente estudo, acredita-se ser possível comparar os casos de câncer de mama que ocorreram fora do rastreamento, com aqueles que aconteceram na faixa etária de rastreamento, relacionando com as mortes por essa causa.

Entender a gênese da disparidade encontrada na incidência do câncer de mama em Franca e no resto do país é de suma importância para saber se o município vai ao encontro do que é visto no restante do país ou se segue uma linha mais singular. A partir da coleta e análise desses dados será possível estabelecer essa relação e olhar o cenário de maneira mais regional.

Caso o estudo aponte uma relação de disparidade entre casos e óbitos das mulheres em rastreamento e àquelas não rastreadas o primeiro passo será tentar entender o porquê dessa diferença, com a finalidade de traçar metas para minimizar esse impacto.

Isso nos leva a pensar como seria o cenário se rastreamento mamográfico se iniciasse aos 40 anos. Seguir os preceitos adotados pela FEBRASGO e pela SBM poderia ser um dos caminhos a fim de reduzir o número de mortes. Levando-se em consideração as mamas mais densas desse grupo de pacientes e, conseqüentemente uma menor acurácia da mamografia, a ultrassonografia de mamas poderia ser utilizada como rastreamento para mulheres menores de 50 anos, resultando assim em uma maior abrangência e um menor custo para os cofres públicos.

Outra medida que poderia minimizar as mortes nas pacientes fora do rastreo, seria fortalecer o que é preconizado. Sabe-se que mesmo não indicando a mamografia para pacientes com menos de 50 anos, o Ministério da Saúde recomenda que seja feito o exame clínico das mamas, de caráter anual, em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos. Se realmente o que foi estabelecido se configurar de maneira mais assertiva, isso poderia servir para reduzir, mesmo que de maneira sutil, a taxa de mortalidade nessa faixa etária. Mesmo sem a análise de dados, é totalmente confiável inferir que o exame clínico das mamas 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. Mesmo considerando as recomendações vigentes, questionar se elas estão sendo aplicadas é de suma importância para se entender a diferença entre o real impacto de uma patologia e a projeção que ela deveria ter caso os protocolos fossem realizados de maneira assertiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da presente pesquisa, levanta-se a necessidade de estudos mais aprofundados e que caracterizem melhor o câncer e a mortalidade por essa patologia, a nível nacional. Saber caracterizar melhor essa população, com estudos voltados para incidência e mortalidade segundo idade, pode ser uma ferramenta relevante que interfira de maneira significativa no curso da doença, sendo esse o objetivo principal desse trabalho. Começar a fazer estudos em populações selecionadas, no qual se amplifique a faixa etária de rastreo e que melhore o nível de atenção primária, voltados no exame clínico, criando um possível ideal em assistência à saúde, e poder comparar com o real cenário vigente hoje, poderia ser um primeiro passo afim de se descobrir os verdadeiros fatores que contribuem para morbimortalidade, podendo criar assim subsídios de enfrentamento mais significativos.

A combinação de ações que tenham como finalidade o diagnóstico precoce e o aprimoramento de ações terapêuticas podem se tornar o principal fator

frente à redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil, de maneira que possam ser adotadas medidas que assegurem a todas as mulheres o acesso às melhores modalidades diagnósticas e terapêuticas disponíveis.

Várias são as ações que podem ser estabelecidas com a finalidade de um diagnóstico precoce e tratamento eficaz. Ampliar o rastreamento, mesmo que com a ultrassonografia de mamas, e investir em desenvolver métodos para que toda mulher tenha pelo menos um exame clínico apurado das mamas por ano, sendo feito de maneira minuciosa e comprometida, poderiam ser a chave para reduzir a morbimortalidade não faixa etária não atendida.

A necessidade de se humanizar as políticas vigentes, reformulando e abrangendo com mais seriedade um problema de saúde pública, como o câncer de mama pode ser primordial. É papel dos gestores de saúde o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e a fiscalização das já instituídas, assim como estruturar e sistematizar o serviço de maneira mais eficaz, a fim de desburocratizar o acesso a saúde e agilizar o diagnóstico e o tratamento, quando necessário. Também se faz primordial que cada profissional tenha em mente o seu papel nesse processo, tanto no rastreamento quanto nas divulgações de informações e no seu papel formador de opinião. Sabe-se que mudar o atual modelo assistencial não é uma tarefa fácil, no entanto, apenas dessa maneira será possível agir de forma efetiva na morbimortalidade por câncer de mama no Brasil

Mesmo com uma gama de possibilidades que visem uma abordagem mais completa e eficaz no diagnóstico e tratamento do câncer de mama, é preciso entender melhor a relação casos/mortalidade, comparando as faixas etárias que já se encontram em rastreamento daquelas que não estão, e este é o cerne desse trabalho. Mesmo sem ter em mãos os dados da pesquisa, acredita-se poder analisar se a ampliação do rastreio mamográfico pode ter ou não influência na redução da mortalidade. Dessa maneira, será provável estabelecer uma relação entre o diagnóstico, através do rastreio e a mortalidade das pacientes, podendo assim auxiliar nas políticas públicas voltadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento eficaz dessa patologia, de forma a melhorar as condutas relacionadas a mesma.

REFERÊNCIAS

ALLEMANI, C. et al. **Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries.** Lancet, v. 391, n. 10125, p 1023-1075, 2018.

BRAY F, JEMAL A, GREY N, FERLAY J, FORMAN D. **Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study.** Lancet Oncol 2012 Aug; 13(8): 790-801.

BUITRAGO, F., UEMURA, G., & SENA, M. C. **Fatores Prognósticos Em Câncer De Mama.** Brasília-DF, 2011. p 69-82.

CRIPPA, C. G. et al. **Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens.** 3.ed. Santa Catarina, 2003.

FITZMAURICE C, DICKER D, PAIN A, HAMAVID H, MORADILAKEH M, et al. **Global Burden of Disease Cancer Collaboration.** The Global Burden of Cancer 2013. JAMA Oncol 2015 Jul; 1(4): 505-27

GOSS PE, LEE BL, BADOVINAC-CRNJEVIC T, STRASSER-WEIPPL K, CHAVARRI-GUERRA Y, ST LOUIS J, et al. **Planning cancer control in Latin America and the Caribbean.** Lancet Oncol 2013 Apr; 14(5): 391-436.

HCUSP. **Clínica Médica.** 2 ed. Vol. 1 . Barueri-SP. Manole Ltda, 2016.

INCA. **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação.** Rio de Janeiro, 2019.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – INCA. **Estimativa | 2020 Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle Dos Cânceres Do Colo Do Útero E Da Mama.** 2.ed. Brasília-DF, 2013.

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.

TORRE LA, BRAY F, SIEGEL RL, FERLAY J, LORTET-TIEULENT J, JEMAL A.
Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015 Mar; 65(2): 87-108.

CESÁREA PERIMORTEM

Ana Caroline Cardoso da Silva
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
aninhac14@hotmail.com

Ana Carolina Braz
Doutora em Saúde na Comunidade – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. INTRODUÇÃO

A cesárea é um procedimento realizado para prover a saída do feto do útero ao meio externo, de maneira intervencionista, possuindo indicações específicas para seu uso. Casos de morte fetal ou malformação incompatível com a vida, são exemplos no qual a cesaria não deve ser utilizada. Algumas de suas indicações são: cesariana perimortem, feto com apresentação cefálica, prematuridade, placenta prévia, acretismo placentário e infecção ativa por herpes simples (MENEZES; JOSÉ, 2017).

Há alguns tipos de cesárea, sendo classificada em emergência, urgência, programada, perimortem ou post mortem, cada uma com sua devida indicação, sendo respectivamente indicada quando há ameaça imediata à vida da gestante ou do feto; quando há comprometimento do binômio materno-fetal, mas sem ameaça imediata; na programada não há comprometimento materno-fetal, mas há necessidade de interromper a gestação; na perimortem, a gestante está em estado grave e esse procedimento poderá salvar o binômio ou algum deles e por fim, na cesariana pós-morte materna, ainda há a retirada do feto na tentativa de salvação (MENEZES; JOSÉ, 2017).

A modalidade de cesaria perimortem (CPM) é datada desde 3000 a.C, e em 1980 recebeu a denominação e começou a ser utilizada em gestantes com alto risco de vida ou em parada cardiorrespiratória (PCR), no qual a manobra de ressuscitação estava sem sucesso, cujo objetivo inicial era garantir a vida da mãe e do feto (GODINHO *et al.*, 2014) (SANT"ANA *et al.*, 2010).

Atualmente a incidência varia entre uma a cada vinte ou trinta mil gestações, sendo um dado incerto, visto que é uma manobra com alto risco de morbimortalidade devido ao risco inerente ao procedimento. Um grande avanço se deu com a introdução da anestesia, do aprimoramento das técnicas cirúrgicas, do uso de antimicrobianos e em hemoterapia, reduzindo a morbimortalidade tanto do quadro grave em que a gestante e o feto estão, quanto aos riscos relacionados ao procedimento cirúrgico da CPM (GODINHO *et al.*, 2014) (SANT"ANA *et al.*, 2010) (FEBRASGO, 2017) (PAPA; MATTAR; CAMANO, 1999) (COBB; LIPMAN, 2017).

A indicação para a realização de uma cesariana perimortem (CPM) são gestantes em PCR, podendo ser desencadeada por diversas causas como: doenças hipertensivas gestacionais, sepse, hemorragias, ruptura uterina, traumas ou doenças cardíacas prévias (GODINHO *et al.*, 2014) (SANT"ANA *et al.*, 2010) (FEBRASGO, 2017) (PAPA; MATTAR; CAMANO, 1999) (COBB; LIPMAN, 2017) (Departamento de Cardiologia, 2020) (JÚNIOR *et al.*, 1999) (FEBRASGO, 2000).

A partir do diagnóstico e identificação da necessidade da CPM, quanto mais precocemente a cirurgia é iniciada, melhor será o prognóstico materno-fetal, sendo ideal iniciá-la antes de cinco minutos de PCR e em idade gestacional acima de 20 semanas, porém, não há consenso sobre a idade mínima para sua realização (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015) (GODINHO *et al.*, 2014)

Fisiologicamente, o útero em fase gestacional comprime grandes vasos abdominais como a aorta e a veia cava inferior quando a mãe está em decúbito dorsal, essa compressão diminui o retorno venoso e o débito cardíaco, culminando em hipotensão ou até síncope. Associado a isso, a gestante necessita de maior quantidade de oxigênio, logo, quadros de hipoxemia são mais graves e desenvolvem acidose respiratória mais rapidamente. Dito isso, ao se deparar com uma gestante em PCR, deve-se prover a via aérea pérvia, assim como manter a gestante em posição de Trendelenburg com deslocamento manual do útero para a esquerda, a fim de facilitar o retorno venoso e trocas gasosas, além de evitar broncoaspiração em caso de vômitos, visto que o esfíncter esofágico inferior é mais flácido na gestante, facilitando o refluxo. Dessa forma, há alterações fisiológicas gestacionais que influenciam no desfecho de quadros de PCR, no qual há necessidade de atentar para o abdome gravídico e realizar algumas manobras iniciais que diferem da população geral (GODINHO *et al.*, 2014) (SANT"ANA *et al.*, 2010) (FEBRASGO, 2017).

O manejo da PCR deve contar com uma equipe multidisciplinar e treinada, com ação rápida e coordenada, a fim de melhorar o risco de sobrevida materno-fetal. O manejo inicial com compressões, ventilações, desfibrilação e medicações, se necessário, seguem as orientações indicadas para a população geral. É importante ressaltar que não se deve realizar a avaliação fetal, pois não modificará a conduta e poderá retardar manobras de reanimação (SANT'ANA *et al.*, 2010) (FEBRASGO, 2017).

Em relação a taxa de mortalidade materna, Sant'ana *et al.*, (2010) trazem que 50% dos casos ocorrem decorrentes a causas agudas, e em sua maioria, a morte materna não pode ser evitada. Em suma, o prognóstico está relacionado ao tempo de início da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) pós PCR, a realização da CPM e a morte materna, embora ainda não seja consenso sobre a idade gestacional mínima para a realização da CPM.

Atualmente, no cenário de pandemia relacionado ao SARS-CoV2, pouco conhecimento científico foi produzido acerca deste tema. É possível notar que a forma de transmissão e a sintomatologia apresentada é comum à população geral, entretanto, gestantes e puérperas são considerados grupos de risco para desfecho desfavorável devido ao risco pró-trombótico fisiológico da gestação, que somado ao risco desencadeado pela infecção, poderia resultar em complicações como acidente vascular encefálico, trombozes, infartos coronarianos e piora acelerada de quadros hipoxêmicos (MARQUES-SANTOS, 2020).

Apenas um caso foi relatado no Brasil, no qual uma gestante de 19 anos necessitou de cesariana de urgência devido a insuficiência respiratória desencadeada por SARS-CoV2. Após o parto, a mãe ficou em unidade de terapia intensiva (UTI), evoluindo com coagulação intravascular disseminada (CIVD) e óbito. O feto necessitou de cuidados na UTI neonatal, mas com recuperação adequada e sem sequelas, recebendo alta (JESUS *et al.*, 2020).

Este trabalho realizou uma revisão sistemática da literatura sobre o conhecimento produzido nos últimos cinco anos sobre a cesariana perimortem, a fim de identificar a prevalência atual, sua relação com o prognóstico materno-fetal, bem como as dificuldades encontradas na realização do procedimento pelos serviços de saúde e/ou profissionais. 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: “cesarian”, “Complicações na Gravidez”; “Parada Cardíaca”; “Cesárea”; “Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos”; “Emergências”; “Ressuscitação Cardiopulmonar”, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponibilizados em sua forma íntegra e que abordassem o tema central da pesquisa, no período de 2015 a 2021. 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 cesariana perimortem e que abordaram a metodologia de revisão de literatura.

Foi criada uma tabela para compilação de dados, para melhor organização e análise, contendo a base de dado na qual o artigo foi encontrado; o nome completo do artigo; em qual periódico foi publicado e o ano; o país de origem; o delineamento metodológico e por fim, as principais conclusões de cada artigo (**Tabela 1**).

Tabela 1: Compilação dos dados dos artigos validados para análise, Franca/SP, 2021

	<i>BASE DE DADOS</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>PRIMEIRO AUTOR E ANO</i>	<i>PAÍS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>CONCLUSÃO</i>
1	BVS	Out-of-hospital cardiac arrest in pregnancy with good neurological outcome for mother and infant	Pecher, S.; 2016	Austrália	Relato de caso	Concorda, mãe falecida, filha com paralisia cerebral
2	BVS	Out-of-Hospital Perimortem Cesarean Delivery Performed in a Woman at 32 Weeks of Gestation: A Case Report	Lenz, H.; 2017	EUA	Relato de caso	Concorda, mãe e filho sem sequelas
3	BVS	Perimortem cesarean delivery and subsequent emergency hysterectomy: new strategy for maternal cardiac arrest.	Goto, M.; 2017	Japão	Relato de caso	Concorda, caso 1: mãe falecida. Caso 2: mãe com sequela, bebê vivo

4	Pubmed	Two cases of low birth weight infant survival by prehospital emergency hysterotomy	Tommila, M.; 2017	Finlândia	Relato de caso	Concorda, Caso 1: mãe cardiopata falecida, bebê sem sequelas. Caso 2: mãe falecida, bebê sem sequelas
5	Pubmed	Maternal Near-Miss: A Perimortem Caesarean Section Resulting in a Remarkable Foetomaternal Recovery in a Rural Tertiary Care Centre in Eastern India	Anirban, D.; 2017	Índia	Relato de caso	Concorda, mãe e bebê sem sequelas
6	Scielo	Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fuego con supervivencia fetal. Reporte de un caso / Perimortem C-Section after gunshot penetrating trauma with infant survival. Case report	Felix, E.M.; 2018	México	Relato de caso	Concorda, mãe e bebê sem sequelas
7	Pubmed	Interdisciplinary Approach to an Unusual Case of Myocarditis in Pregnancy	Marceau, A.; 2019	Canada	Relato de caso	Concorda, mãe viva com miocardite, bebê vivo
8	BVS	Live birth after perimortem cesarean delivery in a 36-year-old out-ofhospital cardiac arrest nulliparous woman	Wu, Szu-Hsin; 2019	Taiwan	Relato de caso	Concorda, mãe saudável, bebê com paralisia cerebral

9	Pubmed	Maternal cardiac arrest in the Netherlands: A nationwide surveillance study	Schaap, T.P.; 2019	Holanda	Estudo prospectivo (Análise de prontuário)	Concorda
10	Pubmed	Maternal out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective observational study	Maurin, O.; 2019	França	Estudo retrospectivo	Concorda, causa principal: fibrilação ventricular. 6 faleceram no extra hospitalar, 2 viveram.
11	Pubmed	Splenic Artery Aneurysm (SAA) Rupture in Pregnancy: A Case Report of a Rare but Life-Threatening Obstetrical Complication	Ballout, R.A.; 2019	Líbano	Relato de caso	Concorda, mãe com ruptura de aneurisma de artéria esplênica, sobreviveu. Natimorto.
12	BVS	Utility and limitations of perimortem cesarean section: A nationwide survey in Japan	Kobori, S.; 2019	Japão	Observacional retrospectivo (questionário)	Concorda
13	BVS	Use of Tandem Perimortem Cesarean Section and Open-Chest Cardiac Massage in the Resuscitation of Peripartum Cardiomyopathy Cardiac Arrest	Adan, A.J.; 2019	EUA	Relato de caso	Concorda, mãe e bebê saudáveis
14	Pubmed	Case Report of Traumatic Uterine Rupture in a Multigravida Woman with Emergency Department Cesarean Section	Wiese, K. S.; 2020	EUA	Relato de caso	Concorda, pós trauma automobilístico com ruptura uterina. Mãe sobreviveu, feto faleceu
15	BVS	Crashing eclamptic patient and a resulting peri-mortem C-section	Hickey, S.; 2020	EUA	Relato de caso	Concorda, mãe e bebê saudáveis

16	Pubmed	Analysis of prehospital perimortem caesarean deliveries performed by Helicopter Emergency Medical Services in the Netherlands and recommendations for the future	Moors, X.; 2020	Holanda	Coorte retrospectivo	Concorda, 7 mães faleceram, 3 bebês sobreviveram
----	--------	---	-----------------	---------	----------------------	--

Fonte: Silva; Braz, 2021.

2. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

a. Resultados:

Ao todo foram selecionados 159 artigos e 16 foram validados respeitando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos nessa pesquisa. Na primeira seleção, analisou-se título, resumos e ano de publicação.

Sobre o período de publicação, sete foram publicados no ano de 2017 e cinco em 2019, notando-se ausência de produção científica sobre a temática nas respectivas bases de dados no ano de 2018. Os Estados Unidos lideraram a quantidade de publicações com quatro artigos no período analisado, seguido de Holanda e Japão com dois artigos cada.

Apenas estudos de relato de caso trouxeram a faixa etária das pacientes, variando de 19 a 38 anos. Sobre o delineamento metodológico e amostragem de cada estudo, 12 realizaram relato de caso, três realizaram estudo retrospectivo (N= 38; N=18; N=16) e um realizou estudo prospectivo (N=7).

Dos 16 artigos selecionados, 100% deles posicionaram-se a favor da prática de uso da ressuscitação cardiopulmonar em gestante que se encontra em parada cardiorrespiratória, seguido de cesariana perimortem caso seja necessário. Todos concordam também sobre a necessidade de treinamento de todas as equipes envolvidas em situação de urgência e emergência, seja pré ou intra-hospitalar (LENZ *et al.*, 2017) (PECHER; WILLIAMS, 2017) (GOTO *et al.*, 2017) (TOMMILA *et al.*, 2017) (ANIRBAN *et al.*, 2017) (FELIX *et al.*, 2018) (MARCEAU *et al.*, 2019) (WU; RUH-SHENG; HWU, 2019) (SCHAAP *et al.*, 2019) (MAURIN *et al.*, 2019) (BALLOUT

et al., 2019) (KOBORI *et al.*, 2019) (ADAN *et al.*, 2019) (WIESE; ERNEST; DUKES, 2020) (HICKEY *et al.*, 2020) (MOORS *et al.*, 2020).

Nota-se a existência de dados pouco precisos e variáveis acerca da prevalência de CPM e de sua incidência atual, assim como o prognóstico do binômio materno-fetal frente a sua realização. Além disso, dentre as dificuldades apontadas pelos estudos com relação à realização da cesariana perimortem, estão a adequação dos cenários de urgência, o treinamento efetivo e constante das equipes e ainda a falta de materiais para a execução do procedimento.

b. Discussão

A cesaria perimortem, apesar de rara, é uma ferramenta usada em quadro grave, com possível desfecho fatal ou com alta morbimortalidade, se não manejada rápida e corretamente. Após a análise dos 16 artigos validados, foi possível evidenciar a concordância favorável sobre a realização da CPM, visto que é um dos últimos recursos de se manter o binômio materno-fetal vivo. Nota-se que a prevalência de realização de CPM no mundo ainda é incerta e variável de acordo com cada país analisado, com cerca de um caso para cada 12 a 30 mil pessoas (LENZ *et al.*, 2017) (PECHER; WILLIAMS, 2017) (WU; RUH-SHENG; HWU, 2019) (SCHAAP *et al.*, 2019).

Alguns autores ainda tentaram avaliar a taxa de mortalidade materna, demonstrando que esse índice sofre influência de comorbidades maternas prévias à gestação ou desenvolvidas no decorrer dela, como por exemplo, cardiopatias maternas como fibrilação atrial, vasculopatias (como aneurismas), trauma automobilístico, pré-eclâmpsia. Ainda, Schaap *et al.*, (2019) acrescentam que houve um aumento da mortalidade materna por causas reversíveis, como por exemplo as doenças hipertensivas da gestação (TOMMILA *et al.*, 2017) (MARCEAU *et al.*, 2019) (MAURIN *et al.*, 2019) (BALLOUT *et al.*, 2019).

É importante que os profissionais também reconheçam as alterações fisiológicas da gestação, a fim de diferenciá-las daquelas patológicas deste período (HICKEY *et al.*, 2020). A sugestão de treinamento mostra-se uma ferramenta extremamente útil para o desenvolvimento da técnica mais eficaz, a fim de tentar reduzir a morte materna e fetal, sendo uma forma de intervenção trazida por diversos estudos. Lenz *et al.*, (2017) sugerem que o treinamento seja realizado para equipes de ambiente extra-hospitalar, sendo uma possibilidade de conduta neste

cenário se houver material disponível (HEALY *et al.*, 2016) (BENSON *et al.*, 2016) (ZELOP *et al.*, 2018) (KIKUCHI; DEERING, 2018) (COMENDEIRO *et al.*, 2019) (PECHER; WILLIAMS, 2017) (DE SILVA; MAHARAJ; LANGDANA, 2016) (HU; HONG, 2020).

Alguns autores reafirmam a necessidade de maior treinamento e do incentivo na tomada de decisão por parte dos profissionais, principalmente o médico, pois é este quem costuma liderar a manobra de RCP, além de estimular o trabalho organizado e em equipe, no qual cada um realiza sua função designada pelo líder no momento do atendimento (TOMMILA *et al.*, 2017). Felix *et al.*, (2018) acrescentam ainda que além disso, há importância de haver um suporte local com material adequado para todas as manobras (ANIRBAN *et al.*, 2017) (MARCEAU *et al.*, 2019) (WU; RUH-SHENG; HWU, 2019) (WIESE; ERNEST; DUKES, 2020). Maurin *et al.*, (2019) reconhecem que há uma dificuldade em se cumprir os protocolos para o manejo de uma PCR em ambiente extra-hospitalar e acrescentam a necessidade de desenvolvimento de protocolos específicos para esse tipo de atendimento. O protocolo de atendimento elaborado pelo ACLS e o ATLS são formas de treinamento efetivo que auxiliam na tomada rápida de decisão. A uniformidade do atendimento é o ponto inicial para a tentativa de sucesso no procedimento, visto que agiliza e facilita a organização do cenário de trauma de forma sistemática (HEALY *et al.*, 2016).

Kobori *et al.*, (2019) complementam sobre a importância de treinamento adequado das equipes e mencionam uma ação intervencionista sobre o treinamento dos funcionários no Japão, realizado por meio da implementação do "Curso de Resgate Materno Japonês", no qual há a capacitação, com treinamento prático das equipes de resgate.

Com relação às gestantes com comorbidades, Marceau *et al.*, (2019) pontuam a necessidade de maiores estudos relacionando a insuficiência cardíaca na gestante, como forma de identificar seus fatores de risco e quem sabe prevenir ou estar preparado para o possível desenvolvimento de uma parada cardiorrespiratória (PCR) devido ao histórico de doença cardíaca prévia.

Referente às causas vasculares, que podem culminar em causa cardíaca por instabilidade hemodinâmica, Ballout *et al.*, (2019) demonstram a necessidade de maiores estudos sobre o benefício de se realizar rastreamento em

gestantes de alto risco para o desenvolvimento de ruptura de aneurisma de artéria esplênica, visto que embora seja uma complicação grave da doença, há importância sobre o desfecho materno ruim.

Ainda sobre o cenário obstétrico, há controvérsias sobre a realização ou não do parto cesáreo e seus limites judiciais, porém, é indicado que a manobra seja realizada o quanto antes em sua indicação, pois a condição de risco materna e fetal são de extrema gravidade (BENSON *et al.*, 2016).

Embora os 16 estudos sejam a favor da realização da manobra, nem todos trouxeram desfechos favoráveis à mãe e ao feto. Dentre todos, está totalizado 29 gestantes e destas, apenas sete culminaram em mãe e bebê saudáveis e sem sequelas após acompanhamento longitudinal posterior de até dois anos (PECHER; WILLIAMS, 2017) (ANIRBAN *et al.*, 2017) (FELIX *et al.*, 2018) (MARCEAU *et al.*, 2019) (ADAN *et al.*, 2019) (HICKEY *et al.*, 2020). No estudo de Lenz *et al.*, (2017) e Wu; Ruh-Sheng; Hwu (2019) as mães faleceram e seus filhos apresentaram sequela decorrente de paralisia cerebral.

No estudo de Goto *et al.*, (2017), houve o relato de dois casos, no qual o primeiro caso a mãe e seu bebê faleceram e no segundo a mãe evoluiu com sequelas não especificadas e o bebê ficou saudável. Salientam ainda nesse estudo a evidência de desfecho favorável quando utilizado a oxigenação por membrana extracorpórea venoarterial anteriormente ao procedimento da CPM, devendo esta ser uma manobra mais estudada para firmar seu uso futuro. Tommila *et al.*, (2017) também relata dois casos nos quais ambas as mães faleceram, uma sendo portadora de cardiopatia previamente desconhecida e ambos os bebês não apresentaram sequelas.

Maurin *et al.*, (2019) realizam um estudo maior, mencionando que seis gestantes faleceram durante o atendimento em ambiente extra-hospitalar e duas sobreviveram, sem constar informações sobre as condições de sobrevivência materna, se saudáveis ou com sequelas.

No estudo Ballout *et al.*, (2019), uma gestante sofreu ruptura de aneurisma de artéria esplênica e apresentou sequelas em sua recuperação, com feto natimorto. No estudo de Wiese; Ernest; Dukes (2020) uma gestante sofreu ruptura uterina após trauma automobilístico e sobreviveu às ocorrências; entretanto, com feto natimorto. Apenas dois estudos não mencionaram o desfecho de seus casos (SCHAAP *et al.*, 2019) (KOBORI *et al.*, 2019).

Após esta análise, evidenciou-se alguns fatores limitantes de estudo para o aprimoramento da técnica da CPM, que estão relacionados à falta de treinamento, de equipamentos e de um protocolo específico para abordagem extra-hospitalar. Além disso, notou-se também a escassez literária sobre a prevalência atual de CPM e do prognóstico materno-fetal frente à realização do procedimento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cesaria perimortem, de prevalência variável entre os diferentes países, é um dos últimos recursos para se manter o binômio materno-fetal vivo, e portanto, é realizada em quadros graves com possível desfecho fatal ou com alta morbimortalidade se não manejada rápida e corretamente. Há consenso na literatura que, quanto mais precoce for iniciada a manobra de ressuscitação em uma gestante em parada cardiorrespiratória, assim como o parto, melhores serão as chances de sobrevivência de ambos. Portanto, além da disponibilidade de materiais necessários para a realização do procedimento, a capacitação da equipe multidisciplinar acerca da manobra de ressuscitação cardiopulmonar é fundamental no contexto da cesaria perimortem, a fim de qualificar o conhecimento e a habilidade técnica acerca da manobra e contribuir para desfechos clínicos favoráveis de sobrevivência materno-fetal sem sequelas.

REFERÊNCIAS

- ADAN, A. J. et al. Use of Tandem Perimortem Cesarean Section and Open-Chest Cardiac Massage in the Resuscitation of Peripartum Cardiomyopathy Cardiac Arrest. **Annals of Emergency Medicine**, 74, n. 6, 1 dez 2019. 772-774.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques da American Heart Association. **Guidelines 2015 - Atualizações das Diretrizes de RCP e ACE**, p. 1-36, 2015.
- ANIRBAN, D. et al. Maternal Near-Miss: A Perimortem Caesarean Section Resulting in a Remarkable Foetomaternal Recovery in a Rural Tertiary Care Centre in Eastern India. **Journal of Obstetrics & Gynecology of India**, 67, n. 2, apr 2017. 143-146.
- BALLOUT, R. A. et al. Splenic Artery Aneurysm (SAA) Rupture in Pregnancy: A Case Report of a Rare but Life-Threatening Obstetrical Complication. **J. Womens Health Dev**, 2, n. 1, 20 maio 2019. 19-27.

COBB, B.; LIPMAN, S. Cardiac Arrest: Obstetric CPR/ACLS. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 60, n. 2, p. 425-430, june 2017.

DE SILVA, P. H.; MAHARAJ, D.; LANGDANA, F. Perimortem caesarean section: Two cases performed in New Zealand hospitals. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 56, n. 6, 5 oct 2016.

DEPARTAMENTO de Cardiologia, 2020. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dcm/gravidez/20190125-parada-cardiorrespiratoria-na-gestante.pdf>>. Acesso em: 02 jun 2020.

FEBRASGO. **Urgências e Emergências Maternas**: Diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: [s.n.], 2000.

FEBRASGO. Parada Cardiorrespiratória na Gestação. **Febrasgo - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/125-parada-cardiorespiratoria-na-gestacao>>. Acesso em: 28 jun 2020.

FELIX, E. M. et al. Cesárea perimortem por trauma penetrante por proyectil de arma de fogo con supervivencia fetal. Reporte de un caso / Perimortem C-Section after gunshot penetrating trauma with infant survival. Case report. **Revista de la Facultad de Medicina**, 61, n. 2, mar 2018. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200024&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov 2020.

GODINHO, J. V. V. G. et al. Cesariana Perimortem. **FEMINA**, v. 42, n. 1, p. 43-50, jan/fev 2014.

GOTO, M. et al. "Perimortem cesarean delivery and subsequent emergency hysterectomy: new strategy for maternal cardiac arrest. **Acute Medicine & Surgery**, 4, n. 4, oct 2017. 467-471.

HICKEY, S. et al. Crashing eclamptic patient and a resulting peri-mortem C-section. **American Journal of Emergency Medicine**, 38, n. 6, jun 2020. 1297.

HU, K. M.; HONG, A. S. Resuscitating the Crashing Pregnant Patient. **Emergency Medicine Clinics of North America**, 38, n. 4, nov 2020. 903-917.

JESUS, C. V. F. et al. Gestante com COVID-19 submetida a cesariana por sofrimento fetal: primeiro relato de caso descrito no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina (ACM)**, v. 49, n. 2, p. 129-147, abr-jun 2020. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/763>>. Acesso em: 13 maio 2021. Acesso em: 17 nov 2020.

JÚNIOR, G. A. P. et al. Atendimento à gestante traumatizada. **Medicina, Ribeirão Preto**, 32, jul/set 1999. 282-289.

KOBORI, S. et al. Utility and limitations of perimortem cesarean section: A nationwide survey in Japan. **The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, 45, n. 2, 25 set 2019. 325-330.

LENZ, H. et al. Out-of-Hospital Perimortem Cesarean Delivery Performed in a Woman at 32 Weeks of Gestation: A Case Report. **Anesthesia & Analgesia Practice**, 15, n. 8, 15 feb 2017. 72-74.

MARCEAU, A. et al. Interdisciplinary Approach to an Unusual Case of Myocarditis in Pregnancy. **CJC Open**, 1, n. 2, mar 2019. 103-105.

MARQUES-SANTOS. Posicionamento sobre COVID-19 e Gravidez em Mulheres Cardiopatas - Departamento de Cardiologia da Mulher da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 115, n. 5, p. 975-986, novembro 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020001300975&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 março 2021.

MAURIN, O. et al. Maternal out-of-hospital cardiac arrest: A retrospective observational study. **Resuscitation**, 135, fev 2019. 205-211.

MENEZES, C. A. S.; JOSÉ, E. Capítulo 16: Protocolo de Parto Cesariano. **Maternidade Climério de Oliveira - Universidade Federal da Bahia**, 22 jun 2017.

MOORS, X. et al. Analysis of prehospital perimortem caesarean deliveries performed by Helicopter Emergency Medical Services in the Netherlands and recommendations for the future. **Resuscitation**, 155, 1 out 2020. 112-118.

PAPA, A. C. E.; MATTAR, R.; CAMANO, L. Cesariana pós-morte. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 341-345, julho 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun 2020.

PECHER, S.; WILLIAMS, E. Out-of-hospital cardiac arrest in pregnancy with good neurological outcome for mother and infant. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, 29, 01 feb 2017. 81-84.

SANT'ANA, L. F. et al. Ressuscitação cardiopulmonar na gravidez. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 60-63, 2010.

SCHAAP, T. P. et al. Maternal cardiac arrest in the Netherlands: A nationwide surveillance study. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 237, jun 2019. 145-150.

TOMMILA, M. et al. Two cases of low birth weight infant survival by prehospital emergency hysterotomy. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, 3 jul 2017. 62.

WIESE, K. S.; ERNEST, S.; DUKES, W. S. Case Report of Traumatic Uterine Rupture in a Multigravida Woman with Emergency Department Cesarean Section. **Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine**, 4, n. 4, 9 nov 2020. 623-625.

WU, S.-H.; RUH-SHENG, L.; HWU, Y.-M. Live birth after perimortem cesarean delivery in a 36-year-old out-ofhospital cardiac arrest nulliparous woman. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, 58, n. 1, jan 2019. 43-45.

CUIDADOS PALIATIVOS: a visão dos profissionais médicos

João Vitor domingos Rocha
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
joaovitor.domingos@hotmail.com

Valeria Beghelli Ferreira
Orientadora – Uni-FACEF
valbeghelli@yahoo.com.br

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), os Cuidados Paliativos se caracterizam como uma abordagem que visa uma melhoria no ganho da qualidade de sobrevivência dos pacientes e de seus familiares frente a uma doença não responsiva à processos terapêuticos, que colocam suas vidas em risco. Esse método atenuante, segundo a OMS, que proporciona o alívio do sofrimento, minimizando a dor e ofertando um trabalho em equipe como suporte aos pacientes e familiares, tem por objetivo fazer com que o enfermo se torne ativo e que entenda, junto com seus entes queridos, que a morte é apenas o final de um ciclo.

Historicamente, como aponta Saunders (2004) apud Matsumoto (2012), Cuidado Paliativo se confunde com o termo Hospice termo que remonta dos primórdios da era cristã. Segundo a autora, Hospices eram abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes.

Matsumoto (2012), afirma que o termo cuidado paliativo surgiu do Movimento Hospice Moderno, que introduziu a formação humanista no serviço de saúde pela médica inglesa Dame Cicely Saunders. Saunders, ainda sem formação em medicina, trabalhando como enfermeira voluntária e graduada em Assistente Social, conheceu um paciente judeu, com um carcinoma retal inoperável que recebeu uma colostomia paliativa, e o visitou até o dia de sua morte, no qual decidiu se firmar uma nova forma de cuidar, visando o alívio da dor. Assim, ela foi buscar a formação em medicina e após concluir o curso, funda, em 1967, o “St. Christopher’s Hospice”, estrutura na qual realizava-se o atendimento aos doentes, além de promover o desenvolvimento de ensino e pesquisa sobre a área, com estudantes

provindos de vários países.

O termo “hospice” na época se tornou mundialmente um símbolo dessa forma de cuidar e aliviar a dor, espalhado aos vários países pelos estudantes que lá se especializaram. Matsumoto (2012) ressalta que em 1982, o Comitê de Câncer da OMS decidiu adotar o termo Cuidados Paliativos, já adotado no Canadá, devido à dificuldade de adequada tradução do termo Hospice em alguns idiomas. Ainda segundo a autora, no ano de 1990, a OMS declarou sua primeira definição de Cuidados Paliativos, revista em 2002 e definindo os cuidados paliativos de forma ampliada e abrangendo vários aspectos.

Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS 2002 apud MATSUMOTO, 2012, p.26).

No Brasil, segundo Matsumoto (2012) a história dos cuidados paliativos se iniciou na década de 1980 e possui um grande crescimento nos anos 2000, no qual se consolidou os serviços existentes que foram os pioneiros nesse campo no país.

Contudo, tem-se, em 1993, de acordo com Teixeira (1993) apud Rodrigues (2012), a primeira publicação sobre um serviço de Cuidados Paliativos, pela Revista Brasileira de Cancerologia que descreveu a implantação do Centro de Suporte Terapêutico Oncológico no Instituto Nacional de Câncer. Com isso, se instituiu um dos primeiros serviços voltado para a área paliativa no país, fomentando depois sua dispersão.

Rodrigues (2012) aponta que historicamente, quando se fala em cuidado de saúde e, principalmente, quando se fala em cuidados em etapa terminal de enfermidade, imediatamente remete-se ao cuidado hospitalar. Culturalmente, no Brasil, a tendência frente a uma enfermidade é procurar por um hospital. Observa-se que é neste ambiente que tem se desenvolvido alguns dos principais serviços de Cuidados Paliativos no Brasil.

Ainda, segundo o autor, no Brasil, tanto no âmbito do SUS como no da Saúde Suplementar, e mesmo na rede privada, existe carência de informações sobre o número, a localização, a conformação e a qualificação das equipes interdisciplinares de atenção domiciliar, o que não permite a difusão das técnicas de

Cuidados Paliativos pelas Equipes de Saúde da Família e outras de Atenção Domiciliar.

Para tanto, Peduzzi (2001) discute acerca da formação do médico no contexto dos cuidados paliativos. Segundo a autora, o médico tem sua formação acadêmica toda voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças. Quando defronte de um paciente necessitado de Cuidados Paliativos, onde o foco deixa de ser a doença e passa a ser a pessoa doente nas suas dimensões biológica, psicológica, familiar, social e espiritual, ele obrigatoriamente tem que rever seus conceitos de saber e aprender a trabalhar em equipe.

Neste aspecto, Consolim (2012) ressalta que a principal tarefa do médico em uma Equipe de Cuidados Paliativos é a de coordenar a comunicação entre a equipe, o paciente e sua família. O autor ressalta que o profissional o médico vai funcionar como elemento facilitador para que toda a equipe trabalhe e ajude o paciente a exercer sua autonomia.

As escolhas e as decisões passam a ser partilhadas entre o paciente, sua família e a Equipe de Cuidados Paliativos. Tornando-se todos corresponsáveis pela produção de saúde e de vida, cumprindo assim os propósitos de cuidar do paciente de forma integral, individualizada, com foco no seu bem estar e qualidade de vida, independentemente de quão avançado seja o estado de sua doença (CONSOLIM, 2012, p. 334)

Para tanto, segundo Fonseca; Giovanini (2013), compreendendo a responsabilidade da equipe multidisciplinar e sua importância no paliativismo, ressaltam a importância do profissional médico compreender a grandeza desse método, principalmente tendo um amplo contato com a área em sua formação, desenvolvendo as habilidades necessárias para que se possa conduzir da melhor maneira casos relacionados.

As autoras apontam que, os Cuidados Paliativos, por abarcarem aspectos que não se restringem à capacitação técnica do médico, como, por exemplo, o desenvolvimento das habilidades humanas, ressaltam-se a necessidade do aprendizado de questões de finitude da vida e a importância das relações aplicadas ao trabalho em equipe multiprofissional, deixando evidente a complexidade que envolve estes cuidados.

Contudo Garcia (2012) afirma que muitos profissionais de saúde desconhecem técnicas de palição e são escassas as publicações dirigidas para esta área de atuação.

Neste sentido Fonseca; Giovanini (2013) destacam a necessidade do profissional médico diante de um paciente com doença avançada e terminal, ter preparo para prestar um cuidado que ofereça conforto e tranquilidade ao doente e a sua família, colaborando para a melhoria do cenário de mortes no Brasil.

Para que o paciente e familiares entendam e recebam os cuidados paliativos precisam ser informados e esclarecidos sobre o que envolve todo este cuidado. Para tanto os profissionais médicos precisam conhecer e esclarecê-los acerca do cuidado a ser estabelecido diante de doenças que ameacem a continuidade da vida.

Portanto, esse estudo objetiva identificar o que os médicos conhecem sobre os Cuidados Paliativos, identificando suas impressões e percepções, tanto na teoria como na prática, abrangendo lacunas que influenciam este cuidado, visando a partir dos resultados criar estratégias que possibilitem maior entendimento e ou qualificação acerca do fundamento ético e dos procedimentos envolvidos nos Cuidados Paliativos, prevalecendo a dignidade humana, com um olhar solidário e empático para com o paciente e seus familiares.

1.1. O Contato com a Morte

Na peça teatral mais emblemática da cultura grega e mundial, Édipo Rei, escrita por Sófocles por volta de 427 a.C, Édipo ao enfrentar a Enfinge, guardiã de Tebas, decifrou o enigma mais famoso da história da humanidade, se tornando um mediador entre entendimento, conhecimento e reconhecimento da condição e finitude do homem.

“Decifra-me ou devoro-te: que animal caminha com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde e é mais fraco quando tem mais pernas?”, a resposta de Édipo contemplou o perfeito entendimento da condição da vida humana, desde seu início até o seu derradeiro fim: “só o Homem engatinha na infância, caminha com os dois pés na vida adulta e usa uma bengala para se apoiar na velhice”,.

Compreendendo as fases do ciclo vital do ser homem, fica claro que o princípio da longevidade possui certas discrepâncias, se comparar a época em que a peça foi escrita e o contexto atual em que nos encontramos. Porém há um ponto em comum nessas duas épocas, que independentemente da expectativa de vida de cada, o final das existências, a morte, continua sendo um ponto místico para a sociedade, imersa em uma trama de crenças e tabus, o que se reflete na área médica, que fechou seus olhos por muitos anos para os milhares de pacientes que se encontravam face a face com o fim (GOME; OTHERO, 2016).

Segundo Gomes; Othero (2016), os recursos e avanços tecnológicos contribuem para todos os campos, principalmente para às áreas da Saúde e Medicina, para que se proporcione à população mecanismos que impactam no aumento da expectativa de vida de maneira ativa e saudável. Com a presença de tecnologias cada vez mais aguçadas, o “morrer” vem se transformando com o tempo, se tornando possível retardar, atenuar e diminuir a dor de um indivíduo em fase terminal, transformando a morte de episódio para um processo.

Ariès (1981) apud Menezes (2003) afirma que houve uma mudança sobre a morte no ocidente. No século XIX a morte era vista como transgressão à união e ao afeto, tirando o indivíduo de sua vida rotineira, causando melancolia em sua família e amigos. Já no século XX, a morte era escondida a qualquer custo, com o luto cada vez mais discreto, como se houvesse um desejo em fazer desaparecer e esquecer tudo o que estava relacionado com o corpo.

Para Menezes (2003), no século XXI, o indivíduo que antes morria rodeado pela sua família, sendo um episódio público, hoje ele se encontra só, internado, sozinho em unidades de terapia intensivas, cercado por aparelhos e tubos, e de acordo com o autor, esse processo é denominado morte moderna, no qual ocorre um profundo processo de despersonalização dos pacientes internados em hospitais, com um crescente poder médico e uma desumanização dos pacientes.

Entretanto, cabe a sociedade, buscar compreender e aceitar o enigma final de todo ciclo: a morte. Para Regos e Palácios (2006), a morte é uma questão implícita na prática e na formação dos profissionais da saúde, porém, há ainda uma tendência desse grupo de restringir suas discussões apenas aos aspectos técnicos na assistência à saúde, esquecendo uma parte fundamental diante de quadros de pacientes em terminalidade de suas doenças de um olhar integral do ser humano,

voltado para uma intervenção em seus sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

1.2. Formação Médica e Cuidados Paliativos

Dentro da área da saúde, em especial os profissionais médicos, ainda possuem suas formações e graduações muito voltadas para o tratamento e diagnóstico das doenças, centrado em um imediato de atendimento, procurando sanar e tratar os sintomas de seus pacientes sem ao menos olhar de uma forma humana para eles. Na especialidade dos Cuidados Paliativos, o foco não é a doença e sim o doente, causando no médico uma sensação de impotência e fracasso profissional por se tratar em muitas das vezes de pacientes com suas doenças em estágio terminal, sendo necessário rever seus conceitos e conhecimentos para saber trabalhar com uma equipe multidisciplinar, propiciando o melhor conforto e dignidade a essas pessoas (CARVALHO; PARSONS et. al, 2012).

Carvalho; Parsons et. al (2012) afirmam que as equipes de saúde devem trabalhar de maneira hierarquizada, na qual cada profissional possui um papel importante dentro da equipe. Segundo os autores, a atuação do médico na equipe de Cuidados Paliativos deve ser o de coordenar a comunicação entre os profissionais envolvidos, o paciente e a família, e em determinadas situações, outros profissionais podem se sobressair em momentos de necessidades peculiares à situações, não se tornando, necessariamente, coordenadores dentro do grupo.

O médico, conforme Carvalho; Parsons et. al (2012) afirmam, deve atuar junto com o paciente, sempre o orientando sem coagir, apresentando-lhe os benefícios e as desvantagens de cada processo do tratamento, de forma que o paciente consiga entender a sua real situação do tratamento, alinhando suas ações com os familiares de seus pacientes, procurando estabelecer um vínculo que fortaleça as intervenções feitas no paciente.

Complementando, Salgado et al (2009), ressaltam por muitas vezes, os médicos ainda se deparam com uma dificuldade de lidar com a finitude humana e de seus limites, no qual esses profissionais acabam formando sua própria percepção sobre a morte baseado em suas vivências e experiências. Contudo, segundo os autores, o processo da morte impacta não somente a pessoa que está morrendo, mas os profissionais que estão à sua volta, com isso, o médico deve atuar

compreendendo o que o paciente está sentindo, identificando-se de forma parcial com ele, porém não sofrendo com ele.

Carvalho; Parsons et. al (2012) ressaltam que, no Brasil, atualmente, a graduação em medicina não oferece um ensino aos médicos sobre o manejo com pacientes em fases terminais, abrangendo o reconhecimento de sintomas e a administração da situação de forma humanizada e ativa. Portanto, segundo os autores, com isso, evidencia-se cada vez mais a importância fundamental do médico paliativista nos tempos atuais, pois ele contribuirá de maneira agregadora seus conhecimentos sobre prognósticos para pacientes cuja à morte é inevitável, orientando à equipe e toda a família presente no acompanhamento do doente.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

O estudo tem por objetivo identificar o conhecimento, a prática e o manejo da indicação, dos profissionais médicos, em relação aos Cuidados Paliativos.

2.2. Específicos

- Identificar a dimensão do conhecimento deste profissional sobre o que é cuidados paliativos.
- Identificar se o profissional médico faz e como faz recomendações a esse tipo de cuidado;
- Conhecer como foi o aprendizado dos Cuidados Paliativos durante a formação médica;
- Identificar atitudes e vivências de Cuidados Paliativos;

3. METODOLOGIA

O trabalho tem uma metodologia de natureza qualitativa, do tipo descritiva para conhecer o conceito, a prática e o manejo da indicação, dos

profissionais médicos, em relação aos Cuidados Paliativos.

Nas abordagens qualitativas, há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requerem o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (MINAYO, 2004 apud NEVES, 2007, p. 56).

Além da revisão bibliográfica, disponíveis em fontes reconhecidas de dados, tais como, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scielo, Lilacs, livros, manuais, artigos e outros, que dão sustentação teórica ao tema discutido, o estudo também tem um trabalho de campo com os profissionais médicos da rede de saúde do município de Franca/SP.

A amostra ideal na pesquisa qualitativa é a que reflete o conjunto em suas múltiplas dimensões. A amostragem é considerada suficiente na medida em que o material se mostre adequado para os procedimentos metodológicos previstos e os discursos se tornem recorrentes (MINAYO, 2004 apud NEVES, 2007, p. 57).

3.1. Cenário de Pesquisa

O estudo está sendo realizado com médicos que atuam em hospitais gerais e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia de Saúde da Família da rede de Atenção à Saúde do município de Franca /SP que possuem vínculo com o curso de Medicina do Uni-FACEF (ESF Jd. Esmeralda; ESF City Petrópolis; ESF Jd. Paineiras; ESF Jd. Palma; UBS Jd. Paulistano II; UBS Jd. Paulista; UBS Jd. Ângela Rosa; UBS Jd. Planalto; UBS Jd. Santa Terezinha; UBS Jd. Progresso).

3.2. Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos do estudo são os profissionais médicos, independentemente de suas especialidades, que atuam nos hospitais e nos serviços da atenção básica da rede de saúde de Franca.

3.3. Método

O trabalho está sendo realizado pelo estudante do 3º período do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca, com a orientação da Profa. responsável.

Para identificar e conhecer o que os profissionais médicos conhecem sobre cuidados paliativos correlacionando com suas atitudes frente a estes cuidados, estão sendo realizadas entrevistas semiestruturadas com estes profissionais que atuam em diversos cenários da rede de saúde do município de Franca/SP. Os profissionais médicos estão sendo contatados, aleatoriamente, nos serviços supracitados e convidados a participar do estudo.

Por ter um delineamento qualitativo, a coleta de dados será encerrada quando houver consistência dos dados diante dos objetivos propostos para o estudo.

As entrevistas têm um roteiro pré-definido contendo perguntas fechadas e abertas sobre o conceito de cuidados paliativos e os aspectos psicossociais de abrangência, formação médica para o entendimento deste cuidado em específico, vivências e atitudes na explicação e recomendação destes cuidados entre outras.

A entrevista semiestruturada é um instrumento que possibilita a coleta de informações objetivas e, mais do que isto, permite captar a subjetividade embutida em valores, atitudes e opiniões. A entrevista semiestruturada oferece ao pesquisador maior flexibilidade, já que permite intervenções, de acordo com o seu desenvolvimento (MINAYO, 2004 apud NEVES, 2013, p. 62).

Em relação às questões éticas, o estudo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (UNI-FACEF). Também foi solicitado autorização dos responsáveis pelos locais supracitados para a realização das entrevistas. Os profissionais médicos serão abordados nos locais de trabalho e convidado a participar das entrevistas de forma voluntária.

Aos entrevistados será apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando o objetivo da pesquisa, esclarecendo sobre o sigilo,

anonimato, com manutenção fiel à suas ideias e conceitos e preservando sua linguagem própria.

Quanto aos riscos da pesquisa, este estudo pode trazer riscos mínimos aos participantes, por exemplo, constrangimento ao responder a entrevista e receio de ter prejuízos junto ao empregador quanto a sua participação, porém estes riscos serão cuidadosamente controláveis, uma vez que ao participante, será informado sobre a sua participação voluntária, assegurando sua total liberdade de interromper a qualquer momento sua participação. Além disso ao participante será apresentado um termo de consentimento que garante o anonimato, o sigilo e assegura não trazer nenhum prejuízo no trabalho ao responder a entrevista ou deixar e respondê-la.

Em relação aos benefícios da pesquisa, o trabalho permitirá a identificação do conhecimento e do manejo na indicação de Cuidados Paliativos (CP), por parte de profissionais médicos, para identificar se esta indicação é realizada de forma qualitativa e de acordo com as definições do CP e com o cuidado necessário aos familiares. A partir dos dados será possível pensar em estratégias que estabeleça maior compreensão, por parte dos profissionais médicos, e incorporação qualificada do manejo e indicação na prática do trabalho.

Quanto à análise dos resultados, as respostas serão categorizadas e agrupadas, de acordo com a maior frequência, e realizadas análises qualitativas.

Espera-se com este estudo poder identificar o que os profissionais médicos conhecem sobre os Cuidados Paliativos, o que sabem sobre seu funcionamento e identificar quais as atitudes, deste profissionais, na recomendação destes cuidados diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, a fim de identificar potencialidades e fragilidades e criar estratégias que qualifiquem sua prática e potencialize o cuidado, cumprindo o propósito de cuidar do paciente de forma integral, individualizada, com foco no seu bem estar e qualidade de vida, independentemente de quão avançado seja o estado de sua doença.

Até o momento, além do levantamento bibliográfico, já começaram as entrevistas com os profissionais médicos. O estudo está na fase de coleta de dados. Os profissionais médicos se mostram receptivos e tem apontado para algum conhecimento sobre o assunto, porém com algum desconhecimento em relação a abordagem e conduta. Mas os dados ainda são muito preliminares para se fazer uma análise mais aprofundada.

4. CONCLUSÃO

A construção deste trabalho tem proporcionado um maior aprendizado em como realizar uma pesquisa científica, as abordagens metodológicas presentes, conhecimento sobre a escrita acadêmica científica e o cuidados com os aspectos éticos que um estudo requer. Além disso, houve grande aproximação e aprendizado sobre a temática, mesmo considerando-se que o projeto ainda está em andamento.

Com os estudos realizados até o momento percebe-se que a literatura é rica em informações sobre os Cuidados Paliativos em uma abordagem mais conceitual e filosófica, porém poucos estudos que abordam os apontamentos sobre o entendimento, a visão e a prática dos profissionais da área da saúde, principalmente os médicos, o que incentiva novos estudos e pesquisas nesta área.

A pesquisa de campo prática ainda se encontra em realização, devido a processos de autorização e coleta de dados.

Como estudante do curso de Medicina, o presente projeto é de grande valia para o meu crescimento pessoal e profissional, uma vez que tenho entrado em contato com aspectos teóricos que me possibilitam ter um olhar mais holístico sobre as formas de entendimento e abordagem dos Cuidados Paliativos.

Esse trabalho tem me possibilitado, a importância do olhar médico para a singularidade e humanização de cada paciente, compreendendo a grandeza da formação de médicos com as responsabilidades e a qualidade do serviço prestado.

Sendo assim, acredito que ao final deste estudo, por meio dos dados coletados e analisados, haverá uma grande contribuição não só para a minha formação médica, mas para ampliar e incentivar o debate acerca da importância da grande abordagem das diversas áreas no ensino médico, compreendendo o processo saúde-doença de maneira ampliada e humanizada, atuando na propagação dos Cuidados Paliativos e de sua importância, e buscando possibilitar maior qualidade de vida e bem-estar às pessoas. Sou imensamente grato pela possibilidade de participar desse processo.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, R. T, PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Sulina; 2012. 593p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp->

content/uploads/2017/05/Manual-de- cuidados-paliativos-ANCP.pdf Acesso em: 6 jul. 2020.

CONSOLIM, L.O. O papel do médico na equipe. In: CARVALHO, R. T, PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Sulina; 2012. 593p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de- cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 6 jul. 2020.

FONSECA A.; GEOVANINI, F. Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Brasília, v. 37, n. 1, p. 120 – 125, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

GARCIA, J. B. S. Prefacio. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Sulina; 2012. 593p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 6 jul. 2020.

GOMES. A.L; OTHERO, M.B. Cuidados Paliativos. *Estudos Avançados*. v.30, n.88 São Paulo Set./Dez. 2016.

HERMES, H.R; LAMARCA, I.C. Cuidados Paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* vol.18 no.9 Rio de Janeiro Set. 2013. Acesso em: 14 maio. 2021.

MATSUMOTO, D. Y.. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Sulina; 2012. 593p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 6 jul. 2020.

MENEZES, R.A. Tecnologia e “Morte Natural”: o morrer na contemporaneidade. *Physis*. 2003; 13 (2): 367-385. Acesso em: 15 abril. 2021.

NEVES, E. B. Escrevendo a Metodologia do estudo. In: NEVES, E. B; DOMINGUES, C. A. (Org.). *Manual de Metodologia da Pesquisa Científica*. Rio de Janeiro: EB/CEP, 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados Paliativos*. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1755-60, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2006000800025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-311X2006000800025. Acesso em: 8 maio. 2021.

RODRIGUES, L. F. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Sulina; 2012. 593p. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em: 6 jul. 2020.

SALGADO, C.L; et.al. Morte e enfrentamento: um olhar para a prática médica. *Revista de Prática Hospitalar*. 2009; v.66, p. 116-119. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000143&pid=S1413-8123201300090001200016&lng=en. Acesso em: 17 abril. 2021.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: revisão integrativa

Paula Cristina Silva Gomes
tcsf2001@gmail.com

Viviane Rodrigues Esperandim Sampaio
vivianerodrigues@facef.br

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma síndrome metabólica que distorce o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídeos e afetou, em 2014, 9,3% da população dos EUA, de acordo com Center for Disease Control and Prevention (CDC) (REZENDE, 2017).

A DM pode ser classificada como tipo 1 e 2: a primeira tem como característica a ausência de produção de insulina pelas células β , nas ilhotas pancreáticas e a segunda ocorre uma deficiência na captação da glicose pelas células insulino-dependentes devido à falha de comunicação entre os receptores de insulina e a insulina propriamente dita. Usualmente, a prevalência dessa doença é diagnosticada em pacientes com 30 anos ou mais, todavia, com o dobramento do número de obesos no mundo nos últimos 20 anos esse diagnóstico passou a ser encontrado em indivíduos mais jovens. Além disso, a quantidade de óbitos é maior no sexo feminino que no masculino (FRANCISCO, 2019; FERREIRA, 2020).

Principalmente nos países ocidentais, o ganho de peso além do recomendado ultrapassa cerca de 40% nas grávidas, com alteração do Índice de Massa Corporal (IMC) para mais que o recomendado, de acordo com o Institute of medicine (IOM). O IMC pré-gestacional é classificado com de baixo peso quando menor que $18,5 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso entre $25,0 \text{ kg/m}^2$ e 30 kg/m^2 , e com obesidade acima ou igual a $30,0 \text{ kg/m}^2$, segundo a World Health Organization (WHO) De acordo com informações do serviço de pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS), há a prevalência de 19,2% de mulheres com sobrepeso e apenas 5,7% de baixo peso pré-gestacional. Dessa maneira, a incidência de Diabetes Mellitus entre essas gestantes se torna comum, podendo ser Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) ou

Diabetes Mellitus Diagnosticada na Gestação (DMDG), ambas provenientes da Diabetes Mellitus Tipo 2 (PADILHA, 2007; FERREIRA, 2020).

A DMG seria, portanto, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Ela não atinge os critérios exigidos para o diagnóstico para a DM. Já a DMDG alcança os níveis glicêmicos determinados para um diagnóstico de DM (SCHMIDT, 1999).

A International Association Of Diabetes And Pregnancy Study Groupas (IADPSG) define o diagnóstico com base no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75g de glicose realizado em duas horas e deve haver uma alteração em pelo menos dois dos momentos analisados, que são: jejum: 92 mg/dL; 1h: 180mg/dL; 2h: 153 mg/dL. Esse teste é, também, utilizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), entretanto os dados possuem pequena variação: jejum:95 mg/dL; 1h: 180mg/dL; 2h:155 mg/dL. (WEINERT, 2011).

Caso demonstrado resultado inferior a 85 ou 95mg/dl, o rastreamento pela intercorrência insulínica é definido como negativo. Mas, se houver dois ou mais fatores de risco para DMG (de acordo com os dados anteriormente citados) recomenda-se repetir a glicemia em jejum a partir da 20 semana de gestação ou um mês após e primeiro teste. Se o resultado for maior ou igual a 85 ou 90mg/dl, o rastreamento é considerado positivo e a gestante é encaminhada para um teste diagnóstico. Glicemias acima de 110mg/dl requerem confirmação imediata, com a repetição da glicemia em jejum e, portanto, se houver outro valor como o anterior, com o jejum de 8 horas, é diagnosticado a DMG. Nos demais casos, o teste é normatizado com a tolerância de 75g de glicose em 2 horas, recomendado entre as semanas 24 e 28 de gestação (SCHMIDT, 1999).

A gestação naturalmente sofre um estado de resistência insulínica em conjunto das mudanças glicêmicas, consequência do consumo de glicose pelo embrião e feto, torna-se um fator de ocorrência do desenvolvimento de DMG. Isso também é consequência da presença dos hormônios lactogênio placentário, cortisol e prolactina, produzidos na placenta, que promovem a atenuação do desempenho da insulina em seus receptores, o que, conseqüentemente, gera um aumento da produção, pelas células β pancreáticas, de insulina nas gestantes saudáveis (FRANCISCO, 2019).

Tanto a DMG quanto a DMDG, quando mal controladas, podem desenvolver, no feto, mal formação fetal, macrossomia fetal, síndrome de angústia respiratória (SAR), abortamento, parto pré-termo, pré-eclâmpsia e morte fetal (REZENDE, 2017).

Além disso, para um diagnóstico dessas gestantes, seria necessário a captação dessas para dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) através de agentes de saúde e profissionais em seu entorno. Esta ação é realizada por busca ativa, onde são realizados testes provocativos de sobrecarga de glicose, a partir do segundo trimestre da gestação. Ainda, recentemente vem sendo empregado a triagem precoce de gestantes de alto risco na primeira consulta do pré-natal (WEIRNERT, 2011).

Para o tratamento dessa enfermidade inicialmente, indica-se orientação alimentar que regule o ganho de massa corporal, cerca de 300g a 400g por semana, a partir do segundo trimestre de gravidez, e o controle metabólico. No valor calórico total prescrito há 40% a 45% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras. Além disso, recomenda-se a prática de atividade física, com o cuidado de não ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o embrião ou feto, tendo em vista os perigos de grandes impactos; e também o monitoramento de glicemias capilares várias vezes ao dia (tanto pré quanto pós-prandiais). Entretanto, caso após duas semanas esse valor continuar elevado, inicia-se o tratamento farmacológico, por insulino terapia (DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura (RI). A RI será selecionada para condução deste trabalho por se tratar de um método criterioso e de natureza ampla, que visa identificar o conhecimento produzido sobre determinado tema.

A RI é um método de pesquisa sistematizado, com análise e síntese das informações contribuindo para o estudo do tema investigado, auxiliando nas decisões e na melhoria da prática clínica (LOPES, 2010).

Este tipo de pesquisa permite relatar sobre vários assuntos publicados, ajudando na conclusão de uma exclusiva área de estudo, alguns profissionais não têm tempo para ler todo conhecimento científico, desta forma este método de

pesquisa torna o acesso às informações mais fácil, resultando em contribuições significativas para a ciência e para a prática clínica (MENDES, 2008).

A questão norteadora da presente pesquisa será: “Qual a produção científica em publicações da área da saúde, sobre o diagnóstico e tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional?”.

Para a busca dos estudos a base de dados escolhida será a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) adotados para os cruzamentos serão: “Diabetes Gestacional”, “Tratamento” e “Diagnóstico”. Os critérios adotados para inclusão dos estudos serão: artigos disponíveis em língua portuguesa, com textos disponibilizados na íntegra e do ano de 2017 a 2019.

Para obtenção dos dados, será realizado um formulário, elaborado pela pesquisadora, contendo informações como: ano de publicação, periódico, autores, delineamento do estudo, amostra, objetivos, principais resultados e conclusões. A análise dos dados se dará da seguinte forma: leitura, descrição dos dados e construção do quadro sinóptico, por conseguinte, seguirá a leitura detalhada das publicações e análise do conteúdo dos artigos, bem como será realizada a organização dos mesmos, agrupando-os por semelhanças e organizando-os em categorias temáticas.

3. RESULTADOS

A partir da combinação das palavras-chaves descritas, foram identificados oito estudos, todos incluídos nesta revisão. Alguns dados referentes aos artigos incluídos, como identificação do estudo, autores, local e data da publicação e delineamento do estudo são apresentados na Tabela 1. Os estudos foram publicados de 2017 a 2019. Os artigos tiveram como autores estudantes e acadêmicos do curso de Medicina, médicos, mestres e doutores.

Tabela 1 - análise de estudos utilizados na revisão integrativa

Título	País/Ano Publicação	Delineamento	Intervenção	Desfechos
“Recém-nascidos grandes para a idade gestacional em gestantes diabéticas do pré-natal de alto risco de Itajaí: fatores de risco”	Brasil 2017	Estudo descritivo e retrospectivo e de desenvolvimento transversal	Objetivo – identificar perfil de mulheres portadoras de DMG na presença de recém-nascidos grandes para a idade gestacional Intervenção – análise de prontuários de pré-natal	Prevalência de RN GIG de 15%; a macrosomia fetal é mais frequente em gestantes com menos de 30 anos de idade, brancas, que apresentavam IMC maior ou igual a 30kg/m ² .
“TeleCondutas nº24 – Diabetes e Gestação”	Brasil 2017	Manual de TeleCondutas	Objetivo – diagnóstico, diferenciação da DM na gestação e DMG e tratamento. Intervenção – terapia farmacológica a não-farmacológica	Definição de exames e condutas necessárias para o acompanhamento de uma gestante diante do contexto Diabetes e gestação.
“Morbilidade Neonatal na Diabetes Gestacional: Coincidência ou Consequência do Consenso de 2011”	Portugal 2017	Estudo observacional analítico com análise retrospectiva de dados	Objetivo – associar a morbimortalidade perinatal associado com o novo protocolo de diagnóstico e abordagem da DG Intervenção – análise do novo protocolo de diagnóstico e abordagem da DG	Aumento dos casos de hipoglicemia neonatal, de recém-nascidos LIG e de anomalias congênitas.
“Impacto do trimestre de diagnóstico no Diabetes Mellitus Gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido”	Brasil 2018	Estudo retrospectivo descritivo	Objetivo – analisar a influência do trimestre de diagnóstico de DMG nos desfechos materno-fetais Intervenção – rastreamento de diagnósticos do DMG baseado nas diretrizes da Internacional Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)	Não foi encontrada diferença após ajustes com outros fatores na diminuição ou aumento da razão de chance entre os grupos com diagnóstico no primeiro e terceiro trimestre em relação ao segundo.
“Gestação e deficiência de vitamina D: artigo de revisão na literatura”	Brasil 2017	Revisão de literatura especializada	Objetivo – analisar reposição de vitamina D para gestantes Controle – evitar consequências potencialmente graves na saúde materna e no desenvolvimento fetal e do recém nascido	As consequências da falta da vitamina D para as gestantes são: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e parto pré-termo; para os recém-nascidos são: baixo peso, raquitismo neonatal, risco de hipocalcemia neonatal, asma, diabetes tipo I, além de uma série de danos associados ao neurodesenvolvimento e ao sistema imunológico da criança.

<p>“Desfechos materno-fetais de gestantes com e sem Diabetes Mellitus Gestacional”</p>	<p>Brasil 2019</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Objetivo – gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional e início de tratamento entre 13 e 33 semanas de gestação com DHEG, RN PIG e GIG e necessidade de UTI que preencheram os critérios diagnósticos segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018) Intervenção – exame de glicemia em jejum</p>	<p>População diabética com idade materna mais elevada, maior número de gestações anteriores e incidência de obesidade superior. RN filhos de mães diabéticas apresentaram menor idade gestacional no momento do parto, maior quantidade de cesarianas e foram encontradas mais malformações fetais.</p>
<p>“Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional prévio”</p>	<p>Brasil (2017/2018)</p>	<p>Estudo de Triagem</p>	<p>Objetivo – analisar SM em grupo de 18 a 45 anos, com pós parto entre 6 meses e 1 ano; excluiu-se mulheres com DM II, hepatopatia crônica, insuficiência cardíaca, uso de glicocorticoide e as que não realizaram todas as etapas Intervenção – avaliar a relação da frequência de SM, obesidade, intolerância à glicose e DM II com o consumo alimentar habitual atual de macro e micronutrientes.</p>	<p>Maioria das pacientes apresentou sobrepeso, circunferência abdominal média elevada e valores de bioimpedância acima do preconizado. Percentual de gordura de 34,6% para as sem SM e de 40% para as com SM. Maioria com CC acima do normal e de HDL elevado, e menos de 50% apresentavam pressão, triglicerídeos e glicemia de jejum elevados. Não encontrou diferenças significativas entre a comparação de consumo de macro e micronutrientes nos grupos com e sem SM.</p>
<p>“Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no município de Itajaí, SC”</p>	<p>Brasil 2019</p>	<p>Estudo retrospectivo descritivo e observacional</p>	<p>Objetivo – identificar a prevalência de gestantes diabéticas e descrever desfechos obstétricos Intervenção – levantar perfil epidemiológico das pacientes com DMG que realizaram acompanhamento no serviço de pré-natal de alto risco.</p>	<p>O percentual de parturientes diagnosticadas com DMG foi de 16,46%. Na sua maioria, eram brancas, com faixa etária predominante entre 31 e 35 anos, ensino médio completo e obesas. A maioria teve um pré-natal adequado, sem intercorrências, com primeira consulta no primeiro trimestre e mais de oito consultas durante toda a gestação.</p>

Dessa maneira, pode-se concluir que o rastreio entre as gestantes inicia-se no primeiro trimestre de gravidez. Na primeira consulta de pré-natal, durante a anamnese e exame clínico, deve ser abordado questões de antecedentes

fisiológicos e patológicos, cálculo de IMC, da circunferência da cintura e do percentual de gordura (bioimpedância), aferição de pressão arterial, aplicação do Questionário Quantitativo de Frequência de Consumo Alimentar (QQCA) e prescrição de exames laboratoriais, como perfil glicêmico e lipídico. Além disso, é necessário medir a glicemia de jejum.

Caso haja uma hiperglicemia na gestação, deve-se diferenciar DMG de DM na gestação. O primeiro ocorre quando a hiperglicemia, verificada pela primeira vez na gravidez, possui níveis glicêmicos que não atingem os critérios para um diagnóstico de DM. Já DM na gestação tem como características a presença de DM (tipo 1 ou 2) diagnosticada antes da gestação ou DM durante a gestação com glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL, glicemia 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose anidra maior ou igual a 200 mg/dL, Hemoglobina Glicada maior ou igual a 6,5% e glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de poliúria, polidipsia e perda de peso.

Para diagnóstico da DMG, o exame de glicemia em jejum deve ser maior ou igual a 126 mg/dL. Se o valor obtido for entre 85 mg/dL até 125 mg/dL e a gestante possuir algum fator de risco, é necessário submetê-la ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 24 e 28 semanas. Nele, após a ingestão de 75g de glicose, em jejum de 8 a 14 horas, será colhido amostras de sangue em jejum, após 1 hora e após 2 horas. Assim, se os valores foram maior que 95 mg/dL, 180 mg/dL e 155 mg/dL, respectivamente, pode-se confirmar o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Entretanto, caso apenas um dos valores se altere, repete-se o exame de TOTG na 34^a semana de gestação.

O tratamento de tal acometimento é feito, inicialmente, por mudança de hábitos de vida, como alimentação e atividades físicas. Uma dieta balanceada, com 3 refeições diárias e de 2 a 4 lanches, evitando cetose, com restrição de carboidratos (cerca de 40 a 55% do total de calorias) e preferência para os de baixo índice glicêmico; o uso de adoçantes artificiais não calóricos com moderação, o não uso de álcool e o controle de ganho de peso durante a gravidez (de 5kg a 18kg – dependendo do IMC) são terapias nutricionais que promovem a manutenção da glicemia.

Durante a gravidez, pode manter as atividades físicas da gestante, entretanto com orientação de que não haja fortes impactos e que tenha duração

média de 20 minutos ao dia, ou seja, recomenda-se exercícios leves de alongamento e treinamento do assoalho pélvico.

Esse tipo de terapia, chamada terapia não farmacológica atinge cerca de 70 a 85% o plano de normalidade. Todavia, caso não seja suficiente, após duas semanas, é necessário o uso de antidiabéticos orais (metformina e glibenclamida), com prevalência do uso de metformina. Esse é seguro desde o primeiro trimestre de gestação e, de acordo com os estudos, não mostraram complicações nos desfechos fetais, exceto pelo discreto aumento de peso dos filhos de mães que usaram metformina. Sua dose inicial é de 500 mg uma vez ao dia, com dose máxima de 1000 mg duas vezes ao dia. Sua contraindicação está em pacientes com insuficiência hepática descompensada, taxa de filtração glomerular menor que 30ml por minuto, insuficiência cardíaca congestiva grave e doença pulmonar obstrutiva crônica. Cerca de 30% das pacientes irão necessitar de terapia adicional com insulina.

A glibenclamida, embora tenha eficácia parecida com a da insulina e segurança de uso a partir do segundo trimestre, houve o aumento de hipoglicemia neonatal e macrossomia fetal nos filhos de mães usuárias de glibenclamida. O objetivo desse medicamento, assim como a insulina, é provocar a hipoglicemia materna. Sua dose inicial é de 2,5 a 5 mg uma vez ao dia, aumentando conforme o necessário para um máximo de 20 mg por dia, repartidos em 2 a 3 vezes, de 30 a 60 minutos antes das refeições.

Além desses métodos de tratamento, também há a insulino terapia, recomendada quando há alto risco de falha com o tratamento oral e quando as mudanças de hábitos e a metformina não conseguem manter os níveis de glicemias adequados. A dose inicial deve ser em torno de 0,2-0,5 UI/kg/dia (uma ou duas aplicações diárias).

Tendo isso em vista, o tratamento da DMG deve ser iniciado o mais prévio possível e a gestante será acompanhada ao Pré-Natal de Alto Risco, pois há um maior risco de malformações no primeiro trimestre.

4. DISCUSSÃO

A presente revisão buscou identificar e descrever a designação de diagnóstico e tipo de tratamento da Diabetes Mellitus Gestacional. Foram identificados glicemia em jejum, TOTG (Teste Oral de Tolerância à Glicose) a partir da 24ª semana em jejum, após 1 hora e após 2 horas e hemoglobina glicada como exames em comum para o diagnóstico. No estudo “Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional prévio”, a DMG foi identificada a partir de padrões ímpares: cintura abdominal maior que 88 cm, colesterol HDL menor que 50 mg/dL, triglicérides maior que 150 mg/dL, pressão arterial acima de 130/85 mmHg e glicemia de jejum maior que 100 mg/dL.

No manual de telecondutas “TeleConduta – Diabetes e Gestação”, destaca que em locais ausentes de TOTG, o Ministério da Saúde recomenda para mulheres cujo primeiro exame de glicemia em jejum era inferior a 92 mg/dL repeti-lo entre a 24ª e 28ª semana.

Já sobre o tratamento, foi possível observar uma maior expressão na terapêutica não-farmacológica, a partir de mudanças de hábitos alimentares e prática de atividades físicas. Entretanto, se em 2 semanas não houver melhora do quadro de hiperglicemia, começa-se a introduzir hipoglicemiantes orais, insulinas e combinações desses, de acordo com a necessidade e resposta metabólica de cada gestante.

No estudo “Impacto do trimestre de diagnóstico no diabetes mellitus gestacional, no tratamento utilizado e na classificação de peso do recém-nascido” foi ressaltado a necessidade de controle de glicemia capilar periférica domiciliar em jejum, uma hora após o café da manhã e uma hora após o almoço ou jantar a fim de controlar os estágios de hiperglicemia durante o dia.

5. CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados nesta revisão integrativa, observou-se que as evidências foram suficiente para estabelecer critérios que designem o diagnóstico e o tratamento da DMG. Contudo, observa-se pequenas diferenças insignificantes na adequação dos padrões estabelecidos nos exames de glicemia em jejum e TOTG.

Assim, sugere-se a condução de ensaios clínicos com rigorosa descrição metodológicas e amostras significativas para fundamentar valores preconizados para o diagnóstico da síndrome metabólica. O mesmo processo já não é recomendado no tratamento dessa, pois varia de gestante para gestante de acordo com seu metabolismo.

Tendo essas informações, é possível garantir uma prevenção do agravo de Diabetes entre as gestantes, com alimentação adequada e exercícios físicos a fim de evitar o agravo de fatores de risco quando se trata de uma Diabetes Mellitus Gestacional. Entretanto, em uma Diabetes Mellitus Diagnosticada Durante a Gestação, essa prevenção deve ser feita horizontalmente, através do acompanhamento médico longitudinal, oferecido pelo Sistema Único de Saúde.

Esses estudos são imprescindíveis para estabelecer a melhor evidência de diagnóstico que garanta rastreamento eficaz das gestantes, pré-natal adequado e tratamento que não interfira no desenvolvimento fetal ou que cause sequelas futuras ao recém-nascido (RN), como RN grande para a idade gestacional (GIG), ou à gestante, como pré-eclâmpsia.

REFERÊNCIAS

Al., A. W. (2018). *TeleCondutas: Diabetes e Gestação*. Porto Alegre: TelessaúdeRS.

Al., B. L. (2019). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES DIABÉTICAS NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 34-55.

Al., D. C. (2018). IMPACTO DO TRIMESTRE DE DIAGNÓSTICO NO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL, NO TRATAMENTO UTILIZADO E NA CLASSIFICAÇÃO DE PESO DO RECÉM-NASCIDO. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 137-146.

Al., M. d. (2018). Alta frequência de síndrome metabólica e sua relação com o baixo consumo alimentar de proteínas em mulheres com o diagnóstico de diabetes gestacional prévio. *BRASPEN J*, 64-9.

Al., R. R. (2019). DESFECHOS MATERNO-FETAIS DE GESTANTES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 79-92.

ANPED. (07 de abril de 2016). Acesso em 18 de agosto de 2020, disponível em <https://anped.org.br/news/nova-resolucao-5102016-de-etica-na-pesquisa>
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO PÓS-GESTAÇÃO. (2014-2015). *Diretrizes SBD*, 192-197.

Ferreira, L. A., Piccinato, C. d., Cordioli, E., & Ziotnik, E. (2020). ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PRÉ-GESTACIONAL, GANHO DE PESO NA GESTAÇÃO E RESULTADO PERINATAL: ESTUDO DESCRITIVO RETROSPECTIVO. *EINSTEIN*, pp. 1-6. Acesso em 27 de JUNHO de 2020, disponível em https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-18-AO4851/2317-6385-eins-18-AO4851-pt.x57660.pdf

Gabriela Mimoso, G. O. (2017). Morbidade Neonatal na Diabetes Gestacional: Coincidência ou Consequência do Consenso de 2011. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 589-598.

Gabrielli Zanotto de Oliveira, S. Z. (2017). RECÉM-NASCIDOS GRANDES PARA A IDADE GESTACIONAL EM GESTANTES DIABÉTICAS DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO DE ITAJAÍ: FATORES DE RISCO. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 80-96.

Hellman, P., Trindade, M. A., Fonseca, L. D., Nascimento, I. B., & Silva, J. C. (2019). ALTERAÇÕES GLICÊMICAS EM MULHERES PÓS DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *O Mundo da Saúde*, 909-915. doi:10.15343/0104-7809.20194304902915

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, 17(8), 758-64.

Montenegro, C. A., & Filho, J. d. (s.d.). *OBSTETRÍCIA* (13 ed.). Padilha, P. d., Saunders, C., Machado, R. C., Silva, C. L., Bull, A., Sally, E. d., & Accioly, E. (2007). ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTADO NUTRICIONAL PRÉ-GESTACIONAL E A PREDIÇÃO DO RISCO DE INTERCORRÊNCIAS GESTACIONAIS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, pp. 11-8. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n10/04.pdf>

Pereira, B. G., & Al., e. (2019). RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL. *FEMINA*, 786-96. Acesso em 27 de JUNHO de 2020, disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046553/femina-2019-4711-786-796.pdf>

Priscila Aparecida Martins Goulart, R. N. (2017). Gestação e deficiência de vitamina D: Artigo de Revisão na Literatura. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 173-181.

Schmidt, M. I., & Reichelt, A. J. (Fevereiro de 1999). CONSENSO SPBRE DIABETES GESTACIONAL E DIABETES PRÉ-GESTACIONAL. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 43, pp. 14-19. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abem/v43n1/12048.pdf>

Silva, R. R., Souza, M. L., Oliveira, L. C., Silva, T. R., Bertoli, J. P., & Silva, J. C. (jul-set de 2019). DESFECHOS MATERNO-FETAIS DE GESTANTES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, pp. 79-

92. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em
<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-1023505>

Weinert, L. S., Silveiro, S. P., Oppermann, M. L., Salazar, C. C., Simionato, B. M., Siebeneichler, A., & Reicheit, A. J. (2011). DIABETES GESTACIONAL: UM ALGORITMO DE TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, p. 55/7. Acesso em 27 de junho de 2020, disponível em <https://www.scielo.br/pdf/abem/v55n7/02.pdf>

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM EQUIPE DE ESF POR MEIO REMOTO: um relato de experiência

Poliana Pedroso
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
polianapedroso14@gmail.com

Profa. Dra. Valeria Beghelli Ferreira
Docente – Uni-FACEF
valbeghelli@yahoo.com.br

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. INTRODUÇÃO

Segundo Chiapinotto, Fait e Mayer Júnior (2007) as Unidades Básicas de Saúde (UBS), conhecidas por alguns como postos de saúde, foram criadas nos anos 80 em um momento de organização dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visando melhores oportunidades de tratamentos aos usuários.

A mudança do modelo de atenção com a implantação das Unidades de Estratégia de Saúde da Família, preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), revela que as equipes contam obrigatoriamente com um médico de preferência com especialização em medicina de família e comunidade, auxiliares ou técnicos em enfermagem. Assim, cada Unidade é responsável por um determinado território da cidade e tem como objetivo criar ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde, contando com a referência e contrarreferência dos outros níveis de atenção à saúde, de acordo a complexidade apresentada.

A Política Nacional de Atenção Básica revela que as equipes contam obrigatoriamente com um médico de preferência com especialização em medicina de família e comunidade, auxiliares ou técnicos em enfermagem e enfermeiro de preferência especializado em saúde da família. Além disso, podem ser incluídos outros profissionais como, agentes comunitários, agentes de combate a endemias, dentistas, auxiliares de saúde bucal. Por fim, pontua que a jornada de trabalho da equipe profissional deve ser organizada de maneira que facilite a criação de vínculo entre os próprios profissionais assim como os usuários (BRASIL, 2011).

Considerando os objetivos que culminaram na criação das Unidades Básicas de Saúde e a importância do vínculo entre as equipes de profissionais, Silva; Trad (2005) evidenciam a relevância em oferecer aos trabalhadores da saúde, espaços para discussão dos processos de trabalho, escuta, trocas de experiência, conhecimentos e sentimentos visando trabalhar a relação e interação dos funcionários, de acordo com seus conceitos, demandas, culturas, sendo que cada componente difere-se em relação ao outro e a realização de dinâmicas que permitem aprimorar a fala, escuta, reflexão e a aprendizagem de novas formas de pensamento.

Assim, a Educação Permanente em Saúde, refere-se a educação em serviço, que busca investir nos trabalhadores de saúde, em determinadas instituições e que inclusive se propõe relacionar ideias do mundo do trabalho com o mundo do ensino, e por fim deve promover discussões e reflexões acerca de temas relacionados à saúde, buscando sempre a atualização dos mesmos. (CECCIM, 2005)

Segundo Teixeira et. al (2020) a pandemia causada pela Covid-19 gera inúmeros desconfortos para os profissionais da saúde como: cansaço físico, estresse, sintomas de ansiedade e depressão, medo do contágio, negligência ou excesso de medidas de proteção, em que cada um é afetado de uma maneira de acordo com a sua função podendo influenciar na sua capacidade de trabalho e cuidado prestado aos pacientes. Assim, os autores pontuam sobre a importância em oferecer cuidado a esses profissionais, destacando-se a criação de equipes de suporte psicológico aos profissionais de saúde, oferecendo cursos online e outras estratégias.

Alves et al. (2004) apud Tereza; Araújo (2015) explicam que o coleguismo, relações afetuosas entre a equipe colabora para a redução do impacto gerado pelas intensas demandas psicológicas provenientes do contexto ocupacional, o que ajuda a reduzir o estresse causado pelo trabalho.

Nesse sentido, observa-se a importância de se criar grupos, mesmo que por meio online/remoto, para que possa oferecer aos profissionais de saúde acolhimento neste momento tão desafiador para as equipes e possibilitar refletir sobre os processos de trabalho e suas relações pessoais e profissionais, uma vez que estas estão totalmente relacionadas a maneira com que o cuidado ao usuário é

oferecido. Com isso, Silva; Trad (2005) afirmam que o trabalho em equipe é uma característica de extrema importância pois através dela há reorganização do processo de trabalho e por fim atendimento mais humano e qualificado para os usuários.

Oferecer um momento de reflexão, acolhimento e troca de experiências provoca mudanças significativas no cotidiano de trabalho e no bem-estar da equipe, somado aos princípios de humanização do Ministério da Saúde tal como as diretrizes propostas pelo Conselho de Psicologia na área da saúde. (AMARAL; OLIVEIRA, 2016)

Para tanto, o uso de aplicativos como Google Meet e sites como menti.com, vem a colaborar para a criação de um espaço para a realização de encontros online para profissionais da saúde, de maneira segura, visando atender suas demandas.

Desse modo, oferecer um espaço de escuta, acolhimento e reflexão, é essencial para garantir um bom suporte de saúde mental e física aos profissionais de saúde, para que depois possam repensar sobre suas práticas de trabalho, mesmo que este espaço seja por meio de aplicativos e de forma online/remota.

Neste sentido este artigo traz como objetivo relatar a experiência de um processo de educação permanente em saúde, por meio remoto/online, com equipe de Estratégia de Saúde da Família ESF para discutir os processos de trabalho e desenvolver habilidades de comunicação e relacional entre si e com usuários do serviço.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A pandemia da Covid-19, causou uma série de mudanças no âmbito acadêmico, muitos estágios não puderam ser realizados gerando escassez das atividades presenciais. Como alternativa surgiram os estágios online dentre eles a oportunidade de trabalhar com um grupo de profissionais da saúde por meio remoto. O contato da supervisora de estágio, responsável por facilitar e organizar estas vivências, com o gestor da saúde do município de Pedregulho -SP que permitiu possibilitar esta experiência, foi fundamental para que as estagiárias do 7º semestre do curso de psicologia exercitassem sua prática por meio da realização de grupos

de educação permanente com uma equipe de trabalhadores de Estratégia de Saúde da Família de modo seguro e respeitando as normas preconizadas pela pandemia.

O estágio acadêmico em Psicologia Social, desenvolveu-se entre os meses de outubro e dezembro de 2020, realizado por meio remoto/online, através do aplicativo Google Meet, com 10 encontros de duas horas por semana, às quintas-feiras, contando com a participação dos profissionais da Unidade de Estratégia de Saúde da Família “Santa Luzia” do município de Pedregulho -SP.

Estes encontros em formato de oficinas, foram conduzidos por duas estagiárias do 7º semestre do curso de psicologia e supervisionadas pela professora responsável. Cada participante entrava na reunião pelo celular pessoal ou notebook da unidade, todos mantinham o uso da máscara durante toda a atividade. O número de participantes variava conforme o dia, sendo que na maioria das vezes participavam 10 profissionais sendo eles, 1 enfermeira, 2 técnicas em enfermagem, 1 médico, 1 auxiliar de limpeza, 1 recepcionista, 4 agentes comunitários de saúde.

Os temas abordados foram escolhidos conforme a demanda e necessidade dos profissionais. Na discussão dos temas, os trabalhadores puderam trazer para reflexão conceitos sobre trabalho de equipe, comunicação assertiva, autoestima, empatia, entre outros.

A cada encontro com os profissionais era enviado um link por meio do *WhatsApp* para a enfermeira responsável pela ESF, para que todos entrassem na reunião. As estagiárias conduziam encontros online pelo Google Meet e assim realizaram dinâmicas adaptadas para o meio remoto. Ao final de cada encontro os participantes forneciam feedback oral e também escrito através do site *menti.com* no qual eram preenchidas caixas de textos com palavras sobre qual o significado do encontro, o que eles adquiriram de conhecimento, etc.

2.1. Reflexão Conceitual dos Temas nos Encontros

Nas primeiras atividades, os profissionais falavam pouco e alguns nada, também se percebia algumas conversas paralelas entre os profissionais pois alguns se encontravam no mesmo ambiente. Também houve pouco retorno no aplicativo *menti.com*, mas ao longo dos encontros, estas atitudes foram mudando e os participantes foram respondendo as caixas de texto e passaram a se apropriar do

grupo, se tornando mais participativos, principalmente quando a atividade era mais interativa.

O grupo não apresentou demandas quanto a relação entre profissionais, a equipe era antiga e possuíam poucos conflitos e quando estes surgiam conseguiam ter uma boa resolubilidade de problemas. Assim, no âmbito profissional apenas relataram dificuldades no encaminhamento para outros serviços, o que era recorrente, que não promoviam bom atendimento dos pacientes e estes voltavam para unidade com reclamações.

Os temas dos encontros foram voltados para boa comunicação e empatia com o paciente, pois uma das dificuldades mais pontuadas pelos profissionais foi lidar com “pacientes difíceis”, sendo eles estressados, exigentes e aqueles que frequentam a unidade várias vezes por semana sem necessidade.

Há inúmeros temas que potencializam o trabalho em grupo e devem ser discutidos em grupo de profissionais, a comunicação é um deles, pois o trabalho em equipe exige comunicação assertiva entre os diferentes profissionais que a compõe e esta faz parte do exercício do dia-a-dia no trabalho, em que os componentes da equipe buscam intervenções técnicas através do uso da linguagem. O trabalho em grupo necessita de uma relação dual entre comunicação e interação, onde a primeira procura o consenso entre os profissionais da equipe e conseqüentemente gera melhora no atendimento integral às demandas de saúde dos usuários (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Outro assunto desenvolvido durante as oficinas, além da comunicação, foi corresponsabilidade, conceito explicado por Trad; Esperidião (2009) em que visa a responsabilização do tratamento de ambas as partes, sendo elas entre paciente e profissional.

Os autores ressaltam que para que haja verdadeiro compartilhamento de decisões e responsabilidades, deve-se erradicar posturas de inferioridade e superioridade, inicia-se com dois sujeitos que se consideram iguais, sendo que, para a igualdade ocorrer é necessário informar ao paciente sobre os conhecimentos que se tem acerca da enfermidade e encorajá-lo a pesquisar e entender mais sobre esta. Para tanto, as equipes de saúde da família vêm estimular a participação comunitária para o desenvolvimento da autonomia e como seres responsáveis no cuidado a saúde.

Os temas gratidão e fazer elogios, foram desenvolvidos no sentido de continuar nutrindo a boa relação entre os profissionais e para lembrar que no cotidiano podem passar despercebidos fatores importantes para a relação como o agradecimento e os elogios.

A capacidade de fazer avaliações qualitativas e elogios aos colegas de trabalho, consiste no reconhecimento sobre o que o outro faz de bom, apesar de parecer uma ação simples e que todos podem fazer, o elogio traz inúmeros benefícios, sendo alguns deles: alegria, fortalecimento dos laços, ênfase nas qualidades do outro, promove autoconfiança e segurança, além de colaborar para alívio das dificuldades, dentre outros. (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003)

Outro tema discutido no grupo foi empatia e junto a este foi exercitada a temática do autoconhecimento pois ambos estão relacionados, pois para que seja possível de alguém se colocar no lugar do outro e buscar sentir a dor que o outro sente é preciso identificar o que o próprio membro sentiria naquela determinada situação, como explicam Scholze, Duarte Junior, Silva (2009).

A compreensão dos afetos alheios deve-se, então, à empatia do profissional, cujo desenvolvimento demanda autoconhecimento e a capacidade de identificar as manifestações verbais ou não verbais, explícitas ou contraditórias, do sofrimento de outrem (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009, p. 311).

Dessa forma, a empatia do profissional influencia no atendimento do paciente. Segundo Schimith et. al. (2012), para que um atendimento seja considerado integral o profissional da saúde deve encontrar com o usuário, de maneira que o primeiro deve entender o sofrimento manifestado pelo paciente, assim como identificar os significados das ações provenientes do sofrimento. Com isso, é necessário compreender que cada usuário possui sua singularidade e assim cada atendimento deve-se adequar a cada pessoa, podendo gerar melhora no quadro clínico e aumento de satisfação para ambas as partes.

Em relação ao acesso de tecnologia, os participantes não apresentaram grandes dificuldades, as estagiárias buscavam oferecer informações quanto ao uso das tecnologias de comunicação da forma mais simples possível, em forma de passo a passo, para que compreendessem o uso dos aplicativos e sites. Com isso, apresentaram boa aderência, com participação da maioria dos trabalhadores da ESF nos encontros.

2.2. Encontros e Temas

No primeiro encontro foi realizada uma apresentação dos participantes por meio da Dinâmica dos Objetos em que cada profissional deveria escolher um objeto que representasse algo para eles e o porquê. Como uma forma de diminuir uma possível ansiedade e receio destes e também para que não houvesse nenhuma dúvida as estagiárias optaram por iniciar a dinâmica e assim que terminaram, deixaram livre para que cada um falasse na hora que se sentisse mais à vontade. Todos foram muito sucintos e escolheram objetos e justificativas profissionais, falando apenas da utilização no trabalho (prancheta, máscara, álcool em gel, estetoscópio, caneta, tablet). Após este momento as estagiárias explicaram o objetivo do grupo que visava desenvolver temas de interesse da equipe tanto em relação a interação profissional da equipe quanto na relação entre a equipe e os usuários do serviço. As estagiárias se mostram abertas a sugestões. No final, as estagiárias deixaram um link do site *menti.com* para que os profissionais entrassem e deixassem anonimamente uma mensagem, uma sugestão ou uma crítica sobre o que havia achado do encontro e das propostas.

No segundo encontro, as estagiárias utilizaram a dinâmica verdade ou mentira, em que cada participante deveria formular três alternativas e os participantes do grupo deveria descobrir qual das respostas era a mentira, assim todos os profissionais participaram e as estagiárias também, o objetivo desta atividade consistiu em exercitar o conhecimento que cada profissional tem de si e dos outros, quais as atividades e alimentos preferidos, o que não gostam, etc. Ao fim, foi disponibilizado um link no site *menti.com* para colocarem o que acharam do encontro, dúvidas e sugestões.

No terceiro encontro foi desenvolvida uma atividade no *Jamboard* do Google para compreender como era o ambiente de trabalho. No primeiro momento as estagiárias explicaram como funcionava o *Jamboard* e quais ferramentas poderiam ser utilizadas. A atividade iniciou dividindo em subgrupos os participantes em que tiveram a seguinte configuração: dois com quatro integrantes e um com três, após a organização dos grupos, foi pedido que fizessem no painel do *Jamboard* algo que representava o trabalho deles na ESF, em que um dos lados escreveriam, desenhariam ou representariam com uma imagem as dificuldades e do outro as

facilidades, em que cada um deveria escrever ou falar pelo menos uma dificuldade e uma facilidade. A atividade teve a duração de trinta e cinco minutos e depois o compartilhamento dos painéis e depois um feedback oral da atividade.

O tema do quarto encontro foi empatia, a estagiária explicou sobre o funcionamento da dinâmica em que os participantes se dividiriam em duplas conforme as suas preferências e os participantes poderiam falar ou digitar no chat, depois a estagiária falou e enviou no chat cinco tipos de pacientes: paciente que não adere ao tratamento por dificuldades financeiras, paciente com problema de memória, paciente apressado e com dor, paciente que ficou três horas na fila de espera, paciente sedentário por falta de tempo, paciente exigente que não descobre o que tem e o nome de quem iria encená-los. Após a realização das cenas entre paciente e profissional da saúde, as estagiárias convidaram os participantes para responder sobre como é ser profissional com cada tipo de paciente, seus comportamentos e, também refletir sobre como o paciente estava se sentindo. Por fim, foi explicado o funcionamento do site menti.com por uma das estagiárias e colado no chat as informações, para que eles colocassem na caixa de texto como se sentiram com a atividade do dia.

O quinto encontro retomou o tema empatia tratado na reunião anterior. Assim, as estagiárias apresentaram um vídeo que mostrava pensamentos e situações cotidianas de profissionais e pacientes, e foi solicitado que os participantes do grupo refletissem a questão do “paciente difícil”. Assim que o vídeo terminou as estagiárias fizeram três perguntas e pediram para que os profissionais escrevessem suas respostas. As perguntas foram: “Você conseguiu perceber como o paciente difícil se sente? Caso seja não, tente identificar o porquê ou a dificuldade”; “Pensando na dinâmica da semana passada e no vídeo de hoje, o que você tira de reflexão?” E quais foram os sentimentos que você teve no decorrer e ao final do vídeo?”. Após este momento as estagiárias proporcionaram uma discussão através das respostas apresentadas, fazendo um fechamento posteriormente com expressões chaves apresentadas nas respostas. No final foi pedido que os profissionais preenchessem caixas de texto no site “menti.com” sobre o que acharam e/ou sentiram no encontro.

O tema do sexto encontro foi a Comunicação com paciente, em que as estagiárias encenaram tipos de pacientes como: paciente com choro excessivo que

mal consegue falar, paciente que fala de modo agressivo, paciente que fala pouquíssimo e paciente resistente ao tratamento e acompanhamento regular. Em cada tipo de encenação os profissionais deveriam atender o paciente da maneira mais adequada de acordo com suas especificidades. Após a dramatização, foram discutidas as fragilidades e potencialidades diante dos diálogos. Visando o feedback dos participantes do grupo, foi criado um quadro no site [menti.com](https://www.menti.com) para que eles definissem em uma palavra o que significou esta oficina.

No sétimo encontro, o tema pautado foi exercitar a troca de elogios e expressões positivas. Uma das estagiárias iniciou a explicação sobre a dinâmica e assim compartilhou uma imagem que continha vários adjetivos, em seguida foi dado um minuto para que eles lessem todos e escolhessem uma palavra para dar a um colega, que melhor o descrevia e ou que combinasse com o amigo e deveria explicar o porquê de ter escolhido aquele adjetivo para o outro. Foi deixado claro para os participantes que eles não poderiam repetir a palavra e nem o colega, para que ninguém ficasse de fora. Após todos os participantes terem atribuído e ganhado um adjetivo de forma individual, eles fizeram uma reflexão sobre a palavra que haviam recebido e seus sentimentos e apreciações, por exemplo se concordavam ou não e se reconheciam aquele adjetivo em si mesmo, explicando o porquê do sim ou do não. Depois de realizar esse debate e as trocas de adjetivos, as estagiárias finalizaram o grupo dando um feedback individual e grupal ao mesmo tempo, falando sobre todas as características e falas mencionadas por cada um, enfatizando a importância de olhar para o outro colega e elogiar a potencialidade de cada um. Por fim, foi disponibilizado um link no site [menti.com](https://www.menti.com) para colocarem sugestões, críticas e o que os profissionais acharam da reunião.

No oitavo encontro foi realizada a dinâmica do contra ou a favor, em que os participantes foram divididos em dois grupos em que um grupo deveria buscar argumentos para se posicionar apenas a favor de todas as afirmativas e o outro deveria buscar argumentos que sustentassem a negação de todas as frases. Após exercitarem a dinâmica realizou-se uma reflexão com todos sobre a importância de não se ter atitudes extremistas, corresponsabilização por parte no profissional e paciente no processo de tratamento e ideias de como lidar com pacientes nervosos e insatisfeitos. No final houve um fechamento trazendo aspectos importantes observados na discussão.

No nono e penúltimo encontro as estagiárias levaram um vídeo que permitiu abordar temas já trabalhados como empatia, comunicação, má interpretação, pré-conceitos, dificuldades de lidar com a atitude do outro. Após o vídeo as estagiárias sugeriram que os participantes dramatizassem os personagens do vídeo, evidenciando semelhanças com as atividades realizadas até o momento. Após as respostas, as estagiárias fizeram um fechamento relacionando todas as respostas que foram trazidas pelos profissionais.

No décimo encontro, foi realizada a dinâmica da gratidão, sendo que esta ocorreu em duas etapas, na primeira houve a explicação sobre a dinâmica, cada um dos profissionais deveria explicar sobre algo que um colega de trabalho, que está presente na equipe, fez por ele em algum momento. As estagiárias enfatizaram que os participantes não deveriam repetir aquele que já foi citado. Na segunda etapa, as estagiárias convidaram os profissionais a expressarem sobre o que pensam e sentem sobre gratidão e sua importância nas relações interpessoais. Com objetivo de obter feedback de toda a experiência, foi disponibilizado um código no site menti.com para que os profissionais respondessem as perguntas: Como foi o grupo para vocês? O que trouxe de aprendizado?

Ao final das oficinas, os profissionais se mostraram mais aptos para lidar com os pacientes, na maioria dos discursos estava presente a palavra empatia, que foi bastante trabalhada ao longo dos encontros. Também revelaram sobre a importância em valorizar os seus colegas de trabalho e ainda pontuaram sobre que a essência do bom relacionamento se encontra na efetividade na forma com que cada um exerce sua função na ESF.

3. REFLEXÃO SOBRE O APRENDIZADO DO ESTÁGIO

A reorganização da rede básica de saúde a partir da composição das Equipes de Saúde da Família (ESF), têm influenciado fortemente tanto a atuação do psicólogo no cenário da saúde pública como a mudança de alguns princípios básicos da clínica psicológica (Souza; Cury, 2009).

Estagiar nesta área segundo Souza; Cury(2009) traz uma mudança pessoal, possível, numa direção positiva e enriquecedora; possibilitando aos estagiários, formar novos vínculos, criar uma vivência singular de pertencimento –

sentir-se membro da equipe de saúde. Segundo os autores, esse sentimento de pertencer leva à autonomia e a novas responsabilidades na condução de tarefas, o fazer integrado ocupa o cotidiano e redimensiona os saberes; uma clínica compartilhada e resolutiva vai surgindo para o estagiário, e ele a compreende vivenciando estes espaços de troca.

Para os autores independente do referencial teórico a ser adotado, da abordagem a ser seguida, a importância de se compreender o significado que a formação em serviço tem para o próprio aprendiz é fundamental para o seu processo de formação.

Souza; Cury (2009) ainda ressaltam que experiências e vivências como estas, mostram a que ao ouvir os funcionários, membros das ESF (agentes comunitários de saúde, médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, pediatras, ginecologistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, entre outros), enriquece ainda mais a complexidade das várias intersubjetividades presentes no cotidiano de formação em serviço de atenção básica.

Criar espaços como estes de aprendizado permitiu identificar elementos importantes sobre a formação de grupos, por meio remoto, visando a educação permanente de profissionais da saúde no que se refere a relações entre profissionais e também entre pacientes e profissionais, além do enriquecimento da prática dos estagiários de psicologia no manejo de grupos.

Em tempos de pandemia, é preciso recriar formas de se trabalhar grupos, assim é importante fazer o uso de novas tecnologias, aplicativos para se conectar com outras pessoas.

Perosa; Santos (2003), apontam que a tecnologia por si só não é potente, mas a forma com que é utilizada pelas pessoas pode se tornar algo que facilite atividades do cotidiano das pessoas. Segundo os autores, o trabalho em grupo online faz com que as pessoas não precisam estar em um mesmo local físico e promove uma comunicação interativa entre seus membros que passam a trabalhar de maneira ativa seus conceitos refletindo sobre os mesmos e podendo ampliar suas concepções através da discussão de inúmeros temas.

Os processos do grupo, segundo Soares; Ferraz (2007) não são estanques e nem lineares, há um constante ir-e-vir entre os momentos, interatuam de forma dinâmica permitindo mudanças no seu desenvolvimento.

O grupo constituiu-se por diferentes classes profissionais, o que permitiu as estagiárias potencializarem seu aprendizado, na condução das reflexões e na promoção de espaços de escuta e acolhimento para discutir tanto questões profissionais, como individuais.

Todo grupo tem a possibilidade de em algum momento se tornar um grupo de processo que contribua para que tudo o que emerge na sua dinâmica seja expresso e interpretado de forma contextualizada e no nível real. Assim, observou-se que os indicadores do processo grupal permitiram interpretar e reavaliar o desenvolvimento do grupo operativo, norteados as ações desenvolvidas a cada encontro. Certamente que essa pode ser uma estratégia, para os profissionais de saúde, na construção de modelos que envolvam os trabalhos com grupos (Soares; Ferraz 2007, p. 54).

A realização de experiências como estas, enriquece a formação do psicólogo enquanto profissional de saúde, pois possibilita a aprendizagem sobre o manejo com grupos operativos e comunitários, no processo de educação permanente com profissionais da saúde. Também permite reconhecer a maneira com que cada profissional atua diante de um mesmo paciente, sendo extremamente importante pois o trabalho em saúde deve ser realizado de maneira multiprofissional pois só assim o paciente receberá um atendimento integral e efetivo.

Refletindo sobre este contexto do estágio de psicologia com grupo de profissionais de saúde, é importante entender a complexidade envolvida neste cenário, complexidade, esta, que se torna ainda maior, quando o trabalho acontece por meio virtual/ remoto, com uso de tecnologias de comunicação e informação.

Porém são novas possibilidades que estão se fazendo presentes, para permitir que, mesmo durante o isolamento social exigido pela pandemia da COVID-19, o estudante experiencie e entre em contato com situações reais de trabalho, em contextos diversos, e que possa integrar conhecimentos, habilidades, competências e atitudes desenvolvidos ao longo de sua formação

Portanto, a experiência gerou inúmeros conhecimentos sobre como a tecnologia pode auxiliar a prática do psicólogo, que muitas vezes exige plasticidade como no caso de pandemias, por exemplo. Outro fator de grande relevância, consiste na melhora da comunicação em público que promove mais confiança e avanços na capacidade linguística dos estagiários.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização deste estágio, foi possível concluir que, os profissionais de saúde necessitam de um espaço de aperfeiçoamento e atualização de conhecimentos, escuta, acolhimento uma vez que os mesmos vivenciam situações demasiadamente estressoras.

Apesar dos desafios, impostos pela pandemia, foi possível observar, as inúmeras estratégias que podem ser utilizadas pelo uso de tecnologias de informação, em meio remoto, entre elas, construção de painéis, discussão de vídeos, montagem de murais com todos os participantes ao mesmo tempo. Por isso, as atividades eram sempre criadas com antecedência e com um outro plano de atividade, caso a primeira não obtivesse efetividade.

Durante toda a realização do grupo, as estagiárias desenvolveram habilidades de comunicação e ainda promoveram o encontro com profissionais, o que possibilitou compreender a importância do trabalho interprofissional, o quanto este é rico, e a maneira como cada membro colabora para um atendimento integral e humanizado aos usuários. O trabalho em equipe não é isento de conflitos e dificuldades, por isso a importância dos profissionais estarem sempre em contato com o outro, buscando ouvi-los ativamente e usando sempre desta comunicação.

Assim, conclui-se que os profissionais da saúde necessitam e merecem terem e espaços de escuta, discussões e reflexões, para que não só adquiram conhecimento, mas também promovam relacionamentos interpessoais e profissionais com maior qualidade e com menos conflitos, contribuindo para sua saúde mental.

Quanto as estagiárias o trabalho foi demasiadamente significativo pois possibilitou a aprendizagem sobre várias estratégias e ferramentas, funcionamento de grupos, atualização de conhecimentos, mostrando com isso que é possível desenvolver trabalhos na área da saúde por meio remoto, valorizando espaços ricos de aprendizado e convivência mesmo diante de situações de crise e pandemias.

Portanto, relato de experiências como este é importante para valorizar os trabalhos relacionados ao desenvolvimento de grupos com profissionais,

principalmente no meio remoto, já que as publicações sobre este contexto, ainda se mostram escassas.

Referências

AMARAL, S. R. C.; OLIVEIRA, A. E. G. Grupo de reflexão com profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana: um relato de experiência. *Rev Bras Saude Ocup*, v. 24, n. 41, p.1-8, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e24.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, abr. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011>. Acesso em 31 mar.2021.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic. Saúde Educ*. Porto Alegre, v.9 n. 16, p.161-168, fev. 2005.

Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/icse/2005.v9n16/161-168/pt>>. Acesso em 08 abr. 2021.

CHIAPINOTTO, L.; FAIT, C. S.; MAYER JUNIOR, M. O modo de fazer saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma unidade básica de saúde de Porto Alegre - RS.

Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 1, p. 155-164, abr. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2021.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estud. psicol.*

(Natal), Natal, v. 8, n. 3, p. 413-420, dez. 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2003000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 dez. 2021.

PEROSA, G. T. L. SANTOS, M. Interatividade e aprendizagem colaborativa em um grupo de estudo online. In: SILVA, M. (org.). *Educação online: teorias, práticas, legislação, formação corporativa*. São Paulo: Edições Loyola, 2003, p. 149-156.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE, J. F. SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, n.31, p. 303-314. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 09 abr. 2021.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.479-503, Nov. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 dez, 2020.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 dez. 2020.

SOARES, S. M; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Esc Anna Nery R Enferm, Rio de Janeiro, v.11, n. 1, p. 52 - 7. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SOUSA, V. D.; Cury V. E. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.14, supl.1, set/out, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800016>. Acesso em :09 abri, 2021.

TEIXEIRA, C.F.S. et. al. A Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Ciência e Saúde coletiva. Bahia, v. 25, n.9, p. 3.465-3.474. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n9/3465-3474/pt>>. Acesso em 29 mar 2021.

TEREZA, V.S.S; ARAUJO, C.C.F. Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília, v. 35, n.3, p. 900-915, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n3/1982-3703-pcp-35-3-0900.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2021.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIAO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, supl.1, p. 557-570, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr. 2021.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SARAMPO E SUA CORRELAÇÃO COM A COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO DE FRANCA-SP NO PERÍODO DE 2009 A 2019

Isadora Mendes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
isa_mendes1804@hotmail.com

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho Pedigone
Mestra em Medicina Tropical – UFMG
doramancilha@gmail.com

Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

1. ÁREA PRIORITÁRIA: Tecnologias para Qualidade de Vida no Setor da Saúde

Justificativa: A correlação da área prioritária com o tema consiste no fato do sarampo ser uma doença que interfere na qualidade de vida do paciente e dos seus contatos devido à alta transmissibilidade, às suas manifestações clínicas, possíveis complicações e necessidade de isolamento. Embora as políticas públicas de controle e erradicação da doença tenham sido uma das mais eficazes e com uma boa relação custo-benefício a longo prazo diminuindo o contágio, as internações e o índice de mortalidade, nos últimos anos houve um número crescente de casos em todo país. Desse modo, é necessário conhecer a realidade local, dimensionar e identificar os motivos que levaram a este aumento e utilizar o conhecimento técnico-científico adquirido para propor estratégias de intervenções e mudanças efetivas.

2. INTRODUÇÃO

O sarampo é uma doença viral aguda e altamente contagiosa, e pessoas não imunizadas apresentam cerca de 90% de chance de contraí-la. É causada por um vírus RNA, pertencente ao gênero Morbilivirus, da família Paramyxoviridae, e o homem é seu único hospedeiro. Apresenta período de incubação variável, geralmente de dez a quatorze dias, desde a data da exposição até o aparecimento do exantema (PAULES; MARSTON; FAUCI, 2019) (XAVIER et al., 2019).

Além do exantema, outras manifestações ocorrem em fases distintas. A fase prodrômica persiste por quatro a seis dias com febre alta, anorexia, tosse produtiva, coriza, conjuntivite não purulenta, fotofobia e manchas de Koplik, sinal patognomônico da doença. A fase seguinte, exantemática, é marcada por prostração, piora dos sintomas e o aparecimento do exantema cefalo-caudal, maculopapular eritematoso e avermelhado, com duração de cinco a seis dias. Por fim, há a fase de convalescência, em que há declínio e remissão dos sintomas e o exantema torna-se castanho-acinzentado, ocorrendo sua descamação e desaparecimento, na mesma ordem em que apareceram (KUSCHNAROFF; FOCACCIA, 2015) (STREBEL; ORENSTEIN, 2019).

O quadro pode evoluir com complicações em cerca de 30% dos casos. As mais comuns são diarreia, otite média, e pneumonia, sendo esta última a causa mais comum de mortalidade relacionada ao sarampo, a encefalite e a panencefalite esclerosante subaguda são complicações mais graves. O risco de complicação é variável, sendo maior em crianças menores de cinco anos, pessoas com mais de vinte anos, imunossuprimidos, gestantes, crianças com quadro de desnutrição e vivendo em habitações superpovoadas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015) (SBP, 2018). Sua mortalidade está inversamente relacionada com o grau de desenvolvimento do país e as condições de acesso à saúde, sendo que em países desenvolvidos a taxa está entre 0,01 a 0,1% e, países em desenvolvimento, pode chegar a cerca de 30% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A maior prevalência do sarampo é em crianças, principalmente nos lactentes com mais de seis meses, uma vez que antes há a presença dos anticorpos maternos circulantes (KUSCHNAROFF; FOCACCIA, 2015).

Sua transmissão ocorre de forma direta, principalmente através do contato com secreções nasofaríngeas expelidas por pessoas contaminadas, e sua transmissibilidade inicia-se cerca de quatro dias antes do aparecimento do exantema perdurando por até quatro dias após, com exceção de pessoas imunossuprimidas que podem ter excreções prolongadas do vírus nas secreções nasofaríngeas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2018).

O diagnóstico é realizado através da clínica do paciente, da epidemiologia e da confirmação com exames laboratoriais, sendo a sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG a mais utilizada. O anticorpo tipo IgM está presente na fase aguda da doença, desde os primeiros dias até quatro semanas

após o aparecimento do exantema, e o IgG pode aparecer também na fase aguda e permanecer detectável ao longo da vida. Deve-se também realizar o isolamento viral/RT-PCR para vigilância epidemiológica adequada (SBP; SBIM; SBI, 2018).

O tratamento consiste em terapia de suporte e medicação sintomática, através de hidratação, suporte nutricional, antitérmicos e cuidados com a higiene. Além disso, para prevenir o agravamento dos casos e diminuir a mortalidade, preconiza-se o uso de Vitamina A em todas as crianças, diagnosticadas ou com suspeita da doença. Antibióticos são contraindicados, devendo ser utilizado apenas em casos específicos em que haja necessidade devido as complicações (SBP, 2018) (PAHO/WHO, 2019).

O sarampo está presente na lista de doenças de notificação compulsória desde 1968, sua vacinação iniciou-se no Brasil na década de 1960, e apenas após 1980 houve intensificação no combate à doença através da vacinação em massa, com o objetivo de alcançar alta cobertura vacinal contra o sarampo. Tal ação resultou em redução acentuada no número de casos no final da mesma década e, a partir de 1992, ano em que foi criado o Plano Nacional de Controle e Eliminação do Sarampo, além da intensificação da vacinação, houve também melhoria na vigilância epidemiológica para detecção e controle mais efetivo de novos casos da doença. Por consequência, no ano 2000 o Brasil notificou seu último caso autóctone de sarampo (MELLO et. al., 2014).

Posteriormente, todos os casos notificados foram importados ou relacionados à importação causando surtos esporádicos. Entre 2003 e 2015 foram confirmados 612 casos de sarampo no Brasil e, em 2016, o Brasil recebeu o certificado de país livre de sarampo, uma vez que neste ano e no seguinte não houve registros de novos casos no país. Contudo, em 2017 a Venezuela enfrentou um surto da doença e, devido à sua situação sociopolítica, gerou uma intensa onda migratória contribuindo para a propagação do vírus no Brasil. Assim, em 2018 o Brasil deparou-se com a reintrodução do sarampo em seu território apresentando neste ano um total de 10.326 casos; em 2019 este número manteve-se crescente, e o país registrou 18.203 casos confirmados perdendo, dessa forma, seu título de país livre de sarampo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As possíveis causas que levaram ao aumento do número de casos foram consequentes à importação do vírus para o país, coincidente com uma lacuna

encontrada na cobertura vacinal, uma vez que desde 2013 as coberturas vacinais contra o sarampo no Brasil vinham apresentando descenso em todas as regiões e, em 2017, todas as regiões encontravam-se abaixo da taxa ideal de cobertura para a primeira dose. Em relação à segunda dose, em 2018, todas as regiões apresentaram uma cobertura próxima de 75% (CHAVES et al., 2020).

Em relação à taxa de cobertura vacinal, tal indicador reflete o percentual de pessoas vacinadas e teoricamente protegidos contra determinada doença. Seu resultado é obtido pelo número de doses aplicadas de determinada vacina dividido pela população alvo e multiplicado por 100 em um período e local específico. O numerador é obtido através do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), e tais dados são abastecidos pelo E-SUS, sendo o denominador obtido pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). (TEIXEIRA; MOTA, 2010)

Importante destacar que o comportamento endêmico-epidêmico do sarampo possui variações de um local para outro, devido ao grau de cobertura vacinal, demonstrando a vulnerabilidade da população, e da circulação do vírus na área (CARVALHO, et al., 2019).

Atualmente o recomendado para se interromper a cadeia de transmissão é que haja uma cobertura vacinal de 95% da população de forma homogênea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Desta forma, a vacinação, juntamente com uma vigilância epidemiológica ativa, são as únicas formas de prevenir, conter a disseminação e conter a reintrodução viral no país, uma vez que não há tratamento específico, apenas terapia de suporte e medicação sintomática (CHAVES et al., 2020).

A vacina contra o sarampo é comprovadamente eficaz, pois ela fornece proteção de 95% após duas doses, e segura, já que suas reações adversas são brandas e transitórias, sendo as mais comuns a reação local, febre (5-15%) e erupção cutânea (5%) e reações adversas graves, como anafilaxia, convulsões febris e encefalite são raras (ROTA et al., 2016) (WHO, 2017).

O atual calendário de vacinação inclui duas doses de vacina anti-sarampo, ambas com vírus vivo atenuado. Em crianças menores de sete anos, a primeira dose é aos doze meses (vacina tríplice viral – SCR), e a segunda dose é aplicada com quinze meses (vacina tetra viral – SRC e varicela). As demais idades e profissionais da saúde que não tenham recebido nenhuma dose da vacina, o

recomendado são duas doses de tríplice viral, já adultos nascidos a partir de 1960 a recomendação é de dose única de vacina tríplice. Se o esquema vacinal estiver incompleto, apenas completar o iniciado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020). Caso haja aumento do número de casos, outras ações podem ser tomadas, tais como campanhas e intensificação da vacinação e o bloqueio vacinal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Apesar da vacina ser comprovadamente eficaz e, como já relatado anteriormente, ter havido uma queda da cobertura vacinal nos últimos anos, os motivos associados à diminuição da cobertura vacinal são multifatoriais, seja pela baixa percepção do risco da doença, quanto pela dificuldade de acesso. Porém, atualmente é muito preocupante o movimento anti-vacina que ameaça reverter o progresso alcançado no combate a doenças evitáveis por vacinação, causando seu ressurgimento no país (SATO, 2018).

Diversas são as causas que podem levar uma pessoa ou grupo a recusar ou hesitar em se vacinar e, entre eles estão questões políticas, religiosas, socioeconômicos, experiências anteriores negativas, falta de confiança na segurança e eficácia da vacina, dificuldade no acesso e, como programas anteriores obtiveram sucesso diminuindo substancialmente os números de casos, o medo pela doença foi diminuindo e a memória de suas complicações foram sendo esquecidas. Vale lembrar que este não é um movimento recente, estando ele presente desde a instituição da vacinação contra a varíola no século 18, porém, agora, com a maior facilidade no acesso e propagação de informações inverídicas, está causando dúvidas em relação ao processo de vacinar (SUCCI, 2018).

2.1. Justificativa

Atualmente, a maior frustração relacionada ao aumento do número de casos de sarampo é o fato desta ser uma doença totalmente prevenível quando ações individuais e em conjunto com políticas públicas de saúde coletiva são tomadas para prevenir e conter a doença. Por tratar-se de uma doença que apresenta comportamento endêmico-epidêmico variável, faz-se necessário um maior conhecimento acerca de sua prevalência e seu comportamento no município de Franca, assim como conhecer melhor a cobertura anti-sarampo, a fim de se

entender o recente aumento do número de casos e propor medidas de intervenções oportunas e adequadas.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Analisar a prevalência de sarampo e seu perfil epidemiológico na cidade de Franca-SP nos últimos dez anos, verificando se o município seguiu a tendência mundial de aumento do número de casos da doença, correlacionando-o com o grau de cobertura vacinal da população no período de 2009 a 2019.

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência do sarampo e a idade predominante de ocorrência dos casos da doença
- Verificar o intervalo de tempo transcorrido desde o contato até o início da febre e do exantema
- Identificar as principais manifestações apresentadas e a evolução clínica
- Identificar a partir de que ano passou a ocorrer aumento dos casos notificados
- Analisar se os casos notificados de sarampo foram confirmados por exames laboratorial
- Analisar a taxa de cobertura vacinal do município no período
- Identificar as prováveis causas que levaram ao aumento do número de casos de sarampo em Franca

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, documental, transversal e analítico a ser realizado através do uso de dados e informações fornecidas pelo Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XVIII – Franca, e retiradas das fichas de notificação compulsória de sarampo lançadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – no período de 2009-2019, após a

remoção dos dados de identificação dos pacientes dos casos notificados. Em relação aos dados referentes à taxa de cobertura vacinal no município de Franca no mesmo período, estes serão obtidos através do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (COMEP) do Centro Universitário Municipal de Franca, com autorização da Diretora Técnica de Saúde II da GVE XVIII, e aprovado pelo mesmo sob o parecer número 4.651.230, no qual foi dispensada a utilização do termo de consentimento livre e esclarecido, uma vez que dados pessoais e de identificação não foram utilizados, e foi garantida a não exposição e o sigilo de informações pessoais obtidas durante a pesquisa.

Para a realização da revisão da literatura serão realizadas buscas nas bases de dados SCIELO, PUBMED e LILACS, com os descritores “sarampo”, “vacina contra sarampo” “imunização”, para levantamento de publicações em português, inglês e espanhol, datadas principalmente nos últimos cinco anos, buscou-se também complementar esse levantamento com busca nas citações dos estudos primários identificados. Além disso, foram utilizadas informações provenientes de boletins epidemiológicos, informes técnicos e relatórios publicados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela World Health Organization (WHO).

A partir dos dados obtidos, será utilizado o software editor de planilhas Microsoft Excel para armazenamento e análise, comparando as informações obtidas com a literatura científica. A seguir, serão montados gráficos e tabelas e será realizado estudo estatístico dos resultados, comparando-os com a literatura científica pertinente, para posterior discussão e conclusão.

4.1. Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídos todos os casos de sarampo notificados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2019. E serão excluídos aqueles cujas fichas de notificação não contenham quantidade suficiente de informações.

4.2. Riscos e Benefícios

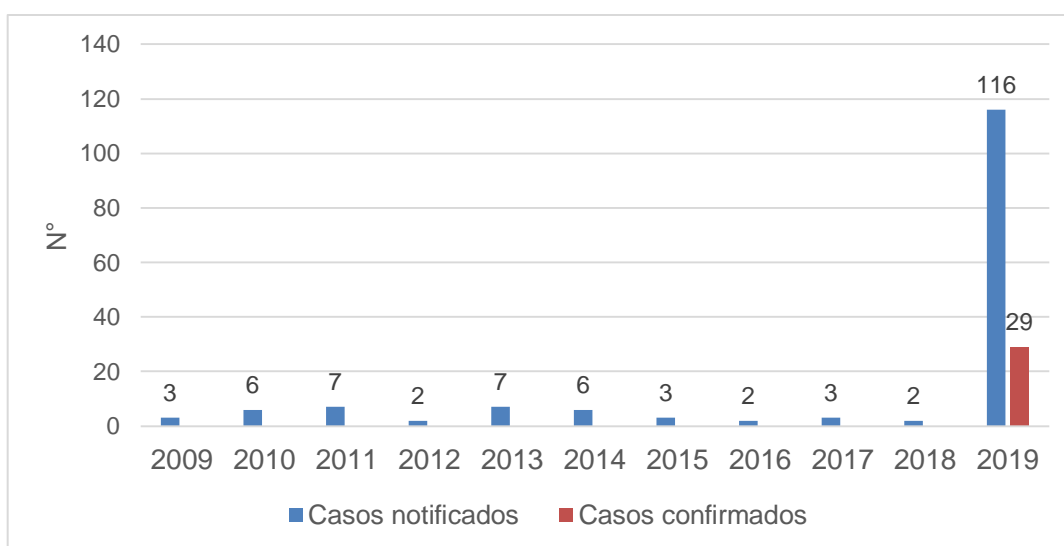
Esta pesquisa oferece riscos mínimos de exposição do paciente, uma vez que será garantida a não exposição e o sigilo de informações obtidas durante a

pesquisa. O estudo tem como objetivo um maior conhecimento e análise da epidemiologia do sarampo no município de Franca-SP, a fim de propor medidas oportunas e adequadas no combate e controle da doença no município.

5. RESULTADOS PARCIAIS

Em relação ao número de casos de sarampo registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2009 a 2019, na cidade de Franca-SP ocorreram notificações de casos em todos os anos, com variação entre 2 a 7 notificações anuais, sem que houvessem casos confirmados laboratorialmente, com exceção de 2019, ano que houve o maior número de casos registrados (116) e, também, confirmados no período estudado (29). Destes, nenhum caso notificado foi excluído do estudo por não conter informações suficientes nas fichas, que fossem capazes de interferir nos resultados finais do estudo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de casos notificados e confirmados de sarampo em Franca-SP, de 2009 a 2019



Fonte: SINAN

Na análise da distribuição de casos notificados no município de Franca-SP, segundo a faixa etária, os casos concentram-se em menores de cinco anos, com 40,77%, seguido da faixa etária entre 10 a 19 anos e 20 a 29 anos, ambos com 14,65%. Já em relação aos casos confirmados, há predominância na faixa etária dos 20 a 39 anos, com porcentagem total dos casos de 55,18% (Tabela 1). No que diz

respeito à distribuição por sexo, foi percebido uma predominância no sexo masculino, tanto nos casos notificados (58,6%) como nos casos confirmados (68,96).

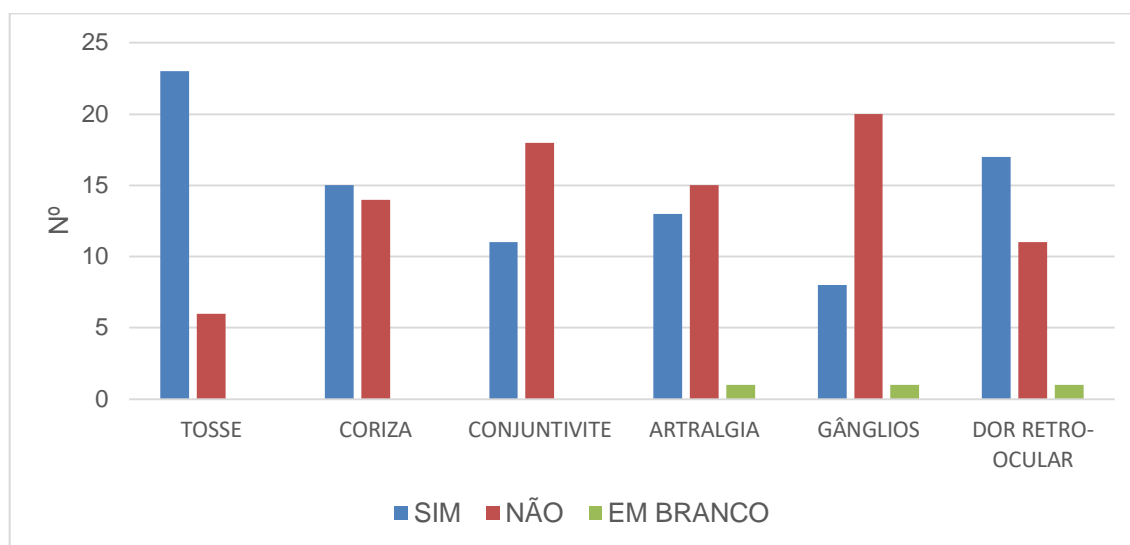
Tabela 1 – Distribuição de casos notificados e confirmados de sarampo segundo faixa etária, registrados em Franca-SP no período entre 2009-2019.

Faixa Etária	Casos Notificados		Casos Confirmados	
	Nº Total	%	Nº Total	%
< 1 ano	37	23,57	3	10,34
1 a 4	27	17,20	3	10,34
5 a 9	18	11,46	1	3,45
10 a 14	10	6,37	3	10,34
15 a 19	13	8,28	2	6,90
20 a 29	23	14,65	8	27,59
30 a 39	18	11,46	8	27,59
40 a 49	5	3,19	0	0
50 a 59	4	2,55	1	3,45
> 60 anos	2	1,27	0	0
Total	157	100	29	100

Fonte: SINAN

O Gráfico 2 mostra, nos pacientes confirmados com sarampo, a incidência das principais manifestações clínicas da doença identificadas nas fichas de notificação. A apresentação clínica mais incidente é a tosse (23), seguida da dor retro-ocular (17), coriza (15), artralgia (13), conjuntivite (11) e, por fim, a presença de gânglios (8).

Gráfico 2 - Principais manifestações clínicas em pacientes confirmados com sarampo



Fonte: SINAN

Sobre a confirmação laboratorial dos casos notificados de sarampo, será realizada posteriormente uma análise mais apurada e detalhada, a fim de melhor identificar esses casos, a quantidade e o tipo de exames realizados, assim como os resultados obtidos.

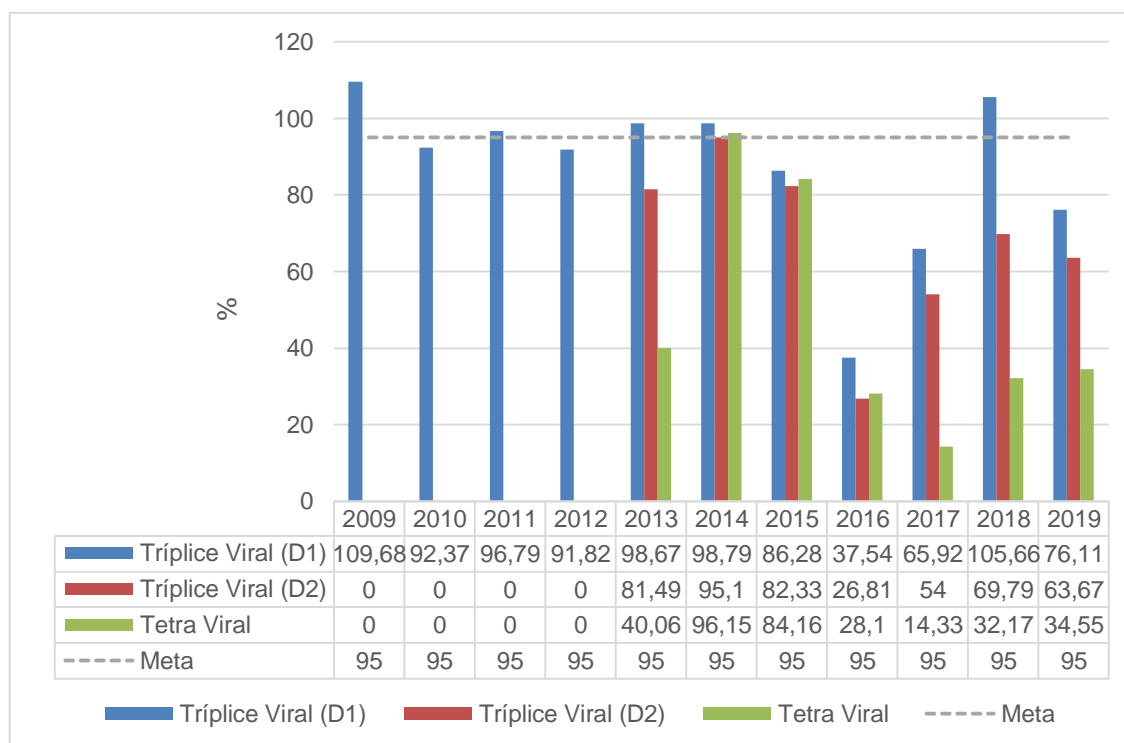
Como já citado anteriormente, a recomendação para que se interrompa a cadeia de transmissão do sarampo é necessário que a taxa de cobertura vacinal seja igual ou superior a 95% da população alvo de determinada área, pois caso fosse introduzido algum novo caso da doença na área, sua circulação seria dificultada devido aos altos índices vacinais da localidade.

Ao analisar a cobertura vacinal no município de Franca-SP no período de 2009 a 2019, foi observado que, para primeira dose da vacina tríplice viral (D1), seus valores mantiveram-se próximos ou discretamente abaixo da meta (91,82%-109,68%) até o ano de 2014. Após tal período houve maior variação nessas taxas de cobertura vacinal, de forma negativa, cujos valores mantiveram-se abaixo da meta (entre 37,54 a 86,28%), exceto no ano de 2018, no qual essa cobertura voltou, de forma pontual, a ficar acima do valor ideal (Gráfico 3).

Em relação à segunda dose da tríplice viral (D2) e da tetra viral, introduzidas ao calendário vacinal em 2013 e, conseqüentemente, não aparecendo nos sistemas de informações nos anos anteriores, com exceção de 2014, ano em que seus valores ficaram discretamente acima da meta, nos demais anos a

cobertura vacinal encontrava-se, de forma acentuada, abaixo na meta, atingindo os menores valores em 2017 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Cobertura vacinal em porcentagem (%) da Tríplice e Tetra Viral, em Franca-SP, de 2009-2019.



Fonte: SI-PNI; DATASUS-TABNET

Dos 29 casos de sarampo confirmados, todos tiveram desfechos favoráveis, sendo que apenas 03 (10,35%) necessitaram de internação hospitalar e nenhum caso evoluiu para óbito.

6. CONCLUSÃO

Apesar de não ter havido nenhuma ficha com informações totalmente insuficientes que motivassem excluir esse caso do estudo, foi percebido que alguns campos da ficha de notificação foram deixados em branco, com alguma frequência, entre eles a data da última dose da vacina, a possibilidade de contato com caso suspeito e maiores informações acerca deste contato. Por fim, como o estudo encontra-se em andamento e os dados coletados ainda passarão por análise estatística, não é possível, nesse momento, realizar uma discussão, comparando os

dados obtidos na pesquisa com os aqueles disponíveis na literatura e, conseqüentemente, uma conclusão final acerca dos resultados completos e já finalizados.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Measles. In: KIMBERLIN, D. W. et al, (ed.). Red Book: 2018–2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31. ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics, 2018. p. 537-550.

CARVALHO, A. L. et al. Sarampo: atualizações e reemergência. Rev Med Minas Gerais, [s. l.], v. 29, p. s80-s85, 2019. Supl 13.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Measles. In: HAMBORSKY, J; KROGER, A; WOLFE, S (ed.). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 13. ed. Washington D.C: Public Health Foundation, 2015. cap. 23, p. 209-230.

CHAVES, E. C. R. et al. Avaliação da cobertura vacinal do sarampo no período de 2013-2019 e sua relação com a reemergência no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health, [s. l.], n. 38, p. e1982, 31 jan. 2020. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e1982.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1982/1220>. Acesso em: 4 jul. 2020.

KUSCHNAROFF, T. M.; FOCACCIA, R. Sarampo. In: FOCACCIA, R. (ed.). Veronesi: Tratado de infectologia. 5. ed. rev. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. cap. 29, p. 875-888. ISBN 978-85-388-0648-6.

MELLO, J. N. et. al. Panorama atual do sarampo no mundo: Risco de surtos nos grandes eventos no Brasil. Jornal Brasileiro de Medicina, [s. l.], v. 102, n. 1, p. 33-40, jan/fev 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 4. ed. Brasília: [s. n.], 2019. 725 p. ISBN 978-85-334-2745-7. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em: 4 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no Brasil 2003|2019. Boletim Epidemiológico, [s. l.], n. Especial, p. 154, 2019. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Mais de 3 milhões de crianças e jovens devem se vacinar contra o sarampo. Ministério da Saúde. 10 fev. 2020. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46329-mais-de-3-milhoes-de-criancas-e-jovens-devem-se-vacinar-contr-o-sarampo-2>. Acesso em: 11 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Calendário Vacinação da Criança 2020. [S. l.], Mar. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/Calendario-Vacinao-2020-Crian--a.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2020.

PAHO/WHO. OPAS/OMS Brasil. Folha informativa - Sarampo. In: PAHO/WHO. OPAS/OMS Brasil. Folha informativa - Sarampo. [S. l.], 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folh-a-informativa-sarampo&Itemid=1060. Acesso em: 1 jul. 2020

PAULES, C. I.; MARSTON, H. D.; FAUCI, A. S. Measles in 2019 — Going Backward. *The New England Journal of Medicine: Perspective*, [s. l.], v. 380, n. 23, p. 2185-2187, 6 jun. 2019. DOI: 10.1056/NEJMp1905099. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1905099?articleTools=true>. Acesso em: 6 jul. 2020.

ROTA, P. A. et al. Measles. *Nature Reviews Disease Primers* volume, [s. l.], v. 2, 14 jul. 2016. DOI <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.49>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrdp201649.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2020.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 52, n. 96, 29 nov. 2018.

SBP. Departamentos Científicos de Infectologia e Imunizações. Atualização sobre Sarampo. *Guia Prático de Atualização*, n.5, p.12, jul2018. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/8766d7ed2c7aedc4ee80eaf4a26859b21e1580f8>. PDF. Acesso em: 7 jul. 2020.

SBP; SBIM; SBI. Nota Técnica Conjunta: Sarampo. [S. l.: s. n.], 2018. 7 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (São Paulo). Calendário Vacinal 2020. [S. l.], 24 abr. 2020. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2020/calendario_vacinacao2020_retificada.pdf. Acesso em: 5 jul. 2020.

STREBEL, P. M; ORENSTEIN, W. A. Measles. *The New England Journal of Medicine: Clinical Practice*, [s. l.], v. 381, n. 4, p. 349-357, 25 jul. 2019. DOI 10.1056/NEJMcp1905181. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1905181?articleTools=true>. Acesso em: 3 jul. 2020.

SUCCI, R. C. M. Vaccine refusal - what we need to know. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*, v. 94, n. 6, p. 574-581, 2018.

TEIXEIRA, A. M. S.; MOTA, E. L. A. Denominadores para o cálculo de coberturas vacinais: um estudo das bases de dados para estimar a população menor de um ano de idade. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 19, n. 3, p. 187-203, 2010

WHO. Measles vaccines: WHO position paper – April 2017. Weekly epidemiological record, [s. l.], v. 92, n. 17, p. 205-228, 28 abr. 2017.

XAVIER, A. R. et al. Clinical, laboratorial diagnosis and prophylaxis of measles in Brazil. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 390-401, Ago. 2019.

ÍNDICE

A

Amanda Costa Lopes, 9
Ana Carolina Braz, 32
Ana Caroline Cardoso da Silva, 32

I

Isadora Mendes, 86

J

João Vitor domingos Rocha, 46

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 20

M

Maria Auxiliadora Mancilha Carvalho
Pedigone, 9, 86

P

Paula Cristina Silva Gomes, 59
Poliana Pedroso, 71

V

Valeria Beghelli Ferreira, 46, 71
Victor Gabriel Galdino Soares Góis, 20
Viviane Rodrigues Esperandim
Sampaio, 59

ISBN Volume



ISBN Coleção



0800 940 4688

16 3713 4688

unifacef.com.br

