



**UNIVÉRTIX – CENTRO UNIVERSITÁRIO
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR**

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO

ENFERMAGEM – 2022/02



COORDENAÇÃO DE CURSO: PROF^A. M. SC. ANA LÍGIA DE SOUZA PEREIRA

**PROFESSORAS RESPONSÁVEIS: PROF^A. M. SC. RENATA APARECIDA
FONTES E PROF^A. M. SC. KELLY APARECIDA DO NASCIMENTO**

MATIPÓ, 2022

TRABALHOS PRESENTES NESTE VOLUME

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO: PERCEPÇÃO DE MULHERES DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES ADULTOS DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES CADASTRADOS EM UMA ESF NA ZONA DA MATA MINEIRA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA RAIVA HUMANA NO BRASIL ENTRE 2002 E 2022

EPIDEMIOLOGIA DA DENGUE NO ESTADO DE MINAS GERAIS ENTRE OS ANOS DE 2015 À 2019

EPIDEMIOLOGIA DA SIFILIS NO BRASIL ENTRE OS PERÍODOS DE 2017 E 2021

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCENCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS

PANORAMA DAS IMUNIZAÇÕES NA REGIÃO SUDESTE, BRASIL, ENTRE OS ANOS DE 2017-2021

PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA

PLANEJAMENTO, GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO: PERCEPÇÃO DE MULHERES DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

Acadêmicas: Thalita de Souza Jesuíno e Vanessa Luiza Ribeiro Cota

Orientadora: Ana Paula Coelho Marcolino

Linha de Pesquisa: Linha 1: Cuidado de Enfermagem

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender as experiências vivenciadas por mulheres durante o processo do parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que foi realizada por meio de entrevista semiestruturada. As participantes da pesquisa foram mulheres com precedente de gestação, parto ou aborto, na faixa etária de 18 a 40 anos, residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. Inicialmente, realizou-se uma pré-análise da leitura flutuante do material. Os dados foram interpretados com base no referencial teórico Análise de Conteúdo. Esta técnica passa por etapas essenciais para a compreensão e melhor exploração do material coletado mediante a leitura dos discursos das entrevistadas e aglomeração em núcleos das ideias centrais da fala de cada uma. A decisão pelo tipo de parto gera dúvidas, insegurança e medo. A maioria dos nascimentos ocorreu por cesárea. De forma que o acompanhamento e suporte profissional podem e devem constituir como uma estratégia para redução das taxas de cesáreas e complicações materno-infantis, além da melhoria dos aspectos psicológicos e emocionais das gestantes diante do processo de parto.

PALAVRAS-CHAVES: Humanização da Assistência; Parto; Parto Humanizado; Percepções ao parto; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento singular na vida da mulher e consiste em um período de intensas modificações corporais e emocionais, sendo o parto o acontecimento mais esperado pela gestante (GOMES *et al.*, 2021).

A experiência vivenciada no parto é primordial uma vez que este evento conclui a transição de mulher para mãe. É nesse momento em que se inicia o vínculo entre o binômio mãe-filho (RIBEIRO, SANTANA, SÁ e SILVA, 2019).

Assim, até o século XVII, o trabalho de parto era realizado em domicílio com a participação das mulheres da casa auxiliadas por uma parteira experiente, profissional que era familiarizada com a gravidez e o puerpério. A ausência de recursos como conhecimento científico, instrumentos e fármacos tornava o nascimento um fator de risco para mãe e filho (KAPPAUN e COSTA, 2020).

Gradualmente, foram sendo introduzidas novas práticas no processo de parturição. Após a segunda guerra mundial, no século XX, com os avanços técnico-

científicos e o desenvolvimento das ciências médicas, a gestação e o nascimento tornaram-se eventos hospitalares, nos quais eram utilizados meios tecnológicos e cirúrgicos. A partir dessas modificações, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização contribuíram para um novo cenário de parturição, no qual a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e sua autonomia deixou de ser respeitada. Os profissionais de saúde, conseqüentemente, passaram a ganhar destaque ao realizar esses procedimentos e tornaram-se os principais protagonistas deste evento (CORVELLO *et al.*, 2022).

Em vista disso, mudanças têm sido propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como pelo Ministério da Saúde e alguns órgãos não governamentais. Essas mudanças enfatizam o cuidado prestado às mulheres, determinam ações para que o parto seja tratado como um processo fisiológico conduzido a partir da perspectiva da humanização, onde estimula a atuação de enfermeiras obstetras e equipes qualificadas na assistência à gestação e ao parto (POSSATI *et al.*, 2017).

A área da enfermagem obstétrica está cada vez mais vinculada ao cuidado humanizado e integral, onde a maneira de cuidar, contendo mais orientações acerca dos processos a serem realizados, e a calma empregada em cada caso, através da assistência integral, faz o diferencial na vida de cada uma das parturientes, principalmente no aspecto psicológico (LIMEIRA *et al.*, 2018).

Segundo Monteiro, Barro, Soares e Nunes (2020), a humanização de um parto vai além de técnicas, pois requer que a equipe possua uma postura ética, além de conhecimento, conduta e práticas embasadas na realização correta dos processos de parto, focando sempre na valorização das mulheres.

Nos estudos mencionados anteriormente, os autores preocuparam-se em avaliar os significados atribuídos ao parto humanizado, bem como tipos de parto. No entanto, nota-se que existe escassez de pesquisas voltadas as experiências vivenciadas por mulheres no processo do parto e o respeito aos seus direitos.

Assim sendo, delineia-se como questionamento para o presente estudo: Qual é a percepção das mulheres acerca da assistência de enfermagem recebida durante o processo do parto? Em busca desse entendimento, o objetivo da pesquisa foi compreender as experiências vivenciadas por mulheres durante o processo do parto.

Com este estudo pretende-se contribuir nas reflexões sobre o cuidado fornecido à parturiente, conduzido a partir da perspectiva da humanização e servir de subsídio para que outros profissionais de saúde e os próprios gestores sejam instigados em relação às mudanças necessárias no cenário da gestação para promover a sua humanização.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O desenvolvimento de uma gestação é um processo complexo em que ocorrem mudanças que repercutem não somente no organismo da mulher, como também, em sua vida social e de seus familiares. As alterações na morfologia corporal são vistas de formas distintas por cada mulher, uma vez que a experiência de gerar um bebê as torna ainda mais sensíveis (ALVES e BEZERRA, 2020).

O terceiro trimestre de gestação é o período em que a gestante está mais sensível, estando o parto cada vez mais próximo. O momento do parto é muito esperado por todos, entretanto é comum o surgimento de dúvidas e anseios relacionados ao mesmo. Entre os medos vivenciados por parte das gestantes, destacam-se o medo da dor, medo da perda de autonomia, medo da anestesia e medo da morte (FERREIRA, 2020).

O pré-natal é um importante instrumento para promover a educação em saúde das gestantes e de seus familiares, sanando as dúvidas existentes e contribuindo para a redução dos medos relacionados ao parto, preparando a mulher para se tornar mãe (DIAS *et al.*, 2018).

Segundo Tsunechiro *et al.* (2018), o acompanhamento do pré-natal é realizado pela equipe multidisciplinar da Atenção Primária, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o mínimo de seis consultas durante todo o período gestacional, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

Os tipos de parto existentes devem ser informados à mulher desde o início do período gravídico, pois as informações sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto é direito da gestante e o esclarecimento contribui para que elas escolham de forma consciente e segura (FÉLIX *et al.*, 2018).

É possível observar o surgimento de uma excessiva medicalização em que os profissionais de saúde ocupam lugar de destaque, reduzindo ou anulando a

autonomia da mulher, havendo um aumento de intervenções e realização de procedimentos desnecessários durante a assistência ao parto (POSSATI *et al.*, 2017).

O elevado índice de realização de cesáreas e a realização de partos normais de forma traumática impossibilita que a mulher seja protagonista no momento de parir e desrespeitando o ritmo natural de seu corpo (FERREIRA JÚNIOR, ROCHA, CARNEIRO e FREITAS, 2017).

A insatisfação com o modelo hospitalar tem levado muitas mulheres a aderirem ao parto domiciliar planejado. Este modelo de parto é assistido por profissionais qualificados: médicos, obstetizes ou enfermeiras obstétricas no local onde a mulher se sente confortável e com a presença de pessoas especiais para ela, entretanto não é oferecido pelo SUS (CURSINO e BENINCASA, 2020).

Visando a promoção da humanização no parto, redução da mortalidade materna e infantil e garantia de qualidade de vida à mulher na gestação, parto e puerpério, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (RC) (ASSIS *et al.*, 2019).

O PHPN evidencia a relevância da afirmação dos direitos da mulher, utilizando a humanização para promover melhorias na assistência e a Rede Cegonha atua visando garantir à mulher o direito de planejamento reprodutivo, cuidado humanizado durante a gestação, parto e puerpério e o direito da criança ao nascimento, crescimento e desenvolvimento seguros (TSUNECHIRO *et al.*, 2018).

A assistência humanizada inclui o acolhimento, escuta ativa, orientações e criação de vínculo e compreende a necessidade de uma nova perspectiva, entendendo o parto como uma experiência verdadeiramente humana. A equipe de enfermagem é primordial na promoção da humanização, uma vez que possui maior contato com as gestantes e seus familiares (SILVA, 2021).

De acordo com Giacomini e Hirsch (2020), o parto humanizado é aquele que ocorre respeitando os direitos e anseios da mulher, oferecendo maior autonomia à parturiente, se diferindo do parto natural por não ter uma duração estipulada, respeitando o tempo da mãe e do bebê.

Destarte, durante a assistência humanizada, deve ser respeitado o tempo do parto, preferencialmente sem intervenções desnecessárias, tais como episiotomia, tricotomia, manobra de Kristeller, entre outras, utilizando-se de tecnologias

adequadas, permitindo que a mulher tenha poder de escolha sobre a realização do parto e que possa criar vínculo com o bebê no primeiro momento de vida (BOURGUIGNON e GRISOTTI, 2020).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Em termos gerais, a pesquisa qualitativa foca nas pessoas, naquilo que as fazem recorrer aos cuidados e experiências com impacto na sua condição de saúde. A natureza da investigação qualitativa se centra na procura de significados, na medida em que os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as ideias, os sentimentos e os assuntos são orientados pelas experiências humanas (RIBEIRO, SOUZA e COSTA, 2016).

A pesquisa foi realizada com usuárias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), da cidade de Matipó, município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população estimada em 8.018 habitantes, sendo 3.587 do sexo feminino. Atualmente, o município tem como fonte econômica a pecuária, produzindo também, café, milho e banana, além de pequenas empresas (IBGE, 2017).

A amostra da pesquisa foi constituída por 15 participantes que foram entrevistadas. Essas apresentaram precedente de gestação, parto ou aborto, na faixa etária de 18 a 40 anos. Dentre os critérios de inclusão estabelecidos para determinação das participantes da pesquisa estiveram mulheres que residem no município de Matipó MG, inscritas no ESF em que foi realizada a pesquisa, mulheres entre 18 e 40 anos de idade com precedente de gestação, parto ou aborto e que concordarem em participar da pesquisa.

Dentre os critérios de exclusão estabelecidos para determinação das participantes da pesquisa estiveram mulheres menores de 18 anos e maiores de 40 anos; mulheres desta faixa etária que não concordarem em participar do estudo; mulheres que não aceitarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); mulheres que não residem no município da investigação; mulheres que não autorizarem a gravação das entrevistas.

Para execução da pesquisa foi previamente agendada uma reunião na Secretaria de Saúde do Município de Matipó MG, para autorização da pesquisa pela

gestão de saúde. Nesse momento foram apresentados ao gestor os objetivos, justificativa e relevância da pesquisa.

Mediante autorização da Secretária Municipal de Saúde, foi realizado um levantamento das mulheres cadastradas nas unidades ESF. A busca ativa foi realizada mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Ficha B-GES. A Ficha B-GES refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, reunindo dados gerais e sócio-demográficos (BRASIL, 2003).

A partir de então, foram realizadas visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS. Durante as visitas foram realizados os convites para participação da pesquisa; ainda neste momento, houve também a prestação de esclarecimentos sobre como a pesquisa se desenvolveria.

A partir do aceite em ser participante da pesquisa, foram realizados agendamentos para ocorrerem as entrevistas. Os agendamentos ocorreram conforme a disponibilidade das mulheres. A escolha do local para a realização da entrevista ficou a critério das entrevistadas, desde que o ambiente fornecesse total privacidade.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada adaptada do estudo realizado por Monte (2016), e um aplicativo de gravador de áudio para *smartphone* para gravação das entrevistas.

As entrevistas foram divididas em duas etapas: a primeira consistia em um breve levantamento dos dados sociodemográficos para melhor caracterização das participantes da pesquisa; na segunda parte foi utilizado um roteiro semiestruturado composto de questões que atendem aos objetivos propostos, a fim de compreender as experiências vivenciadas por mulheres durante o processo do parto.

As participantes foram informadas do objetivo do estudo no momento do convite a participar e antes da realização das entrevistas e a sua participação foi concretizada mediante a assinatura do TCLE e assinatura do termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos.

Este estudo seguiu todas as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012) que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Os

pesquisadores mantiveram a identidade das entrevistadas em sigilo e confidencialidade atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução CNS nº 580 de 2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

As entrevistas gravadas em seguida foram transcritas na íntegra. Foi mantida nas falas a linguagem coloquial a fim de ser fiel às expressões das participantes. Inicialmente foi realizada uma pré-análise da leitura flutuante do material. Em seguida, foi efetuada leitura minuciosa a fim de se familiarizar com o conteúdo e favorecer a construção das categorias. Os dados foram interpretados com base no referencial teórico Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2016). Essa técnica passa por etapas essenciais para a compreensão e melhor exploração do material coletado mediante a leitura dos discursos das entrevistadas e aglomeração em núcleos das ideias centrais da fala de cada uma.

CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS

Participaram do estudo, quinze usuárias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), com idade entre 22 e 38 anos. Quanto à situação conjugal, dez são casadas, e cinco são solteiras. Quanto à escolaridade, notou-se que as mulheres eram instruídas, uma vez que possuíam Ensino Médio Completo ou Incompleto e Ensino Superior Completo ou Incompleto. Quanto ao histórico gestacional, 12 mulheres escolheram seu parto via cesariana. É notável o aumento dos percentuais de partos cesáreos, paulatinamente, à escolaridade, contrapondo-se ao senso comum de que mulheres mais escolarizadas tenderiam a avaliar melhor os riscos de uma cirurgia tão invasiva quanto a cesariana, tanto para o bebê quanto para própria parturiente (PADUA *et al.*, 2022).

A análise sistêmica das entrevistas do estudo possibilitou identificar temas relacionados como: pré-natal, tipos de partos, medos e preocupações, orientação profissional, assistência recebida.

Diante dos temas apresentados, foi possível traçar três pontos de inteligibilidade e agrupá-los em categorias tais como: realização do pré-natal, a escolha da via do parto, assistência dos profissionais de saúde no pré-natal, parto e

puerpério. Com o intuito de descrever os resultados e resguardar suas identidades, as quinze mulheres entrevistadas foram identificadas com nomes próprios de pessoas, no qual o significado é luz, pois a mulher que dá à luz vive um rito de passagem que lhe permite dar à luz a si mesma.

REALIZAÇÃO DO PRÉ -NATAL

Todas as entrevistadas realizaram o pré-natal tendo maior preferência pelo convênio particular devido à demora do atendimento pelo SUS, como se pode verificar nas falas:

“O pré-natal foi oferecido pelo PSF, mas foi opção minha de fazer particular, porque eu acho que demora muito o atendimento no PSF, e como eu sou uma pessoa muito impaciente então era muito demorado as consultas”. (Aurora, 32 anos).

“Eu fiz o pré-natal sim, fiz na cidade onde eu moro mesmo, e foi tudo particular”. (Raya, 23 anos).

A consulta de pré-natal é uma união de atuações seguras aplicadas à gestante, que tem por objetivo garantir durante todo período gestacional e parto uma assistência humanizada e de qualidade, promovendo saúde e bem-estar, evitando assim complicações para a mãe e o bebê por meio da educação em saúde (CARDOSO *et al.*, 2019).

Segundo Silva, Barros, Figueiredo e Silva (2021), a expectativa da mulher em relação à assistência recebida no pré-natal, bem como a influência desse programa na saúde da díade mãe e filho estão ligadas à satisfação com o pré-natal.

Foi possível verificar que algumas entrevistadas descobriram tardiamente a gestação, realizando menos de seis consultas de pré-natal e sem acompanhamento de um enfermeiro, conforme relataram:

“Como eu já, na primeira consulta eu já tava com três meses, foram seis consultas com o médico, não teve consulta com enfermeiro”. (Ayla, 23 anos).

“Fiz os quatro últimos meses”. (Lúcia, 27 anos).

“Foram três, quando eu descobri já estava com seis meses”. (Rayane, 25 anos).

O Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre de gestação, sendo ideal a realização mínima de seis consultas e que até a 34ª semanas sejam realizadas consultas mensais (TOMASI *et al.*, 2017).

Segundo Araújo (2019) é aconselhado que a primeira consulta fosse realizada até o quarto mês de gravidez e que cada gestante deve realizar pelo menos seis consultas preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro e, no mínimo, duas com o médico, uma consulta no puerpério até quarenta dias após o parto.

A enfermagem tem um papel relevante na assistência ao pré-natal, é fundamental investir em sua qualificação fazendo-se necessário que o especialista tenha postura de educador e conquiste a confiança da gestante de modo que ela possa se sentir da melhor forma possível para realização de suas consultas (CAMPAGNOLI, SILVA e RESENDE, 2019).

De modo geral, as entrevistadas disseram ter apresentado durante a gestação sintomas como edema, tonturas e náuseas. As mulheres que possuíam sinais de gestação de risco relataram ter apresentado sintomas no final da gestação, conforme as seguintes falas:

“No começo foi um pouquinho de risco porque minha placenta tava descolando e tal, mas eu fiquei de repouso absoluto, levantava pra nada não, só pra tomar banho e usar o banheiro, nem pra comer, é minha mãe trazia no meu quarto e pronto, é então, é eu enjoei bastante durante toda minha gravidez, inclusive até quando eu ganhei o bebê eu tava vomitando na sala de parto”. (Zaura, 23 anos).

“Só no final, que minha pressão subia, no final da última gravidez eu descobri que eu tinha problema cardíaco”. (Akemi, 28 anos).

“Não, minha gravidez graças a Deus não foi de risco, ela foi tranquila, bem tranquila, não passei mal, só no último mês com 34 semanas ela quis nascer, mas eu tomei remédio pra segurar ela até um pouco mais”. (Ayla, 23 anos).

A classificação da gestação como de alto risco ocorre quando há situações que comprometem a saúde materna ou fetal e pode ser realizada por meio do acompanhamento durante o pré-natal, evidenciando a importância da realização do mesmo (COELHO, SOUZA, TORRES e DREZETT, 2017).

A ESCOLHA DA VIA DO PARTO

A maioria das mulheres entrevistadas optaram pelo parto cesárea pela falta de conhecimento, mitos, crenças e tabus no que diz respeito ao parto normal:

“Tive cesariana, sempre quis cesariana, ninguém me incentivou, é, eu sempre tive na minha cabeça que eu queria fazer cesariana por mais que cortasse eu sabia que eu não ia sentir, porque né, anestesia e tal, e eu preferia tomar anestesia do que sentir a dor do parto.” (Zaura, 23 anos).

“Cesariana foi eu que escolhi, preferi pelo fato de não sentir dor, acho mais tranquilo”. (Helen, 35 anos).

“Escolhi a cesariana mais foi pelo medo de sentir dor sabe e depois não consegui, porque tem muitas pessoas que não conseguem ter o parto normal né, aí eu já fui decidida na cesária mesmo por isso, por medo de sentir a dor do parto”. (Raya, 23 anos).

O Ministério da Saúde (MS) estabelece que o parto normal é mais seguro comparado ao cirúrgico, pois apresenta menos riscos de infecções, hemorragias, prematuridade e complicações gerais (FERREIRA JÚNIO, ROCHA, CARNEIRO e FREITAS, 2017).

Segundo Silva *et al.* (2017) diante das altas taxas de cesáreas, as razões pela preferência e suas justificativas, torna-se essencial reavaliar a forma de estruturação das práticas obstétricas, com o propósito de proceder mudanças no apoio ao parto, respeitando a fisiologia da mulher e favorecendo os interesses de todos os envolvidos. Considerando que o “bom parto”, seja ele vaginal ou cesárea, deve ser aquele que permita bem-estar materno e neonatal. Outro fator que eleva o índice de cesarianas no país é a ineficiência da assistência direcionada ao parto normal, que não atende as recomendações das evidências científicas.

Receber orientações sobre os tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, é primordial no período gestacional, mas, de acordo com o relato das entrevistadas durante a coleta de dados, ficou evidente que nem todas receberam essa orientação, como podemos observar:

“Sim ela me falou que o parto normal era melhor, me perguntou se eu tinha preferência, se eu tinha alguma dúvida entre eles”. (Lúcia, 27 anos).

“Não, não foi explicado em detalhes isso tudo não”. (Clara, 22 anos).

“Não recebi nenhuma orientação sobre os tipo de parto, o pouco que eu sei foi porque eu procurei saber na internet, mas a escolha da cesária foi minha mesmo não tive nenhuma orientação”. (Luna, 23 anos).

A comunicação durante o pré-natal com as gestantes sobre tipos de parto deve ser pautada no conhecimento dos diferentes tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, garantindo uma assistência qualificada promovendo assim uma escolha consciente e segura, contribuindo para condições mais humanizadas do nascimento, tanto para a vida da mulher quanto para o bebê (FÉLIZ *et al.*, 2018).

O parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o bem estar de mãe e filho, no entanto, no que se refere ao parto humanizado, as

entrevistadas demonstraram pouco conhecimento e interesse, verificou-se esse fato nas falas de:

“Eu não sei sobre não, já escutei falar, não sei muito bem, nem faço ideia como que é um parto humanizado, mas pelo que eu ouvia fala é muito bom”. (Ayla, 23 anos).

“Olha não sei muito sobre, porque não tive curiosidade por não me chama atenção, mas o que eu sei o parto humanizado espera a hora do bebê, tem ajuda dos profissionais e a humanização”. (Núbia, 27 anos).

“Posso falar que é o parto normal que eu conheço, não sei muito bem sobre isso não”. (Helena, 28 anos).

A humanização no parto é caracterizada por atitudes acolhedoras, realizadas de forma delicada e segura para a gestante, sendo um processo no qual a parturiente seja a personagem principal como pessoa única, em um momento da sua vida em que requer atenção e cuidado (SILVA, SANTOS e PASSOS, 2022).

Segundo Nascimento, Silva e Viana (2018) a humanização não significa apenas realizar o parto normal, realizar ou não procedimentos, mas engloba o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento.

ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ NATAL, PARTO E PUERPERIO.

A orientação durante o pré-natal torna-se fator determinante para assegurar o saudável desenvolvimento da gestação e proporcionar o nascimento de um bebê saudável bem como preservar a sua saúde e de sua mãe (MARQUES *et al.*, 2020).

Considerando-se a orientação durante o período de pré-natal ser de fundamental importância para as gestantes, as entrevistadas relataram ter recebido orientação dos médicos:

“Considero sim que eu fui bem orientada durante meu pré natal”. (Luna, 23 anos).

“Sim, me orientou e me tirou todas as dúvidas, me deixou a vontade, todas perguntas que fiz ela me respondeu direitinho.” (Núbia, 27 anos).

“Sim, fui bastante orientada, eu poderia ter perguntado mais coisas, mas o pouco que eu perguntei foi tranquilo” (Suely, 22 anos).

Acerca da assistência de enfermagem durante a realização do pré-natal, algumas entrevistadas relataram não ter assistência de enfermagem prestada durante suas consultas. Podemos observar esse fato de acordo com as falas:

“Não, durante meu pré-natal eu não tive nenhum contato com enfermeiro pra ter orientação nada não, quem me orientou foi só o médico mesmo”. (Luna, 2 anos).

“Não, não tive contato nenhum com enfermeiro, tive contato direto com médico e ele me orientou em tudo que eu podia, tudo que eu precisei graças a Deus eles me orientaram”. (Clara, 22 anos).

“Eu não tive contato com os enfermeiros porque quem me orientou foi o médico”. (Helena, 28 anos).

A competência do enfermeiro é notada quando, dentro da sua categoria profissional, é treinado e comprometido com proficiência nas habilidades fundamentais para o acolhimento e orientações das gestantes, do nascimento ao período pós-parto (FERREIRA, 2020).

Os profissionais da área da saúde que vão ter contato com o paciente na hora do procedimento precisam ser atenciosos e calmos em escutar suas preocupações, medos e opiniões durante o procedimento. Quando indagadas sobre se podia expressar abertamente suas preocupações medos e opiniões na hora do procedimento, as entrevistadas relataram que:

“Durante toda a gravidez e durante o meu parto eu me senti a vontade de falar sobre tudo que precisava tanto quanto o médico ou com o enfermeiro com todos os profissionais que eu tive contato” (Luna, 23 anos).

“Sim, tranquilo perguntei tudo que tinha de perguntar, tirei as minhas dúvidas” (Rayane, 25 anos).

“Sim falei sobre minhas preocupações eles me tranquilizaram foram bastante atenciosos, não tenho nada a reclamar da equipe” (Helen, 35 anos).

Muitas gestantes têm medos, dúvidas e ansiedade durante o trabalho de parto, ele é um acontecimento muito importante e esperado pela gestante e por seus familiares e pode desencadear sentimentos diferentes como receios, medo, alegria e surpresa, expondo, assim, a mulher, a uma vulnerabilidade emocional, é de grande importância que os profissionais saibam ouvir e ter calma com a paciente durante o procedimento (TRAVANCA e VARGENS, 2020).

Quando questionadas sobre seus desejos e necessidade, alegaram que a equipe de enfermagem prontamente as ajudou e trabalharam com profissionalismo:

“Sim, me ajudaram no banho, em questão de alimento também, quando pedia para olhar algo eles olhavam para gente, e ajudaram em tudo” (Luna, 23 anos).

“Sim, foram muito atenciosos comigo, principalmente o enfermeiro que tava me olhando, me orientou na amamentação, assim que eu precisava deles

eu ligava e eles iam no meu quarto, quando fui tomar meu primeiro banho depois do parto, tiravam minhas dúvidas” (Raya, 23 anos).

“Me respeitou o tempo todo, as meninas foi super legal comigo, as enfermeiras médicas igual me ajudou bastante ela viu que eu não estava tendo força sabe pro neném sair empurrou minha barriga” (Luciana, 38 anos).

Conforme foi ressaltado nos depoimentos, a assistência de enfermagem durante o parto foi excelente:

“Eu me senti muito acolhida por todos que estavam lá os enfermeiros sempre conversando comigo me acalmado me dando todo apoio” (Raya, 23 anos).

“Eles estavam lá comigo, conversaram comigo foi atenciosos não tenho nenhuma reclamação a fazer me senti confortável” (Lucia, 27 anos).

“A assistência de enfermagem foi educada, atenciosos mais que os médicos” (Núbia, 27 anos).

As visitas domiciliares realizadas é um modo do profissional de saúde estabelecer um vínculo maior com o paciente e entender suas particularidades, já na visita domiciliar puerperal, garante um acesso individualizado à saúde da mãe e do recém-nascido.

“Não recebi visita do ESF, ninguém apareceu na minha casa”. (Núbia, 27 anos).

“Não recebi, achei até esquisito, de não receber, mas fiquei tão empolgada com meu bebê quem nem procurei saber o motivo”. (Rayane, 25 anos).

“Do PSF não foi ninguém, só fui ver minha agente de saúde no dia que fui levar meu bebê para tomar vacinar”. (Sueli, 22 anos).

Segundo PARONI (2022) as visitas realizadas domiciliares é um modo do profissional de saúde estabelecer um vínculo maior com o paciente e entender suas particularidades, já na visita domiciliar puerperal, realizada no período pós-parto, garante um acesso individualizado à saúde da mãe e do recém-nascido. É de grande importância que as profissionais indiquem benefícios, como desenvolvimento da parentalidade, prática de amamentação, detecção e acompanhamento de depressão pós-parto e reduz a mortalidade neonatal e materna.

A assistência humanizada à mulher desde o início da gravidez através das consultas de pré-natal, parto e pós-parto são também feitas e atribuída do enfermeiro. A equipe de é de grande importância que há enfermagem possui papel decisivo já que são os profissionais que estão mais próximos da parturiente. E sempre fundamental que a equipe de enfermagem desenvolva, amparada por

instrumentos pertinentes e educação permanente, um modo de cuidar próprio, caracterizando-o como uma prática autônoma e consciente do seu papel como agente de mudança profissional de enfermagem tem o dever imprescindível na assistência ao parto humanizado, oferecendo informações pertinentes para a parturiente sobre a evolução do parto (FERREIRA *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar humanizado deve estar centrado em uma assistência multiprofissional, tendo como foco principal a garantia do bem-estar da mulher e do recém-nascido, considerando os aspectos sociais, culturais e raciais.

O acolhimento e a atenção oferecida pela equipe de enfermagem são de extrema importância para amenizar o tão temido medo do parto. De um modo geral, o ponto inicial para humanização da assistência é o respeito, considerado o fator determinante para haver uma contemplação do cuidado em todo o ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

ALVES, Tuanne Vieira; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**,[s.l.], v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.

ARAÚJO, Odális Cabral. **Importância do enfermeiro na redução do início tardio da consulta pré-natal**. Orientador: Mestre Jerícia Cristina Lopes Duarte, 2019. 89 f. (Tese, dissertação, monografia) - Universidade Do Mindelo, Escola Superior De Saúde, Mindelo, 2019.

ASSIS, Thaís Rocha *et al.* Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre a atenção materno-infantil?. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, Recife**, v. 13, n. 4, p. 843-853, 2019.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016

BOURGUIGNON, Ana Maria; GRISOTTI, Marcia. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 485-502, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf>. Acesso em: 10.abr.2022

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 08.abr.2022.

CAMPAGNOLI, Michele; DA SILVA, Carolina Proença; RESENDE, Raquel Cristina Prando. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 251, p. 2915-2920, 2019.

COELHO, Damares Dias Rodrigues; SOUZA, Jéssica Loiane Andrade de; TORRES, Maria Madalena de Souza Mattos; DREZETT, Jefferson. Gravidez e maternidade tardia: sentimentos e vivências de mulheres em uma unidade de pré-natal de alto risco em Barreiras, Bahia. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**, Bahia, v. 2, n. 1, p. 01-19, 2017.

CARDOSO, Soraya Lopes *et al.* Ações de promoção para saúde da gestante com ênfase no pré-natal. **Revista interfaces**, Ceará, n. 1 v. 7, 2019, p. 180-186, junho. 2019.

CORVELLO, Carolyn Magno *et al.* A enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa da literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [s.l.], v. 11, n. 3, p. 1-10. 2022.

CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 1433-1443, 2020.

DIAS, Ernandes Gonçalves *et al.* Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

GOMES, Núbia Rafaela Ferreira da Costa *et al.* Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 10, n. 17, p.1- 12,2021.

FÉLIX, Hévyllin *et al.* A percepção de gestantes sobre os diferentes tipos de parto. **Enfermagem Brasil**, [s.l.], v. 17, n. 5, p. 497-503, 2018.

FERREIRA, Ana Filipa Duarte. **Parto sem medo**: projeto para a prevenção da depressão pós-parto. Orientadora: Ana Maria Aguiar Frias. 2020. Relatório de estágio (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) – Escola Superior de São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, 2020.

FERREIRA JÚNIOR, Antonio Rodrigues; ROCHA, Francisca Alanny Araújo; CARNEIRO, Jozianne Magna; FREITAS, Neires Alves. Discurso de mulheres na experiência do parto cesáreo e normal. **Revista Saúde.Com**, [s.l.], v.13, n. 2, p. 855-862, 2017.

FERREIRA, Luiza Mairla. *et al.* Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Revista Cubana de Enfermagem**, [s.l.], n.33, v. 2, p. 1 -11, 2017

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”?: Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pr6t6CkMxPyxhQL9BfCTW4P/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 jun. 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matipo/panorama> Acesso em:08.abr.2022

KPPAUN, Aneline; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, Ribeirão Preto, n.1, v. 29, p. 71-86, jan./abr. 2020.

LIMEIRA, Jhenyff de Barros Remigio *et al.* A Importância da Humanização do Parto Realizada pelos Enfermeiros Obstetras para as Parturientes: **Revisão multidisciplinar e de psicologia**, [s.l.], n.12, v.42, p. 308-321, 2018.

MONTE, Alana Santos. **Morbidade materna grave em uma unidade de terapia intensiva e suas repercussões maternas e perinatais**. Orientadora: Prof. Dr. Ana Kelve de Castro Damasceno. Fortaleza, 2016. 135.fls 2, Tese(doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

MONTEIRO, Maria do Socorro da Silva; BARRO, Marília de Jesus Gomes; SOARES, Priscila Farias Bueno; NUNES, Ronaldo Lima. Importância da assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 51-58, 2020.

MARQUES, Bruna Leticia *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.25, n 1, p.1-8, 2021.

NASCIMENTO, Fernanda Carline; SILVA, Mônica Pereira; VIANA, Magda Rogéria Pereira. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde** [s.l.], v. 4, n. 6887, p. 1-10, 2018.

PADUA, Gabriela Rissonio *et al.* Fatores que influenciam a mulher na escolha de via de parto Factors that influence women in the choice of birth delivery. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.], v. 8, n. 3, p. 16612-16623, 2022.

PARONI, Carolina Giovanna Labinas. A importância da visita domiciliar puerperal na saúde da mãe e do recém-nascido: uma revisão integrativa. **Revista científica saúde e tecnologia**. [s. l.], v. 2, n. 4, p. 1- 10, 2022.

POSSATI, Andrêssa Batista *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-6, 2017.

RIBEIRO, Jakeline Lima; SANTANA, Martin Dharlle Oliveira; SÁ, Jennyfer Soares de; SILVA, Maria Adenilda da. Os desafios da humanização na assistência de enfermagem ao parto normal em um hospital municipal do estado do Tocantins. **Revista Multidebates**, Palmas, v. 3, n. 1, p. 273-286, 2019.

RIBEIRO, Jaime; SOUZA, Dayse Neri de; COSTA, António Pedro. 2016. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2324-2324, 2016.

SILVA, Jeferson Pereira dos Santos. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal**. Orientador: M.Sc. Jefferson Dias Silva Almeida. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário Regional do Brasil, Barreiras, 2021.

SILVA, Amanda Cristina; SANTOS, Karoline Alves; PASSOS, Sandra Godoi. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, [s./], v. 5, n. 10, p. 113-123, 2022.

SILVA, Jaqueline Rodrigues da; BARROS, Thalita Martins; FIGUEREDO, Rogério Carvalho de; SILVA, Leidianny Souza. O pré-natal de mulheres atendidas no serviço público e particular de saúde no interior do Tocantins: Principais características. **Revista Amazônia**, [s./], v. 9, n. 2, p. 60-76, 2021.

SILVA, Ana Carolina Lima *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 19, n. 34, p. 1-11, 2017.

TSUNECHIRO, Maria Alice *et al.* Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 4, p. 781-790, 2018.

TOMASI, Elaine *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 1- 10, 2017.

TRAVANCAS, Luciana Jares, VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 96, p. 1-25, 2020

ANEXO I- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX

SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

CURSO: ENFERMAGEM – 2022/01

TÍTULO DA PESQUISA A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira

PESQUISADORAS: Thalita de Souza Jesuíno e Vanessa Luiza Ribeiro Cota **ORIENTADORA:** Profa Esp. Ana Paula Coelho Marcolino

LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Estado Civil: ()Solteiro(a) ()Casado(a) ()Viúvo(a) ()Divorciado(a)
4. Escolaridade: _____
5. Possui alguma religião? () Não () Sim. Se sim, qual? _____
6. Atividade laboral: _____
7. Filhos _____
8. Renda familiar mensal (em real): _____
9. Realizou pré-natal?
10. Nº de consultas realizadas: _____
11. Apresentou sinais de gravidez de risco?
12. Teve parto normal ou cesáreo?

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –

Adaptado do questionário de Monte (2013).

DADOS RELACIONADOS AO PARTO

1. Como foi a assistência de enfermagem durante a realização de seu pré-natal?
2. Considera que foi bem orientada durante o pré-natal?
3. Recebeu orientações sobre os tipos de parto e suas vantagens e desvantagens?
4. O que você sabe sobre o parto humanizado?
5. Recebeu orientações sobre o aleitamento materno? Em qual momento?
6. Teve parto normal ou cesárea? Foi a sua opção de escolha?
7. Em que local foi realizado seu parto?
8. Como você descreveria o ambiente onde foi realizado o parto?
9. Você teve a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto?
10. Foi informada sobre os procedimentos que seriam realizados em seu corpo durante o parto?
11. Foi oferecido a você pela equipe de enfermagem algum método não farmacológico para dor?
12. Sua autonomia foi respeitada durante o trabalho de parto?
13. Sentiu que podia expressar abertamente minhas preocupações, medos e opiniões?
14. Seus desejos foram respeitados pela equipe de enfermagem?
15. Como foi a assistência de enfermagem recebida por você durante o parto?
16. Após o parto, recebeu visita da equipe da estratégia saúde da família (ESF)?
17. Como classificaria o acolhimento recebido pela equipe de enfermagem e os demais profissionais?
18. Como foi sua experiência acerca dessa internação para o parto de seu bebê?

ANEXO II- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MAIORES DE IDADE

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX

SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira” pretendemos com essa pesquisa compreender as experiências vivenciadas por mulheres durante o processo do parto. O estudo proposto justifica-se em garantir à mulher na gestação, parto e resguardo, assistência humanizada, que inclui o acolhimento, escuta ativa, orientações e criação de vínculo e compreende a necessidade de uma nova perspectiva, entendendo o parto como uma experiência verdadeiramente humana.

Com este estudo pretende-se contribuir para refletir sobre o cuidado fornecido à gestante, conduzido a partir da perspectiva da humanização e, servir de auxílio para que outros profissionais de saúde e os próprios gestores sejam estimulados em relação às mudanças necessárias no cenário da gestação para promover a sua humanização.

A amostra da pesquisa será constituída por 15 entrevistadas, com precedente de gestação, parto ou aborto, na faixa etária de 18 a 40 anos. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados através de entrevista com perguntas anotadas e levantamento sócio demográfico para caracterização dos participantes. A discussão dos dados se dará mediante as questões que surgirem da coleta, utilizaremos nomes fictícios para caracterizar as entrevistadas e assim resguardar sua imagem. A entrevista será gravada através de um aplicativo de gravador de áudio para *smartphone*, e terá duração de 30 a 40 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em causar constrangimentos mediante aos questionamentos elencados na entrevista, quebra de anonimato, quebra de sigilo e extravio das informações. Nessas situações preservaremos as participantes, garantindo local reservado e liberdade para responder apenas quando se sentirem confortáveis, e que tem plena liberdade para desistir temporariamente ou definitivamente da pesquisa. Limitação ao acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Os dados das participantes da pesquisa são confidenciais e serão encaminhados a terceiros somente após a devida modificação das informações que possa identificar uma pessoa. Os mesmos serão minimizados a partir de uma entrevista-piloto com 3 indivíduos não participantes da pesquisa, a fim de identificar possíveis potenciais de constrangimentos e minimizá-los. Com este estudo, acreditamos contribuir na implantação de serviços de atenção ao parto que privilegiem condutas menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de propiciar vivências positivas e enriquecedoras para mulher.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, a Sra. terá assegurado o direito à indenização. A Sra. tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, que será assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo pesquisador, e rubricada em todas as páginas por ambos, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a Sra.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos. A Sra. não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

As participantes serão informadas dos objetivos do estudo no momento do convite à participar e antes da realização das entrevistas e a sua participação, será concretizada mediante a assinatura do TCLE e, assinatura do termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos.

Este estudo seguirá todas as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhe o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução CNS nº 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Será concretizada mediante a assinatura do TCLE e do Termo de Sigilo e Confidencialidade de Dados pelos pesquisadores.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO: PERCEPÇÃO DE MULHERES DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador : Ana Paula Coelho Marcolino

Endereço: Rua Miguel Monteiro

Telefone: (031) 98308-5828

Email: anapawlamarcolino@outlook.com

Nome do Pesquisador : Vanessa Luiza Ribeiro Cota

Endereço: Córrego Pão Açúcar - Abre Campo
Telefone: (031) 99773-4668
E-mail: vanessaribeiro335@yahoo.com.br

Nome do Pesquisador : Thalita de Souza Jesuíno
Endereço: Rua Manoel Máximo Barbosa - Raul Soares
Telefone: (033) 99829-3049
E-mail: thalitasouzavidal@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar o CEP-UNIVÉRTIX:

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213
E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de agosto de 2022.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de entrevistada no projeto de pesquisa intitulado “A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira” sob de responsabilidade de Ana Paula Coelho Marcolino, vinculada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Vértice - UNIVÉRTIX.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura da participante

Ana Paula Coelho Marcolino

Vanessa Luiza Ribeiro Cota

Thalita de Souza Jesuíno

Matipó ____ de agosto de 2022

ANEXO IV –AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

ANEXO IV –AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATIPÓ
Estado de Minas Gerais

Eu, Luisa Galdino Gardingo, na qualidade de Secretária de Saúde do Município de Matipó - MG, autorizo o acesso aos dados dos usuários do serviço desta instituição mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para realização da pesquisa intitulada "A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira, a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Paula Coelho Marcolino, Thalita de Souza Jesuíno e Vanessa Luiza Ribeiro Cota.

Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Matipó, 19 maio de 2022

Luisa G. Gardingo
Secretária Municipal de
Saúde de Matipó - MG
CPF: 105.481.116-11

Secretária de Saúde

ANEXO V- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

1. Dados do projeto e do grupo de pesquisa:

- a) Título do Projeto: A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira.
- b) Campus Matipó. Faculdade Vértice – Univértix/Enfermagem
- c) Pesquisador Responsável: Ana Paula Coelho Marcolino

Nome completo dos membros da equipe de pesquisa	RG	CPF
Ana Paula Coelho Marcolino	11.471.486	047.998.676-28
Thalita de Souza Jesuíno	20.396.952	093.503.416-11
Vanessa Luiza Ribeiro Cota	19.733.148	132.329.696-40

2. Descrição detalhada dos Dados Consultados

A coleta dos dados ocorrerá exclusivamente após a aprovação do projeto de pesquisa "A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira" pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UNIVÉRTIX). O objeto dessa coleta será pesquisar mulheres entre 18 e 40 anos de idade com precedente de gestação, parto ou aborto.

Os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados exclusivamente para o projeto aqui citado e em caso de dúvidas, reclamações e demais informações sobre a pesquisa e/ou os aspectos éticos, o pesquisador responsável Ana Paula Coelho Marcolino, residente a Rua Miguel Monteiro, nº 142, Bairro Centro, Telefone: (031) 98308-5828, Email: anapawlamarcolino@outlook.com; e o CEP/UNIVÉRTIX poderão ser consultados. O CEP é situado à Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05, Telefone: (31) 3873-2199, ramal 224. E-mail: cep.univertix@faculdadevertice.com.br.


3. Declaração de responsabilidade dos pesquisadores

De acordo com a legislação ética brasileira vigente, preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466/12, e suas complementares, o grupo de pesquisadores participantes do projeto "A humanização da assistência de enfermagem ao parto: percepção de mulheres de um município da Zona da Mata Mineira" se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, mantendo-os nos arquivos originais do banco de dados ou da instituição de coleta, além da privacidade de seus conteúdos.

Nós declaramos a manutenção da integridade das informações, garantimos a confidencialidade dos dados, como também a privacidade dos indivíduos dos quais as informações serão acessadas e estarão sob nossa responsabilidade. Complementarmente, nos comprometemos a não repassar os dados coletados, o banco de dados em sua íntegra, ou parcialmente, ou qualquer outra informação relacionada, a pessoas que não componham a nossa equipe de pesquisa, aqui descrita. Ressaltamos ainda, que os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados apenas no projeto relacionado e citado neste documento. Caso outro uso seja necessário, um novo projeto de pesquisa será submetido à apreciação do CEP.

Este Termo de Consentimento de Uso de Banco está assinado por todos nós, frente à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos aos quais os dados pertencem e para garantir a manutenção dos direitos dos participantes.

Matipó, 29 de julho de 2022.

Nome completo dos membros da equipe de pesquisa	Assinatura
Ana Paula Coelho Marcolino	
Thalita de Souza Jesuíno	Thalita de Souza Jesuíno
Vanessa Luiza Ribeiro Cota	Vanessa Luiza Ribeiro

4. Autorização de coleta de dados

A Instituição de Saúde, PSF Boa Vista, representada pela Enfermeira Romila Carine Mendes e Costa, declara para os fins necessários, que será cedido aos pesquisadores listados neste Termo de Compromisso de Utilização de Dados,

o acesso aos dados que foram solicitados para uso exclusivo na referente pesquisa.

Os dados coletados são especificados por: Ficha B-GES, refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, será pesquisado mulheres entre 18 e 40 anos de idade com precedente de gestação, parto ou aborto. Quaisquer dados diferentes dos anteriormente mencionados não poderão ser consultados, obtidos e/ou divulgados.

A presente autorização está vinculada aos previstos na legislação ética vigente, principalmente apresentada pela Resolução 466/12, sendo condicionada ao compromisso do (a) pesquisador (a) em manter os pressupostos éticos, utilizando os dados exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes e/ou das comunidades.

A condição prévia para o início da pesquisa e a coleta de dados arquivados nessa instituição, relaciona-se com a apresentação da Anuência do CEP, por meio do Parecer Consubstanciado aprovado.

Matipó, 29 de julho de 2022



Romila Carine M. Costa
CORFAM-MG
103567

Romila Carine Mendes e Costa

ANEXO VI- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu **Ana Paula Coelho Marcolino**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO: PERCEPÇÃO DE MULHERES DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Ana Paula Coelho Marcolino
Telefone: (031) 98308-5828
Email: anapawlamarcolino@outlook.com

Vanessa Luiza Ribeiro Cota
Telefone: (031) 99871-4288
E-mail: vanessaribeiro335@yahoo.com.br

Thalita de Souza Jesuíno

Thalita de Souza Jesuíno
Telefone: (033) 998293049
E-mail: thalitasouzavidal@gmail.com

Matipó, 29 de julho de 2022

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 224
E-mail: cep.univertix@faculdadevertice.com.br

AValiação DO AUTOCUIDADO EM PACIENTES ADULTOS DIABÉTICOS INSULINODEPENDENTES CADASTRADOS EM UMA ESF NA ZONA DA MATA MINEIRA

Acadêmicas: Liandra da Silva Ribeiro e Thais Marcondes Stoppa de Paiva

Orientadora: Prof. M.sc. Marcella Ferroni Gouveia

Linha de pesquisa: Linha de pesquisa 1, cuidado de enfermagem

RESUMO

Atualmente, a saúde pública mundial possui um enorme problema referente à Diabetes *Mellitus* (DM), uma doença crônico-metabólica, doença de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina realizar adequadamente sua função, resultando no aumento da glicemia circulante. Esta pesquisa teve por objetivo avaliar as ações de autocuidado em pacientes adultos diabéticos que utilizam insulina adscritos a uma Estratégia da Saúde da Família localizada na Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, para a avaliação do autocuidado do paciente foi utilizado um questionário validado e adaptado por Michels *et al.* (2010) para língua portuguesa, intitulado Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD). Nesta investigação, 80% dos entrevistados eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Ao analisar as repostas ao questionário averiguamos os seguintes resultados: 90% dos participantes relataram não ter o hábito da prática de atividade física, 40% seguiram recomendações alimentares para o controle da doença, 70% não realizam o monitoramento dos índices glicêmicos recomendado pelo médico ou enfermeiro e 80% relatou seguir corretamente a prescrição médica. No presente estudo foi possível evidenciar que o autocuidado realizado pelos portadores de diabetes insulino-dependentes foi insatisfatório, enfatizando a importância do enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, promover programas de saúde e educação com enfoque no autocuidado. Além disso, destaca-se a necessidade de realização de visitas domiciliares, a fim de observar e avaliar se esse autocuidado está sendo realizado de modo correto.

PALAVRA-CHAVE: Diabetes *Mellitus*; Autocuidado; Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a saúde pública mundial possui um enorme problema referente à Diabetes *Mellitus* (DM), uma doença crônico-metabólica, de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina realizar adequadamente sua função, resultando no aumento da glicemia circulante. Desse modo, existe a necessidade de intervenção objetiva para evitar o agravamento da DM (SALES; RIBEIRO; CHEFFER; MELLO, 2019).

O Diabetes *Mellitus* (DM), dentre as doenças crônicas não transmissíveis, possui alta prevalência e grande impacto nos indicadores de morbimortalidade na esfera nacional e mundial. Estima-se que a população mundial com DM seja em torno de 387 milhões de pessoas, com projeção de 471 milhões de pessoas acometidas no ano 2035. (MARQUES, 2019).

O Brasil ocupa a quarta posição entre os países com maior número de indivíduos vivendo com DM, cerca de 14,3 milhões. O DM faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo responsável pela primeira causa de mortalidade no país, com 61,85% do total de óbitos no ano de 2015. (BORGES; LACERDA, 2018).

Ações educativas voltadas ao autocuidado são desenvolvidas, em geral, pela equipe da atenção primária e têm como meta fazer com que as populações aprendam em profundidade sobre suas condições crônicas de saúde, para gerenciá-las com mais cuidado. O enfermeiro é um dos profissionais da saúde que abrange bons rendimentos, como simplificador destas ações educativas, com finalidade de desenvolver o autocuidado. (MARQUES, 2019).

Diversas recomendações devem ser asseguradas aos pacientes diabéticos, uma delas é a necessidade do acompanhamento da equipe multiprofissional para assegurar-lhes condições adequadas e conhecimentos necessários, visando a motivação do autocuidado, para que melhorem a adesão aos programas educacionais da saúde (FERRAZ *et al.*, 2009).

O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional, assume o desafio de fazer assistência aos indivíduos, família e comunidade, por meio do cuidado direto ou indireto. Compete a ele elaborar o cuidado em interação com esses pacientes, incentivando na percepção da necessidade de aceitar mudanças no estilo de vida. Desse modo, podem colaborar para a aprovação deles ao controle glicêmico. (ARAÚJO., *et.al* 2018).

Vale ressaltar o primordial papel do enfermeiro no processo de incentivo às atividades de autocuidado, pois pertence a ele discernir os comportamentos notáveis na execução dessa função, falar acerca de as necessidades do indivíduo em relação a sua doença crônica e apresentar, juntamente com ele, um programa de cuidados guiado em prevalências definidas por meio de conversação real entre indivíduo e profissional. (TESTON; SALES; MARCON, 2017).

Ainda há escassez de dados na literatura, acerca do conhecimento e dos hábitos de autocuidado em pacientes diabéticos insulínodpendentes, em regiões do interior de Minas Gerais.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo, avaliar as ações de autocuidado em pacientes adultos diabéticos que utilizam insulina adscritos a uma Estratégia da Saúde da Família localizada na Zona da Mata Mineira.

Pesquisas como esta permitem identificar o autocuidado dos pacientes e intervir nas suas reais necessidades de cuidado e informação em saúde, de forma individualizada, objetivando a necessidade de saúde de cada usuário.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O diabetes *mellitus* (DM) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a qual ocorre mundialmente, sendo a quarta principal causa de óbito no mundo (DUNCAN *et al.*, 2017). As complicações crônicas do DM são as principais causas de morbimortalidade associadas à doença, acarretando disfunções em diversos órgãos, como doenças cardiovasculares, neuropatia, nefropatia, delimitação da acuidade visual e cegueira. Essas complicações, possuem grande repercussão socioeconômica pelo comprometimento da produtividade, da qualidade de vida e da sobrevivência dos diabéticos (DUNCAN *et al.*, 2017).

Pré-diabetes é uma palavra usada para definir um estado em que os níveis glicêmicos de um indivíduo não caracterizam Diabetes *Mellitus* (DM), porém, não se apresentam normais. Não caracteriza a “doença em si”, mas um momento de grande risco para o desenvolvimento de DM e/ou doença cardiovascular (DCV). Portanto, pré-diabetes é considerada uma condição intermediária, sendo possível a sua estabilização junto à adesão de um estilo de vida saudável, como controle alimentar, redução/manutenção do peso e atividade física regular. Desse modo, sua detecção precoce pode proporcionar alerta para a identificação de indivíduos de risco elevado, elegíveis para estratégias preventivas mais rígidas, produzindo oportunidades de controle adequado.

De acordo com a Associação Americana de Diabetes (ADA), caracterizada a condição de ‘pré-diabetes, recomenda seu rastreamento em pessoas assintomáticas, quando houver fatores de risco associados, tais como obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. A classificação de pré-diabetes é apontada quando a glicemia em jejum está entre 100 e 126 mg/dL ou tolerância à glicose

diminuída com valores 2h após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) entre 140-199 mg/dL (intolerância oral à glicose), ou valores de hemoglobina glicada (HbA1c) entre 5,7 e 6,4% (MOURA, 2021).

Uma das formas da instalação da doença é o diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), sendo considerado um distúrbio metabólico caracterizado por aumento da glicemia (hiperglicemia) crônica devido a diminuição da secreção de insulina. Ela surge quando o organismo não consegue controlar a quantidade de glicose no sangue, isso ocorre devido ao fato de o organismo não conseguir produzir insulina suficiente para metabolizar o açúcar no sangue. A insulina é reconhecida como um hormônio que ajuda a glicose a entrar nas células para obter energia. Sem a insulina, a glicose circulante no sangue aumenta, esse aumento da glicemia, ao longo do tempo, gera graves danos a muitos órgãos e sistemas, especialmente nervos e vasos sanguíneos (OMS, 2021)

Após a inserção do DM2, o paciente precisa adotar o tratamento que, muitas das vezes, inclui mudança do estilo de vida, englobando alimentação saudável, prática de exercícios físicos, acompanhamento da glicemia, monitoramento da integridade e função dos pés, uso de medicamentos e suspensão do tabagismo. Essas medidas são fundamentais para a prevenção das complicações (MAGRI *et al*, 2020).

Além de apresentar impactos fisiológicos, essa doença incide também sobre os aspectos psicológicos, quando em condição não controlada da doença, e pode trazer danos à saúde emocional das pessoas que lidam com a cronicidade no dia a dia, resultando na diminuição das práticas de autocuidado (CHEW *et al.*, 2017).

O diagnóstico de uma doença crônica causa mudanças fundamentais na vida de seus portadores. Diversas vezes acontece a rejeição do entendimento por parte dos pacientes sobre as suas doenças, relacionada primordialmente à falta de conhecimento das complicações tardias, dificultando assim, a adaptação dessas pessoas ao tratamento e à mudança do seu estilo de vida (MAGRI *et al*, 2020).

No entanto, torna-se necessária a produção de técnicas de estímulos e treinamentos para a promoção do autocuidado nos pacientes com DM2, e que essas medidas ofereçam mudanças concretas de comportamento dos pacientes, com finalidade de proporcionar a eles autonomia do cuidado em relação à sua doença (MOURA, 2021).

O enfermeiro atende diversas faixas etárias, uma diversidade de morbidades e condições crônicas, como é o caso do DM, onde o profissional, deve, todavia, estar atento ao desenvolvimento de uma prestação de cuidado holística, a fim de garantir a redução das complicações dessa doença e alcançar o protagonismo da pessoa em sua reabilitação. O desenvolvimento de estudos e criação de estratégias, com o intuito de orientar a população a respeito do DM e promoção do autocuidado, é de suma importância para o controle e/ou prevenção das possíveis complicações em caso de descontrole (ALENCAR *et al.* 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa do tipo transversal. Segundo Gil (2022) a pesquisa descritiva é definida como um procedimento racional e sistemático que tem por objetivo fornecer respostas aos problemas que são propostos.

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia da Saúde da Família, localizada em município do interior de Minas Gerais. O município pertence a Zona da Mata Mineira. De acordo com os dados do (IBGE) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, referentes ao ano de 2021, o município é composto por uma população de 19.098 pessoas. A rede de saúde do município é composta por 8 Estratégias da Saúde da Família, uma Policlínica, um hospital de Pequeno Porte e redes de atenção Psicossocial (IBGE, 2021).

A amostragem abrangeu todos os pacientes cadastrados na ESF, seguindo os seguintes critérios de inclusão: pacientes vinculados à Estratégia da Saúde da Família do bairro escolhido, que possuíssem idade acima de 18 anos e o diagnóstico da Diabetes *Mellitus* e utilizassem insulina. Foram excluídos deste estudo pacientes que não sejam vinculados à Estratégia da Saúde da Família pesquisada, menores de 18 anos, pessoas que não possuem o diagnóstico da patologia Diabetes, não usuários de insulina. A coleta dos dados ocorreu em outubro de 2022, através de visitas domiciliares.

Para a avaliação do autocuidado do paciente foi utilizado um questionário validado e adaptado por Michels *et al.* (2010) para língua portuguesa, denominado Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), em sua versão original, ou seja, na língua inglesa ele é intitulado: *Questionnaire of Diabetes Self-Care Activities*. O QAD possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do

autocuidado com o diabetes: “alimentação geral” (com dois itens), “alimentação específica” (três itens), “atividade física” (dois itens), “monitoramento da glicemia” (dois itens), “cuidado com os pés” (três itens) e “uso da medicação” (três itens, utilizados de acordo com o esquema medicamentoso).

Além disso, possuem outros três itens para a avaliação do tabagismo. Quando avaliados com o questionário, os pacientes relatam a frequência em que eles realizaram as atividades ou os comportamentos nos sete dias anteriores. As respostas variam de 0 a 7, com os escores indicando as performances das atividades de autocuidado. O acesso aos pacientes aconteceu por meio de visitas domiciliares, acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Para a análise dos dados, será realizado a dupla digitação dos dados no programa *Microsoft® Office Excel* versão 2010 e em seguida realizada a análise descritiva, utilizando média, mediana e frequência.

Este estudo seguiu as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e a autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo, bem como submissão para autorização do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário, no qual poderá sentir-se constrangido (a) frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas às perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte deste estudo o total de dez pacientes. Os dados socioeconômicos foram organizados na Tabela 1.

Tabela 1- Dados de caracterização sociodemográfica de pacientes portadores de Diabetes *Mellitus* que utilizam insulina, Zona da Mata Mineira. 2022

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	80
Masculino	20
Idade (anos)	
de 30 a 50	10
de 50 a 70	80
>70	10
Cor	
Branco	30
Preto	40
Pardo	60
Escolaridade	

Não sabe ler nem escrever	10
Ensino fund. Incompleto	70
Ensino fund. Completo	10
Ensino superior completo	10
Ocupação	
Aposentado ou pensionista	60
Do lar	10
Outras	30
Renda familiar	
Até 1 salário	60
Entre 1 e 2 salários	30
Entre 2 e 4 salários	10
Mora com quem	
Somente eu	10
Cônjuge	30
Cônjuge e filhos	30
Filho	20
Outro	10

Fonte: Elaborado pelos autores

Nesta pesquisa, 80% dos entrevistados eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. De acordo com o estudo de Costa-Junior *et al.*, (2016), a investigação, cujo objetivo foi averiguar as questões de gênero e a busca aos serviços de saúde, evidenciou que, nas mulheres o predomínio da faixa etária de portadores de diabetes *mellitus* insulino dependente é de pacientes acima de 50 anos (90%). Segundo Kosak, J. M *et.al* (2022) em sua pesquisa, a idade média obtida foi de pacientes entre 62 a 70 anos de idade, deste modo, observou-se que a maioria dos participantes eram idosos, com a média de idade descrita acima. Essa média encontrada condiz com o fato de que boa parte dos casos da doença se manifestam após os 40 anos, bem como ocorre o diagnóstico tardio da doença. No Brasil, nota-se um processo de transição demográfica e epidemiológica, levando ao aumento do número de idosos acometidos. (Assunção, 2007). Diversos fatores de risco para DM são apontados na literatura, por exemplo: sedentarismo, obesidade, entre outros; os quais tornaram-se os grandes responsáveis pelo aumento da incidência da doença, Aviz GB *et al.* (2021).

Na tabela 1 também é retrata a cor dos pacientes que responderam ao questionário, a saber: 30% branca, 30% parda e 40% preta. Da amostra avaliada 10% dos abordados relataram que moram sozinhos, 30% com o cônjuge, 30% com cônjuge e filhos, apenas com filho 20% e 10% responderam que moram com outros. Entre os que moram com cônjuge, apenas um (1) relatou que reside com netos. Dos que moram com cônjuge e filhos, um (1) afirmou que os netos residem com eles. Sobre os que residem com filhos, um (1) relatou que os netos moram na mesma casa.

A maioria revelou ser aposentado ou pensionista (60%), do lar (10%) e outras ocupações (30%).

De acordo com as variáveis clínicas, (Tabela 2) o tempo médio de diagnóstico de DM foi dentre 0 a mais de 16 anos com o diagnóstico. A distribuição do tempo de insulinoterapia, entre os participantes, foi igual a cinco anos (20%), variando entre 07 meses (10%), 3 anos (20%), 2 anos (20%), 15 anos (10%); sendo que, ao menos 20% dos pacientes utilizavam insulina há vinte anos. Quanto às aplicações diárias de insulina, observaram-se aplicações que variam de 1 (uma) a 3 (três) vezes ao dia.

Quanto ao nível de escolaridade, foram observados valores numericamente maiores com ensino fundamental incompleto e apenas 10% com ensino médio completo. Com relação à renda, foram encontrados entre os pacientes valores numericamente correspondentes a um, dois e quatro salários-mínimos.

Kosak, J. M *et.al* (2022) realizou um estudo de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Guarapuava, Paraná (PR), Brasil, entre os meses de outubro e dezembro de 2019; no qual o percentual do sexo feminino era 50% e 50% do masculino, porém a investigação contou com 80% a população feminina participante e apenas 20% de participação masculina.

Da população em pesquisa, 100 % relatou ser portador DM tipo 2, destes casos, 50% da amostra possui mais de 16 anos e porta a comorbidade supracitada acima. Quanto à coexistência de HAS, 9 pacientes (90%) também apresentaram HAS.

Tabela 2- Variáveis clínicas de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que utilizam insulina, Zona da Mata Mineira, 2022

Variável	N (%)
Tipo de Diabetes	
Tipo 1	0
Tipo 2	100
Tempo da doença (anos)	
de 0-5 anos	20
de 06-10 anos	20
de 11-15 anos	10
>16 anos	50
Comorbidades	
Hipertensão	90
Dislipdemia	20
Doenças do coração	10
Fatores de Risco	
Antecedentes familiares cardiovascular	20
Tabagismo	10

1.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS SEGUIU UMA DIETA SAUDÁVEL?	40%	0%	10%	10%	0%	0%	10%	30%
-----------------------------------------------------------------	-----	----	-----	-----	----	----	-----	-----

1.1 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTOS DIAS POR SEMANA, EM MÉDIA, SEGUIU A ORIENTAÇÃO ALIMENTAR, DADA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE (MÉDICO, ENFERMEIRO, NUTRICIONISTA)?	20%	0%	10%	20%	0%	0%	10%	40%
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	-----	-----	----	----	-----	-----

2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA

2.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS COMEU CINCO OU MAIS PORÇÕES DE FRUTAS E/OU VEGETAIS?	20%	20%	0%	0%	0%	0%	10%	50%
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	----	----	----	----	-----	-----

2.2 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS COMEU ALIMENTOS RICOS EM GORDURA, COMO CARNES VERMELHAS OU ALIMENTOS COM LEITE INTEGRAL OU DERIVADOS?	10%	0%	0%	20%	10%	0%	0%	60%
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	-----	-----	----	----	-----

2.3 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS COMEU DOCES?	80%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	10%
---------------------------------------------------	-----	----	-----	----	----	----	----	-----

3. ATIVIDADE FÍSICA

3.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS REALIZOU ATIVIDADE FÍSICA DURANTE PELO MENOS 30 MINUTOS (MINUTOS TOTAIS DE ATIVIDADE CONTÍNUA, INCLUSIVE ANDAR)?	90%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	----	----	-----

3.2 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS PRATICOU ALGUM TIPO DE EXERCÍCIO FÍSICO ESPECÍFICO (NADAR, CAMINHAR, ANDAR DE BICICLETA), SEM INCLUIR SUAS ATIVIDADES EM CASA OU EM SEU	80%	10%	0%	0%	0%	10%	0%	0%
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	----	----	----	-----	----	----

TRABALHO?

4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA

4.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS AVALIOU O AÇÚCAR NO SANGUE?	50%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	40%
------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	----	-----	-----

4.2 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS AVALIOU O AÇÚCAR NO SANGUE O NÚMERO DE VEZES RECOMENDADO PELO MÉDICO OU ENFERMEIRO?	70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	----	----	-----

5. CUIDADOS COM OS PÉS

5.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS EXAMINOU OS SEUS PÉS?	60%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	40%
------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	----	----	-----

5.2 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS EXAMINOU DENTRO DOS SAPATOS ANTES DE CALÇÁ-LOS?	80%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%
--------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	----	----	-----

5.3 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS SECOU OS ESPAÇOS ENTRE OS DEDOS DOS PÉS DEPOIS DE LAVÁ-LOS?	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	------

6. MEDICAÇÃO

6.1 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS TOMOU SEUS MEDICAMENTOS DO DIABETES, CONFORME FOI RECOMENDADO? OU (SE INSULINA E COMPRIMIDOS):	10%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	80%
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	-----	----	-----

6.2 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS TOMOU SUAS INJEÇÕES DE INSULINA, CONFORME FOI RECOMENDADO?	20%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	70%
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	-----	----	----	-----

6.3 EM QUANTOS DOS ÚLTIMOS SETE DIAS TOMOU O NÚMERO INDICADO DE COMPRIMIDOS DO DIABETES?	10%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	80%
------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----	----	----	----	-----	----	-----

7. TABAGISMO	%	Nº DE CIGARROS
7.1 VOCÊ FUMOU UM CIGARRO – AINDA QUE SÓ UMA TRAGADA – DURANTE OS ÚLTIMOS SETE DIAS?		
SIM	10%	
NÃO	90%	
7.2 SE SIM, QUANTOS CIGARROS FUMA, HABITUALMENTE, NUM DIA? NÚMERO DE CIGARROS:		10 A 15
7.3 QUANDO FUMOU O SEU ÚLTIMO CIGARRO?	60%	
NUNCA FUMOU		
HÁ MAIS DE DOIS ANOS ATRÁS	30%	
UM A DOIS ANOS ATRÁS	0%	
QUATRO A DOZE MESES ATRÁS	0%	
UM A TRÊS MESES ATRÁS	0%	
NO ÚLTIMO MÊS	0%	
HOJE	10%	

Fonte: Elaborado pelos autores

Como pode ser evidenciado neste estudo, 90% dos participantes não têm práticas de atividades físicas, essa informação é considerada fator-chave para que os pacientes possam participar ativamente nas decisões acerca da sua saúde. No estudo de Gomes et al., (2020), cujo objetivo foi relacionar o exercício físico com a redução da resistência à insulina em indivíduos diabéticos tipo 2, conclui-se que exercícios físicos, por principalmente promoverem o aumento da sensibilidade à insulina, configuram-se como aliado indispensável ao tratamento de indivíduos portadores de DM2.

Em relação aos cuidados com os pés, neste estudo a grande maioria dos participantes (60%) relataram não examinar seus pés aos longos dos últimos sete dias. Na pesquisa realizada por Fernandes et al., (2020), cujo objetivo foi avaliar a prevalência e os fatores associados às ações de prevenção das úlceras dos pés em pacientes diabéticos no Brasil, os dados analisados evidenciam que, a adesão dos profissionais na orientação para a prevenção de úlceras diabéticas é considerada precária, com as menores prevalências de realização do cuidado nos grupos mais vulneráveis, tal resultado vai ao encontro com dos resultados obtidos neste estudo.

Já em relação a adesão medicamentosa, neste estudo 80% da amostra relata utilizar de forma adequada os medicamentos relacionados à diabetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vale ressaltar que o Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível, considerada como um problema de saúde pública, devido às inúmeras complicações que ela pode ocasionar e pelos impactos que é capaz de causar na sociedade. Podendo ser desencadeada por fatores de risco, como sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipertensão entre outros.

No presente estudo foi possível evidenciar que o autocuidado realizado pelos portadores de diabetes insulino dependentes, apesar de alguns quesitos terem sido contemplados como adequados, houve também a obtenção de resultados insatisfatórios, deste modo, pode-se classificar como insuficiente o autocuidado prestado pelos participantes desta investigação.

Portanto, é primordial que o enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, promova programas de saúde e educação com enfoque no autocuidado, além disso, é mister a necessidade de realização de visitas domiciliares, a fim de observar e avaliar se esse autocuidado está sendo realizado

de modo correto. Mediante ao exposto neste estudo, constata-se que o autocuidado é essencial para pacientes com diabetes mellitus, pois esse controle tem o poder de ofertar uma qualidade de vida melhor ao paciente, além de diminuir os impactos da doença e reduzir as complicações provenientes dela.

REFERÊNCIAS

AVIZ, Gabriele Barros et al. Avaliação da qualidade de vida e perfil socioeconômico em diabéticos insulino dependentes. **J. Health NPEPS**, [s.l.], p. 47-61, 2021.

ALENCAR, Lara Pereira Leite et al. Atuação do profissional enfermeiro no cuidado a pacientes com Diabetes Mellitus: reflexões à luz da teoria do cuidado humano. **Revista Saúde. com**, [s.l.], v. 17, n. 3, 2021.

BERTONHI, Laura Gonçalves. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, [s.l.], v.2, n.2, p.1-10, 2018.

COSTA-JÚNIOR, F.M. et al. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.) (23) • Ago 2016

CHEW, Boon-How et al. The effectiveness of a value-based EMOTion-cognition-Focused educational programme to reduce diabetes-related distress in Malay adults with Type 2 diabetes (VEMOFIT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. **BMC endocrine disorders**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. 1-13, 2017.

DE OLIVEIRA, Lucas Irineu Medeiros et al. Avaliação das complicações em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 atendidos em uma clínica particular especializada e ambulatório público de Joinville-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Joinville, v. 50, n. 1, p. 02-12, 2021.

FERRARI, Filipe et al. Exercício físico no diabetes mellitus tipo 1: quais as evidências para uma melhor prescrição? **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 38-50, 2019.

FERNANDES, F.C. et al. O cuidado com os pés e a prevenção da úlcera em pacientes diabéticos no Brasil. **Cad. saúde colet.** 28 (2) • Apr-Jun 2020

GOMES, J.G.F. et al. Physical exercise and reduced insulin resistance in individuals with type 2 Diabetes Mellitus: a literature review. **Research, Society and Development**, 9(7): 2020.

ISER, Betine Pinto Moehlecke et al. Prevalência de pré-diabetes e hiperglicemia intermediária em adultos e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, p. 531-540, 2021.

MAGRI, Suelen et al. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 2, 2020.

MOURA, Fábio. **Pré-diabetes: combatendo a inércia terapêutica**. Disponível em: <https://s3.sa-east-1.amazonaws.com/web.diacordis.com.br/wp-content/uploads/2021/10/14105301/libbs-interativo-stanglit-5-mai24.pdf> Acesso em: 25.mai.2022.

NUNES, J. Silva. Fisiopatologia da diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2. **Portugal P, editor**, v. 100, p. 8-12, 2018.

SALIN, Adriane Bonotto et al. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho-RO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Porto Velho, n. 33, p. e1257-e1257, 2019.

SILVA, Lílian Caroline de Souza et al. Cintura hipertrigliceridêmica e fatores associados em crianças e adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. **Revista Paulista de Pediatria**, Pernambuco, v. 38, 2020.

REIS, Mariana Gonçalves Viana; VIVAN, Rosália Hernandes Fernandes; DE ALMEIDA GUALTIERI, Karina. Diabetes mellitus gestacional: aspectos fisiopatológicos materno-fetais. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [s.l.], v. 35, n. 69, p. 32-45, 2019.

KOSAK, Josieli Maria et al. Estado nutricional e avaliação do autocuidado no diabetes: análise de grupo com insulín dependentes. **Revista Saúde.com**, [s.l.], v. 18, n. 1, 2022.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA RAIVA HUMANA NO BRASIL ENTRE 2002 E 2022

Acadêmicos: Diogo de Souza Pereira Gomes e Kevylem Ynae Miranda Cotta

Orientadora: Renata Aparecida Fontes

Linha de pesquisa: Linha de pesquisa 1: cuidado em enfermagem; enfermagem, saúde coletiva e epidemiológica

RESUMO

A raiva humana é uma doença infecciosa aguda que compromete o sistema nervoso central, caso não tenha assistência imediata pode levar a óbito. É um estudo de abordagem descritiva, onde foram avaliados o ano de notificação, UF/ Região e espécie animal de transmissão. Para análise de dados foi utilizado o DATASUS. O objetivo é caracterizar os aspectos epidemiológicos de raiva humana no Brasil, em um período de 2002 a 2022. A raiva humana tem como principais transmissores, o cão e o morcego. No período de 2002 a 2022, foram registrados 160 casos de raiva até dia 13 de junho de 2022, sendo que no ano de 2014 não houve casos. Dentre as regiões estudadas, o Nordeste foi a região que mais teve números de casos com 50,6%. Atualmente, são recomendadas duas possíveis medidas profiláticas, a de pré-exposição e a de pós-exposição, acompanhada ou não da utilização de soro. A vacinação anual de cães e gatos ainda é a maneira mais eficaz de prevenir a raiva nesses animais, e por consequência, nos seres humanos. É notória a importância do conhecimento sobre o perfil epidemiológico da raiva humana no Brasil, dessa maneira, medidas de profilaxia e campanhas de vacinação são necessárias para o reduzir o avanço da doença.

PALAVRAS-CHAVES: Raiva Humana; Vigilância Epidemiológica; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A raiva humana é uma doença infecciosa aguda que compromete o sistema nervoso central (SNC). Geralmente, de evolução rápida, podendo levar a óbito se não houver uma assistência médico-hospitalar imediata. Tem como hospedeiros, reservatórios e transmissores diversas espécies de animais que podem transmitir a doença aos humanos, por meio da lambertura, arranhadura ou mordedura (KOTAIT, CARRIERI e TAKAOKA, 2009).

A cadeia epidemiológica da doença apresenta quatro ciclos de transmissão: ciclo aéreo, que envolve os morcegos; – ciclo rural, representado pelos animais de produção; – ciclo urbano, relacionado aos cães e gatos; – ciclo silvestre terrestre, que engloba os saguis, cachorros do mato, raposas, guaxinim, entre outros animais selvagens (BRASIL, 2021).

É uma doença potencialmente perigosa que acomete mamíferos, e inclusive o homem, pois caracteriza-se como uma encefalite progressiva e aguda com letalidade de aproximadamente 100% (BRASIL, 2020).

A profilaxia pós exposição é altamente efetiva se tiver início logo após a exposição. Não há nenhum tratamento recomendado, uma vez que os sintomas da raiva tiverem início. O tratamento ideal é incerto, e ambos os tratamentos agressivos e terapia de suporte tem altos riscos de falha. Um número de terapias experimentais foi tentado no passado, porém, geralmente eram ineficazes (ROVID, 2012).

A imunidade é conferida por meio de vacinação, acompanhada ou não da utilização de soro. Dessa maneira, profissionais que trabalham diretamente com animais e pessoas que se expuseram a animais suspeitos de raiva, devem receber o esquema profilático (BRASIL, 2021).

Diante desse cenário, tem-se a seguinte questão norteadora: qual o perfil epidemiológico da raiva humana no Brasil entre os anos de 2002 e 2022? E assim, este trabalho teve como objetivo descrever as características epidemiológicas da raiva humana no Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Trabalhos como esse são importantes para evidenciar a importância da raiva humana, que apesar de possuir uma incidência baixa, possui enorme gravidade. Sendo assim, é necessário o estímulo a campanhas educativas para prevenção constante dessa condição.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A raiva é causada por um RNA-vírus pertencente à ordem *Mononegavirales*, família *Rabdoviridae*, gênero *Lyssavirus* (BABBONI e MODOLO, 2011). O vírus apresenta morfologia característica, em forma de bala de revólver, diâmetro médio de 75nm e comprimento de 100nm a 300nm, variando de acordo com a amostra considerada (BRASIL, 2009).

A transmissão do vírus ocorre através da sua inoculação pela saliva de mamíferos infectados, e as principais portas de entrada são mordeduras, arranhaduras, lambeduras de mucosas e feridas abertas. A raiva apresenta quatro ciclos de transmissão: aéreo, silvestre, urbano e rural. Em todos os ciclos o homem é um possível envolvido (SOUSA *et al.*, 2013). O ciclo urbano continua sendo o mais importante para a manutenção da raiva humana no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento (GOLÇALVES, SOARES e SANTOS, 2018).

No Brasil, a principal espécie animal transmissora da raiva ao ser humano continua sendo o cão, embora os morcegos estejam cada vez mais aumentando a sua participação, podendo ser os principais responsáveis pela manutenção do vírus no ambiente silvestre (BRASIL, 2009).

O período de incubação é variável entre as espécies, desde dias até anos, com uma média de 45 dias no ser humano, podendo ser mais curto em crianças. Está relacionado à localização, lambedura ou tipo de contato com a saliva do animal infectado; da proximidade da porta de entrada com o cérebro e troncos nervosos; concentração de partículas virais inoculadas e cepa viral (BRASIL, 2020).

A infecção pelo vírus da raiva é dividida classicamente em dois tipos principais: raiva furiosa e raiva paralítica. A classificação e a progressão da infecção são artificiais, porque a raiva pode ser bastante variável em sua apresentação, sendo comum a observação de sinais atípicos. Nem todos os animais progridem por todos os estágios clínicos. É possível que a história inicial revele que o animal de estimação foi mordido. Por causa da gravidade dos ferimentos, nem sempre se suspeita que os sinais sejam decorrentes de mordidas (GREENE, 2015).

No Brasil, foram encontradas 7 variantes antigênicas: variantes 1 e 2, isoladas dos cães; variante 3, de morcego hematófago *Desmodus rotundus*; e variantes 4 e 6, de morcegos insetívoros *Tadarida brasiliensis* e *Lasiurus cinereus* (BRASIL, 2019).

A profilaxia antirrábica se faz perante duas possibilidades: a pré-exposição, com o uso da vacina de cultivo celular e a pós-exposição. O esquema de pré-exposição se aplica a pessoas que estão expostas ao risco de infecção do vírus rábico durante atividades ocupacionais, como por exemplo, médicos veterinário, biólogos, profissionais de laboratório de virologia e anatomopatologia para raiva (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A prevenção da raiva se dá através da vacinação e no controle de vetores. As principais medidas de controle do ciclo urbano da raiva tem sido a vacinação de caninos e felinos (BATISTA, FRANCO e ROEHE, 2007).

Segundo Diniz (2010), a vacinação é caracterizada por ser um método comprovado de proteção com maior eficiência contra diversas doenças infecciosas, proporcionando imunidade, prevenindo infecções e impedindo a disseminação das doenças entre seres humanos e animais, com a possibilidade da erradicação de certas enfermidades.

A Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), em seu código sanitário para os animais terrestres, lista a raiva na categoria das enfermidades comuns a várias espécies (BRASIL,2009). No Brasil, a raiva dos herbívoros pode ser considerada endêmica e em graus diferenciados, de acordo com a região (BRASIL, 2009).

Segundo Gonçalves (2018), o controle da enfermidade teve início em 1973, quando foi criado o Programa Nacional de Controle da Raiva (PNCR), com os objetivos de eliminar a raiva humana transmitida por cães e gatos e controlar a raiva canina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Para Richardson (1989), o estudo quantitativo se caracteriza pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.

Foram avaliados os números de casos de raiva humana notificados no Brasil no período de janeiro de 2002 a junho de 2022, usando os critérios de estados/região, ano de notificação e espécie animal de transmissão.

Os dados foram obtidos através do DATASUS- Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/raivabr.def>), organizados utilizando o *Microsoft Office Excel* e foi realizada estatística descritiva.

RESULTADOS

No período de 2002 a junho de 2022, foram registrados 159 casos de raiva humana no Brasil (TABELA 1) e não ocorreram casos no ano de 2014. A região que mais ocorreram casos foi região Nordeste (50,9%), seguida pela região Norte (38,3%) (TABELA 1).

Tabela 1: Casos de Raiva Humana por Região Administrativa e Unidades Federadas. Brasil, 2002 a 2022

Região	N	%
Norte	61	38,3%
Nordeste	81	50,9%
Centro - oeste	3	1,8%
Sul	1	0,6%
Sudeste	13	8,1%
Total	159	100%

Fonte: SVS/MS.

Em relação à região Norte, ao longo do período avaliado, o estado em que mais ocorreram casos foi o Pará (81,9%) (TABELA 2), e estes casos ocorreram nos anos de 2002, 2004, 2005 e 2018.

Tabela 2: Casos de Raiva Humana notificados nos estados da Região Norte do Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Estados	N	%
Rondônia	1	1,6%
Acre	1	1,6%
Amazonas	5	8,1%
Roraima	1	1,6%
Pará	50	81,9%
Amapá	0	0%
Tocantins	3	4,9%
Total	61	100%

Fonte: SVS/MS

Em relação à região Nordeste, ao longo do período avaliado, o estado em que mais ocorreram casos foi o Maranhão (58%) (TABELA 3), e estes casos ocorreram nos anos de 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009, 2011, 2012, 2013, 2021.

Tabela 3: Casos de Raiva Humana notificados nos estados da Região Nordeste do Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Estados	N	%
Maranhão	47	58%
Piauí	2	2,4%
Ceará	15	18,5%
Rio Grande do Norte	1	1,2%
Paraíba	2	2,4%
Pernambuco	4	4,9%
Alagoas	3	3,7%
Sergipe	1	1,2%
Bahia	6	7,4%
Total	81	100%

Fonte: SVS/MS

Em relação à região Centro-Oeste, ao longo do período avaliado, o único estado em que não ocorreu casos foi o Distrito Federal (0%), os estados Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás tiveram 1 caso cada (TABELA 4), nos anos de 2008, 2012 e 2015.

Tabela 4: Casos de Raiva Humana notificados nos estados da Região Centro-Oeste do Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Estados	N	%
Mato Grosso do Sul	1	33,3%
Mato Grosso	1	33,3%
Goiás	1	33,3%
Distrito Federal	0	%
Total	3	100%

Fonte: SVS/MS

Em relação à região Sul, ao longo do período avaliado, o único estado em que ocorreu casos foi o Santa Catarina (100%) (TABELA 5), e este caso ocorreu no ano de 2019.

Tabela 5: Casos de Raiva Humana notificados nos estados da Região Sul do Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Estados	N	%
Paraná	0	0%
Santa Catarina	1	100%
Rio Grande do Sul	0	0%
Total	1	100%

Fonte: SVS/MS

Em relação à região Sudeste, ao longo do período avaliado, o estado em que mais ocorreram casos, foi o de Minas Gerais (76,9%) (TABELA 6), e estes casos ocorreram nos anos de 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2012 e 2022.

Tabela 6: Casos de Raiva Humana notificados nos estados da Região Sudeste do Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Estados	N	%
Minas Gerais	10	76,9%
Rio de Janeiro	2	13,3%
Espírito Santo	1	7,6%
São Paulo	0	0%
Total	13	100%

Fonte: SVS/MS

Em relação à espécie do animal de transmissão, os morcegos (61,5%) foram os principais responsáveis pela transmissão, seguidos pelo cão (28,2%) (TABELA 7).

Tabela 7: Casos de Raiva Humana por espécie animal de transmissão no Brasil entre os anos de 2002 e 2022.

Espécies	N	%
Herbívoro	2	1,2%
Silvestre	9	5,7%
Morcego	96	61,5%
Gato	5	3,2%
Cão	44	28,2%
Total	156	100%

Fonte: SVS/MS

DISCUSSÕES

No nordeste brasileiro, a raiva é endêmica, tendo casos registrados em todas as suas unidades federativas (ALVES, 2020). De acordo com os dados apresentados é possível observar que foi a região em que mais teve notificações de casos de raiva humana nesses últimos 20 anos.

Para Pinto (2021), outro aspecto que influencia diretamente na compreensão da incidência de raiva humana no Nordeste em relação às demais regiões, é o nível

de desenvolvimento socioeconômico. Diversos estudos mostraram que a transmissão da raiva é superior em regiões onde as pessoas estão inseridas em um cenário de maior vulnerabilidade social, isso pode estar atrelado ao menor grau de instrução das populações, em relação às medidas de prevenção a serem adotadas, o que faz com que elas se tornem mais propensas à infecção.

A região Norte é a segunda com mais casos notificados durante o período estudado. Essa condição é atribuída também à falta de educação em saúde, saneamento básico e uma estrutura inadequada de saúde, o que contribuiu para a ocorrência de surtos (PINTO, 2021).

Para Fernandes (2021), a distribuição espacial desigual dos serviços de saúde nos municípios, aponta a produção de desigualdade na saúde, que se caracteriza pela demora na realização de exame com consequentes diagnósticos e tratamento tardios da doença, implicando na dificuldade do seu controle, principalmente nas áreas rurais, onde moram as populações ribeirinhas, sendo as mais afetadas pela doença.

Na região Centro-Oeste, o Distrito Federal não registrou nenhuma notificação de casos de raiva humana, após a criação do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva, várias regiões brasileiras apresentaram resultados satisfatórios incluindo o Distrito Federal, onde o mesmo, não registrou casos de notificação nos anos do período estudado (GONÇALVES, SOARES e SANTOS, 2018).

A região sul apresentou apenas um caso de notificação de raiva humana no estado de Santa Catarina. Esse fato é característico devido a implementação do Programa Nacional de Profilaxia da Raiva nos estados da região, o que possibilitou um alcance de 100% da cobertura vacinal dos municípios do estado do Paraná e no Rio Grande do Sul (GONÇALVES, SOARES e SANTOS, 2018).

A região sudeste liderou o número de notificações nos períodos de 2010 a 2017, onde os agravos ocorreram mais na zona urbana, local onde o cão continua sendo o transmissor mais prevalente (SOBRAL FILHO, 2019).

Para Pinto (2020), a eficácia de um programa de vacinação pode ser avaliada através dos efeitos produzidos pela utilização do imunobiológico na população felina e canina.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), desde sua criação, em 1973, tem possibilitado a prevenção de importantes doenças transmissíveis (TEMPORÃO, 2004). O PNI representa a seriedade e magnitude que a imunização tem, e serve

como balizador sobre as medidas de conservação, distribuição e aplicação das vacinas. Além disso, norteia profissionais de saúde do país todo na farmacovigilância dos produtos aplicados, incluindo o monitoramento de eventos adversos e adoção de medidas de tratamento (ARRUDA, 2021).

Segundo Cortez (2006), o programa deve ser formulado de maneira clara e incluir informações sobre os objetivos do projeto, com bases administrativas e técnicas, plano de trabalho, organização e gestão de projeto, o orçamento e financiamento, evolução e perspectivas. É importante conhecer o risco de exposição e as possibilidades de disseminação da doença, além de utilizar técnicas que sejam eficazes e que sejam aceitas pela população local e de custo ao alcance da comunidade.

A vigilância da raiva animal no Brasil, engloba ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), que compartilham informações referentes a casos de raiva em animais de interesse para a saúde pública como cães, gatos e animais silvestres, incluindo casos de raiva em morcegos, hematófagos ou não e entre animais de produção como bovinos, equinos e outros. Com a eficiência das ações de vigilância e controle de raiva canina e felina nos últimos 20 anos, o Brasil alcançou uma redução significativa nas taxas de mortalidade por raiva humana (BRASIL, 2020).

O Programa Nacional de Controle da Raiva dos Herbívoros (PNCRH), tem como objetivo manter sob controle a incidência da raiva na população de herbívoros com ações de controle da população de transmissores, vacinações dos herbívoros domésticos em situações específicas, vigilância epidemiológica e educação em saúde e outros procedimentos de defesa sanitária animal. Essas atividades englobam na proteção da saúde pública e visam o controle da doença em herbívoros, que causa grande prejuízo econômico à pecuária nacional (BRASIL, 2017).

Dentre os animais responsáveis pela transmissão da raiva humana, foi identificado que os morcegos são os principais causadores, seguidos dos cães. Devido a capacidade de adaptação em diversos ecossistemas urbanos e a tolerância das comunidades humanas, a população de animais silvestres, dentre eles os morcegos, acabou se aproximando da população e de animais domésticos, aumentando assim o risco de transmissão da raiva e proporcionando dificuldades para ação de vigilância e controle (BARBOSA *et al.*, 2019).

A raiva é de extrema importância para a saúde pública, devido a sua letalidade de aproximadamente 100%, por ser uma doença passível de eliminação do seu ciclo urbano e pela existência de medidas eficientes de prevenção, como a vacinação humana e animal, a disponibilização de soro antirrábico humano, a realização de bloqueio de foco, entre outras (BRASIL, 2022).

Segundo Carvalho (2018), a raiva canina e humana diminuiu significativamente nos últimos tempos devido a interrupção da circulação do vírus da raiva entre cães, conseqüentemente diminuindo a transmissão de cães para os humanos.

Em 1977 foram iniciadas pelo Programa Nacional de Profilaxia da Raiva medidas sistemáticas de vacinação contra a raiva. Embora tenha sido instituído em 1973, apenas no ano de 1977 atingiu os estados e territórios federais. O programa visava promover no país atividades sistematizadas para o controle da raiva humana, mediante o controle dessa zoonose nos animais domésticos (BABBONI e MODOLO, 2015).

No Brasil a vacinação antirrábica é ofertada pelo SUS, e a profilaxia de pré-exposição é indicada para pessoas que possuem risco de exposição do vírus durante atividades ocupacionais (MEDEIROS, 2022).

Para Gebrim, Tobias e Teixeira (2019), as campanhas de vacinação contra a raiva é a ação de saúde pública que mais contribuiu para, o controle da doença, tendo como consequência queda e a quase erradicação de casos em humanos. Devem ser desenvolvidas conforme o número de indivíduos da população canina e felina, considerando apenas animais com proprietários e independentemente da idade ou condição de saúde do animal (REICHMANN, PINTO e NUNES, 1999).

A cobertura vacinal antirrábica animal é influenciada por diversos fatores, dentre os quais podemos citar: os meios de divulgações, distribuição espacial e de influência dos postos de vacinação, interesse do Estado e aumento da população animal (GABRIM, TOBIAS, TEIXEIRA, 2019).

As informações sobre a cobertura vacinal animal da área endêmica quando disponíveis, são importantes para o processo de decisão quanto à extensão inicial da seletividade do bloqueio (FUNASA, 2002).

O tratamento profilático deve ser garantido todos os dias, inclusive nos finais de semana e feriados. É de responsabilidade do serviço que atende o paciente,

realizar busca ativa imediata daqueles que não comparecem nas datas agendadas para a aplicação de cada dose da vacina (FUNASA, 2002).

Segundo Azevedo *et al.*, (2018), o tratamento profilático pós-exposição é baseado nas características da lesão provocada pelo animal agressor e a espécie animal. Essas observações são aplicadas apenas às agressões causadas por cães e gatos. Já em agressões causadas por animais silvestres, é indicado a sorovacinação independentemente da gravidade da lesão.

Atualmente, não existe tratamento eficaz comprovado para a raiva após a manifestações dos sintomas. Em 2004, um paciente foi tratado com fármacos antivirais associados ao coma induzido e sobreviveu à doença, mas apresentou sequelas. Neste caso foi utilizado o protocolo conhecido como Milwaukee, também conhecido no Brasil como "Protocolo de Recife" que posteriormente foi testado em outros pacientes sem mostrar bons resultados (ZAMORO *et al.*, 2021)

No Brasil, o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) tem por objetivo, registrar e processar os dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nas esferas municipal, estadual e federal (BRASIL, 2011).

Segundo Frias, Lages e Carvalho (2011), o sistema de notificações do SINAN é composto por um conjunto de fichas padronizadas referentes à lista de doenças de notificações compulsórias, entre elas a ficha de atendimento antirrábico humano, onde se classifica o acidente de acordo com as características do ferimento e do animal envolvido.

Um estudo feito por Gonçalves, Soares e Santos (2018), mostrou que ao longo do tempo, tanto no Brasil quanto em outros países, houve períodos em que não ocorreram notificações da raiva humana ou animal. Este fato proporcionou para parte da população, uma falsa percepção que a vacina não seria mais necessária para a manutenção do quadro epidemiológico.

Em relação aos profissionais da saúde, a enfermagem possui um papel imprescindível no que se refere ao combate à raiva, já que os mesmos devem ser capacitados para promover a prevenção da doença, assim como prestar um adequado atendimento e tratamento profilático ao paciente agredido (SILVA, VASCONCELOS E VIEIRA NETO, 2014). Ele é responsável pela organização de práticas em saúde coletiva e por enfrentar problemáticas de grupos humanos, sendo

verificada a sua atuação em vários momentos do processo de trabalho em saúde (BEZERRA, 2011)

Na vigilância epidemiológica da raiva, os dados são essenciais tanto para os médicos para que seja tomada a decisão de tratamento pós-exposição, como para veterinários que devem adotar medidas relativas ao animal envolvido. Sem dúvida, um caso de raiva humana representa falência no sistema de saúde local (FUNASA, 2002).

Os conhecimentos em vigilância epidemiológica ajudam na instrumentalização das equipes de enfermagem para a realização do processo de assistência e cuidado no controle da raiva humana. Os sistemas de vigilância epidemiológicas municipais têm dificuldades de acompanhar a situação geral de saúde e da ocorrência de agravos às populações das zonas rurais devido às dificuldades de acesso, assim, as medidas profiláticas ocorrem de forma tardia (BEZERRA, 2011).

Para Bürger *et al.*, (2016), a prevenção da raiva animal é o instrumento mais importante no controle da raiva humana na zona urbana. Um programa de prevenção bem executado deve ter grande impacto na incidência da raiva animal, principalmente em cães e gatos, diminuindo o risco de transmissão. Para a manutenção do controle epidemiológico da raiva é necessário que sejam realizadas anualmente campanhas de vacinação antirrábica que são de responsabilidade de cada município, com o objetivo de estabelecer em curto espaço, uma barreira imunológica capaz de interromper a transmissão de raiva na população canina de uma comunidade das populações tanto felinas, quanto humanas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância do conhecimento sobre o perfil epidemiológico da raiva humana no Brasil. Os resultados expostos permitiram a identificação das regiões mais acometidas pelo vírus, a importância e eficácia da vacinação como meio preventivo e o controle de vetores. Podemos entender quais foram os fatores condicionantes que podem propiciar a incidência e os agravos da doença.

Conclui-se que há necessidade de um incentivo maior em relação às ações de educação em saúde vindas do poder público, com uma ampla divulgação e também com capacitação dos profissionais para lidar com os animais durante as campanhas.

REFERÊNCIA

ARRUDA, Larissa de Souza. **Sistema de validação de indicadores de farmacovigilância na qualidade do monitoramento de vacinas**. Orientador: Monica Taminato. 2021. 21 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em enfermagem) - Escola Paulista de Enfermagem (EPE), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, 2021.

AZEVEDO, Joyce Pereira de. **Avaliação dos atendimentos da profilaxia antirrábica humana em um município da Paraíba**. Cad. Saúde colet. 26. Jan-Mar 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/snr5ndxGbRZcrTsCGGFNQzh/?lang=pt>> Acesso em 15 nov 2022.

BABBONI, Selene Daniela.; MODOLO, José Rafael. Raiva: origem, importância e aspectos históricos. **UNOPAR Científica. Ciências Biológicas e da Saúde**, p. 349-356, 2011. Disponível em <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140925/ISSN1517-2570-2011-13-349-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em 02 jun 2022.

BABBONI, Selene Daniela; MODOLO, José Rafael. **Evolução das campanhas de vacinação anual contra a raiva de cães e gatos em municípios como atividade extensionista**. 8º Congresso de extensão universitária da UNESP. Universidade Estadual Paulista (UNESP), p. 1-4, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/142564>> Acesso em 15 nov 2022.

BARBOSA, Cibelle Rodrigues *et al.* PREVALÊNCIA DA RAIVA EM MORCEGOS CAPTURADOS NO MUNICÍPIO DE PATOS DE MINAS–MG. **Archives of Veterinary Science**, v. 24, n. 4, 2019.

BATISTA, Helena Beatriz de Carvalho Ruthner; FRANCO, Ana Cláudia; ROEHE, Paulo Michel. Raiva: uma breve revisão. **Rev. Acta Scientiar Veterinariae**. V. 35. N 2. P: 125-144, 2007. [s.l.].

BEZERRA, Patrícia Melo. Processos de trabalho do enfermeiro durante surtos de raiva humana no Estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 78-83, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. v.: Único, 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 626-651 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Caderno 13: Raiva. 603-630. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana**. Brasília: Departamento de Vigilância Epidemiológica; 60 p. 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Vigilância em saúde. Gerencia Técnica de Zoonoses. **Boletim epidemiológico raiva**. Brasília, 10 set 2020. 21p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Raiva: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Controle da raiva dos herbívoros: manual técnico 2009**. Brasília: Mapa/ACS. p. 124. 2009.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Controle da Raiva dos Herbívoros e Encefalopatia Espongiforme Bovina – EEB**. Brasília, 2017

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde- SEMSA. **Manejo clínico no atendimento antirrábico humano**. Manaus, junho 2022.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: FUNASA; 2002, 5 ed. v. II, p. 842

BÜRGER, Karina Paes. et al. Campanha de vacinação contra raiva animal realizada por alunos na região de Descalvado/SP. **Revista Ciência em Extensão**. v.12, n.2, p.116-124, 2016

CARVALHO, Maria Freire de, *et al.* **Rabies in the Americas: 1998-20214**. PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES [Internet]. 20 mar 2018. v. 2. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006271#pntd.0006271.ref007>> Acesso em 17 agosto 2022.

CORTEZ, Tamara Leite. Raiva urbana: epidemiologia e controle. 2006. 61 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia de Botucatu, 2006. Disponível em <<http://hdl.handle.net/11449/98508>> Acesso em 21 nov 2022.

DINIZ, Mariana de Oliveira, FERREIRA, Luís Carlos de Souza. **Biotechnologia aplicada ao desenvolvimento de vacinas**. Estud. av., São Paulo, v. 24, n. 70, p. 19-30, 2010.

FERNANDES, Deyse Cristina de Sousa. *et al.* Distribuição espacial da raiva humana e atenção básica em saúde: O caso do surto nas populações ribeirinhas dos municípios de Breves e Melgaço, Pará, Brasil. **AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH**, v. 9, n. 4, p. 29-39, 2021.

FRIAS, Danila Fernanda Rodrigues; LAGES, Sonia Luisa Silva; CARVALHO, Adolorata Aparecida Bianco. Avaliação da conduta de profilaxia antirrábica indicada para pessoas envolvidas em agravos com cães e gatos no município de Jaboticabal, SP, no período de 2000 a 2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 722-732, 2011.

GABRIM, Murilo Stefan; TOBIAS, Gabriela Camargo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. Cobertura das campanhas de vacinação antirrábica animal. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 13-20, jul./set., 2019.

GONÇALVES, Nathalia Santos; SOARES, Paula Stiff; SANTOS, Daniela Copetti. O panorama epidemiológico geral da raiva humana no Brasil com foco principal na região sul do país nos últimos anos. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 268-275, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/reci.v8i3.11270>>. Acesso em 28 jun 2022.

GREENE, Craig E., **Doenças infecciosas em cães e gatos**. Tradução Idília Vanzellotti, Patricia Lydie Voeux. - 4. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

KOTAIT, Ivanete., CARRIERI, Maria Luiza., TAKAOKA, Neide Yumie. **Raiva – Aspectos gerais e clínica**. São Paulo, Instituto Pasteur, 2009 (Manuais, 8) 49p. il. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-pasteur/pdf/manuais/manual_08.pdf> Acesso em 20 abril 2022.

MEDEIROS, Kessya Rejane da Costa. **A importância e os desafios das campanhas de vacinação antirrábica em cães e gatos: revisão de literatura**. Orientador: Manuella Rodrigues de Souza Mello. 2022. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Faculdade de Medicina Veterinária, 2022.

OLIVEIRA, Isadora Dias de., *et al.* Perfil epidemiológico da raiva no Brasil de 2010 a 2019. **Revista de Patologia do Tocantins**. vol. 7 n. 4, fevereiro 2021

PINTO, Mariana Olímpia Köhler Marra. **Estudo da cobertura nas campanhas de vacinação antirrábica em cães e gatos e sua relação com os casos de raiva humana no Brasil, de 2012 a 2017**. Orientador: Camila Stefanie Fonseca de Oliveira, (dissertação), Universidade Federal de Minas Gerais. 70p, 2020 [s./].

PINTO, Caroline Carvalho *et al.* Perfil Epidemiológico da Raiva Humana na Região Norte do Estado do Pará durante o período de 2000 a 2019. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 11, n. 67, p. 6937-6948, 2021.

REICHMANN, Maria de Lourdes Aguiar Bonadia; PINTO, Haroldo de Barros Ferreira; NUNES, Vânia de Fátima Plaza. **Vacinação contra a raiva de cães e gatos**. São Paulo, Instituto Pasteur, 1999 (Manuais, 3) 32p. [s./]

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa social: métodos e técnicas**; colaboradores José Augusto de Souza Peres (*et al.*). 3. ed. - 14. reimpr. - São Paulo: Atlas, 2012. p. 70-329.

ROVID, Anna. **Raiva**. Traduzido e adaptado a situação do Brasil por Mendes, Ricardo. [s./], 2019. Disponível em <<https://www.cfsph.iastate.edu/Factsheets/pt/rabies-PT.pdf>>, Acesso em 13 maio 2022

SILVA, Maria Adelane Monteiro da; VASCONCELOS, Mayara Nascimento de; VIEIRA NETO, Raimundo. **DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS**

EDUCATIVAS NO CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOZES: VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM. **Essentia - Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, Sobral, v. 15, nº 2, p. 59-65, 2014.

SOBRAL FILHO, Neuzelito Cavalcante. **Perfil epidemiológico dos atendimentos antirrâbicos humanos no Brasil, no período de 2010 a 2017**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- Cajazeiras, 2019. 52 p. [s./].

SOUSA, Mayara Santos de, *et al.* Transmissão da raiva por sagui (*Callithrix jacchus*) no estado do Ceará, Brasil. Uma revisão. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**, v. 7, n. 2, p. 270–287, 2013.

TEMPORÃO, José Gomes. **O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Rio de Janeiro, 09 mar 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/XqLKLcj6NYjHdywSF6XPRZs/?lang=pt>> Acesso em: 17 nov 2022.

ZAMORO, Kelly de Lima, *et al.* Assistência de enfermagem a um paciente com raiva humana: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p. 15008-15022, jul./aug. 2021.

EPIDEMIOLOGIA DA DENGUE NO ESTADO DE MINAS GERAIS ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2019

Acadêmicas: Letícia Rege Lopes e Anacleto; Luciana Aparecida Tolentino Bitarães.

Orientadora: Profa. Renata Aparecida Fontes.

Linha de Pesquisa: Linha 1 Cuidado de enfermagem - Enfermagem, Saúde Coletiva e Epidemiologia.

RESUMO

A dengue é uma arbovirose causada pelo vírus pertencente ao Flavivirus transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*, cuja transmissão se dá pela picada do mosquito infectado e apto a transmitir o vírus. Este estudo objetivou-se em compreender e estudar a epidemiologia da dengue no estado de Minas Gerais e será utilizado como método a pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, identificando e descrevendo dados como o número de casos, o número de casos por faixa etária, o número de óbitos e a letalidade da dengue no estado entre os anos de 2015 e 2019. Nos últimos anos, o estado de Minas Gerais tem se destacado no *ranking* de casos do país em ocasiões de surto da doença, ultrapassando a marca de 480.000 notificações em 2019. Naquele período o número de óbitos foi 578 e os valores mais expressivos foram registrados nos anos de 2016 e 2019. A letalidade, conseqüentemente, foi maior nos anos de 2016 e 2019, anos com maior número de óbitos, totalizando 0,04% e 0,02%, respectivamente. Para se obter sucesso no manejo da dengue e na prevenção da taxa de mortalidade causada por ela, o primeiro passo está relacionado ao diagnóstico precoce e ao devido reconhecimento dos sinais e sintomas clínicos em todas as faixas etárias e, apesar de existirem várias ações a nível domiciliar que auxiliam na prevenção contra a dengue, é de extrema relevância o impacto causado por ela no estado de Minas Gerais.

PALAVRAS CHAVE: Dengue; *Aedes aegypti*; Arbovirose; Vírus; Transmissão.

INTRODUÇÃO

A Dengue é uma arbovirose, uma doença infecciosa emergente causada pelo vírus pertencente ao gênero Flavivirus que se propaga por meio da picada do mosquito pertencente ao gênero *Aedes* (BRAGA e VALLE, 2007; VIANA e IGNOTTI, 2013).

É considerada uma das arboviroses que mais afeta o mundo, tendo como principal vetor o mosquito *Aedes aegypti*, mosquito com hábitos diurnos, antropofílico, urbano que se desenvolve especialmente em depósitos de água (FURTADO *et al.*, 2019).

No Brasil, ocorrem registros de epidemias de dengue desde o ano de 1986, com maior incidência de casos de março a junho. Fatores como elevações no nível

pluviométrico e as falhas no combate ao mosquito vetor influenciam o aumento dos casos de dengue nesse período (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

A transmissão da dengue ocorre com maior frequência em áreas temperadas e tropicais, com variações locais influenciadas pela chuva, temperatura e urbanização rápida e não planejada das cidades (MARTINS, RIBEIRO JUNIOR, 2015). Características como aglomerações, ausência de água tratada, condições precárias de habitação, saneamento básico e os desfavoráveis indicadores socioeconômicos refletem na qualidade de vida da maioria da população e, conseqüentemente, aumentam os riscos de ocorrência da dengue (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Segundo Aguiar *et al.* (2019), nos últimos anos, o estado de Minas Gerais tem se destacado no ranking de casos do país em ocasiões de surto da doença ultrapassando a marca de 480.000 notificações em 2019. Esse, também, foi o período que o estado registrou a maior taxa de incidência e o maior número de casos notificados no Brasil.

Apesar de existirem várias ações a nível domiciliar, que auxiliam na prevenção contra a dengue, ainda é de bastante relevância o impacto da dengue no sistema público de saúde, evidenciando a necessidade de estudos epidemiológicos que auxiliem na vigilância em saúde, traçando, assim, meios de combater a doença (AGUIAR *et al.*, 2019).

Segundo estudos de Veras (2021), diante do combate ao vetor da dengue, o profissional de enfermagem se mostra um agente curador, preventivo e assistencial, promovendo ações educativas, por meio de campanhas, palestras, visitas domiciliares, panfletagem e rede social; juntamente a equipe e com apoio da comunidade para que juntos possam controlar e prevenir a doença.

Tendo em vista a ocorrência e a importância epidemiológica da dengue, a questão norteadora deste trabalho é: Quais os aspectos epidemiológicos da dengue no estado de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2019? Para tanto, objetivou-se, com este trabalho, descrever os aspectos epidemiológicos da dengue em Minas Gerais entre os anos 2015 e 2019.

Trabalhos como estes são importantes, pois conhecendo com detalhes os aspectos relacionados à doença, é possível realizar intervenções certas e eficazes.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A dengue é uma doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* que foi originado do Egito, na África e se espalhou no decorrer dos anos pelas regiões tropicais e subtropicais do planeta desde o século XVI. O vetor do vírus foi introduzido no período colonial devido ao fato de grandes navegações que traficavam escravos e, em 1762, foi denominado *Culex aegypti* passando a se chamar *A. aegypti* com a descrição do gênero *Aedes* no ano de 1818. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a primeira epidemia de dengue ocorreu no Peru, no início do século XIX, estendendo-se por outros países do continente americano, como Colômbia, Estados Unidos, Caribe e Venezuela (IOC, *s.d.*).

O vírus da dengue pertence à família Flaviviridae, gênero Flavivirus e sorogrupo DENV (CASSEB, CASSEB, SILVA e VASCONCELOS, 2013).

A transmissão do vírus se dá pela picada do mosquito *A. aegypti*. Após um repasto de sangue infectado, o mosquito fica apto a transmitir o vírus, após o período de 8 a 12 dias de incubação. Também é possível uma transmissão mecânica quando o repasto é interrompido e o mosquito, imediatamente, se alimenta em um hospedeiro próximo capaz de receber. Não é possível uma transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia; também não é possível por fontes de água ou alimento. Enquanto houver presença de vírus no sangue do homem (período de viremia), ocorre a transmissão. Este período se inicia um dia antes do aparecimento da febre e segue até o sexto dia da doença (BRASIL, 2002).

O *A. aegypti* é um mosquito de cor escura com pequenos riscos brancos no seu dorso, na cabeça e nas pernas, tem asas translúcidas e seu ruído é praticamente inaudível ao ser humano. Esse mosquito vive bem em temperaturas entre 26 e 28° Celsius e não suporta temperaturas acima de 42°C. Seu desenvolvimento é em água limpa e parada. A partir do nascimento e postura de ovos ele se desloca cerca de até um quilômetro com altura máxima de voo de dois metros (YANG, 2003)

O referido mosquito adaptou-se como um inseto urbano, sendo raro encontrar seus ovos ou larvas em reservatórios de águas nas matas. A fêmea e o macho se alimentam de néctar e sucos vegetais, mas a fêmea necessita de sangue animal e, principalmente, humano para a maturação dos ovos. Quando ocorre a picada, ela libera uma substância anestésica fazendo com que não tenha dor. As picadas ocorrem, principalmente, no começo da manhã ou no final da tarde (YANG, 2003).

Nos últimos anos, ocorreram vários surtos no Brasil e o estado de Minas Gerais destacou-se na incidência em relação aos demais estados brasileiros (FERREIRA, 2015)

A dengue possui um ciclo em sua incidência, porém suas taxas de internação, agravamento da doença e letalidade costumam oscilar anualmente (AGUIAR *et al.*, 2022).

O quadro clínico da dengue é muito variável, os sintomas se instalam de modo abrupto de 2 a 8 dias após a picada do mosquito infectado. A doença se assemelha com uma síndrome gripal grave, com febre elevada, cefaleia, mialgia, prostração, artralgia, náuseas, vômitos. Os sintomas de dores abdominais podem ocorrer principalmente nas crianças. Nos adultos, podem aparecer pequenas manifestações hemorrágicas, como petéquias, hematúria, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia (BRASIL, 2002).

Na fase crítica da doença, entre o terceiro e o sexto dia após o início dos sintomas, podem surgir manifestações clínicas correspondentes a uma complicação da doença potencialmente letal, (dengue grave) que é conhecida também como dengue hemorrágica, seus sintomas são semelhantes aos da dengue clássica, porém evoluem rapidamente para manifestações hemorrágicas (MSF, 2018).

As várias estratégias utilizadas no Brasil para o controle do vetor da dengue envolvem tanto metodologias mecânicas quanto químicas. Estas buscam detectar, destruir ou destinar adequadamente reservatórios naturais ou artificiais de água que possam servir de depósito de ovos do *A. aegypti*, além da utilização de inseticidas. Os principais atores envolvidos estão os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes Comunitários de Endemias (ACE), juntamente com a população (BRASIL, 2009).

Diante de sua atuação frente à vigilância de saúde, o enfermeiro deve buscar conhecimentos que visem a ações estratégicas de saúde pública como promoção, prevenção e proteção da saúde, atendendo tanto as diretrizes do Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica quanto as da Política Nacional de Atenção Básica que norteiam ações voltadas ao combate da dengue no Brasil (VERAS, 2021).

A prevenção da dengue também está ligada as práticas e campanhas de higienização voltadas ao combate ao vetor (BRITO, 2015).

O controle para essa doença é muito complexo, pois envolve, além do setor da saúde, fatores como infraestrutura das cidades, transporte de pessoas e cargas, o meio ambiente, entre outros (VALLE, AGUIAR e PIMENTA, 2015).

Para que toda mobilização se transforme de maneira positiva deve envolver a participação de todos, principalmente da população (VALLE, AGUIAR e PIMENTA, 2015).

Em relação a aspectos epidemiológicos, a ocorrência de casos exige notificação obrigatória em todos os estados brasileiros (CAMPOS, 2016).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva com abordagem quantitativa consiste no estudo de pesquisas experimentais buscando analisar e delinear característica de um determinado acontecimento. É caracterizada pela perfeição e controle estatísticos, a fim de prover informações para a verificação de teorias, visando à coleta ordenada de dados de determinadas populações e programas (MARCONI e LACATOS, 2003).

Neste trabalho serão obtidos o número de casos, o número de casos por faixa etária, o número de óbitos e a letalidade de dengue no estado de Minas Gerais, no período de 2015 a 2019. Os dados serão obtidos segundo informações do Portal de Vigilância em Saúde Secretaria de Estado de Saúde de MG (<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/>).

Os resultados obtidos foram processados e avaliados por estatística descritiva utilizando *Microsoft Office Excel*.

RESULTADOS

Em Minas Gerais, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2019, ocorreram 1.661.513 casos notificados de Dengue. Os anos com maior número de notificações foram 2016 (665.424) e 2019 (617.114) (TABELA 1).

Os casos de dengue mostraram-se frequentes ao longo de todo o ano no período avaliados. Contudo, os meses com maior frequência de casos foram janeiro, fevereiro, março, abril e maio, que coincidem com o período chuvoso e início do período de seca. O presente trabalho mostra que a frequência de casos nos anos de 2016, 2017 e 2018 foi maior no período quente e chuvoso. Contudo, nos anos de 2015 e 2019, o maior número de casos ocorreu no período de seca (TABELA 1).

Na Tabela 2, é possível observar que as faixas etárias de maior ocorrência de casos foram as de 15 a 24 anos ($n=354.8335/ 21,5\%$), seguidas de 25 a 34 ($n=321.086/ 19,3\%$) anos e 35 a 44 anos ($n=269.539/ 16,2\%$). Esse fato foi recorrente em todos os anos do período avaliado.

O número de óbitos por dengue no período avaliado foi de 578 e os valores mais expressivos nos anos de 2016 e 2019 (TABELA 3). Esses resultados são coincidentes com os casos que foram mais frequentes nesses anos (TABELA 1).

Em relação à letalidade, conseqüentemente, foi maior nos anos de 2016 e 2019, anos com maior número de óbitos, totalizando 0,04% e 0,02%, respectivamente. Contudo, permaneceu constante ao longo do período (TABELA 3).

Tabela 1: Número de casos de Dengue no estado de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2019.

		2015		2016		2017		2018		2019	
		CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
C	Janeiro	5.664	2,2%	64.347	9,7%	9.963	16,2%	5.640	9,5%	21.152	3,4%
C	Fevereiro	10.878	4,2%	160.514	24,1%	9.615	15,6%	5.427	9,1%	43.813	7,1%
C	Março	34.924	13,5%	202.547	30,4%	11.261	18,3%	7.893	13,3%	89.392	14,5%
S	Abril	71.069	27,6%	154.492	23,2%	7.571	12,3%	11.662	19,6%	178.588	28,9%
S	Maio	71.955	27,9%	55.906	8,4%	6.220	10,1%	7.878	13,3%	192.528	31,2%
S	Junho	24.842	9,6%	11.140	1,7%	3.346	5,4%	3.849	6,5%	57.794	9,4%
S	Julho	6.675	2,6%	2.658	0,4%	1.460	2,4%	2.083	3,5%	13.749	2,3%
S	Agosto	2.957	1,1%	2.011	0,3%	1.540	2,5%	1.651	2,8%	4.173	0,7%
S	Setembro	2.382	0,9%	1.840	0,3%	1.943	3,2%	1.550	2,6%	3.903	0,6%
C	Outubro	2.717	1,1%	2.318	0,3%	2.518	4,1%	2.356	4,0%	3.678	0,6%
C	Novembro	5.953	2,3%	3.045	0,5%	2.602	4,2%	3.275	5,5%	3.387	0,5%
C	Dezembro	18.016	7,0%	4.606	0,7%	3.520	5,7%	6.120	10,3%	4.957	0,8%
TOTAL		258.032	100%	665.424	100%	61.559	100%	59.384	100%	617.114	100%

C= estação chuvosa; S= estão da seca – Definidas de acordo com o Instituto Nacional De Meteorologia – INMET (INMET, 2017).

Fonte: Portal da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Tabela 2: Número de casos por faixa etária de Dengue no estado de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2019.

	2015		2016		2017		2018		2019	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
>1	3.011	1,2%	8.549	1,3%	1.133	1,8%	1.061	1,8%	8.175	1,3%
1-4	4.973	1,9%	16.015	2,4%	2.226	3,6%	1.971	3,3%	17.796	2,9%
5-14	29.120	11,3%	72.954	11%	7.116	11,6%	6.800	11,5%	73.918	12%
15-24	58.693	22,7%	141.093	21,2%	14.289	23,2%	13.007	21,9%	127.751	20,7%
25-34	51.552	19,99%	128.985	19,4%	12.109	19,7%	12.082	20,3%	116.358	18,9%
35-44	40.890	15,8%	107.239	16,1%	9.311	15,28+	9.576	16,1%	102.523	16,6%
45-54	33.134	12,9%	88.562	13,3%	6.915	11,2%	6.960	11,7%	77.386	12,5%
55-65	21.709	8,4%	59.630	8,992%	4.703	7,6%	4.679	7,88%	54.888	8,9%
65 e +	14.923	5,8%	42.344	6,3%	3.747	6%	3.239	5,5%	37.908	6,13%
Ignorados	27	0,01%	53	0,008%	10	0,02	9	0,02%	411	0,07
Total	258.032	100%	665.424	100%	61.559	100%	59.384	100%	617.114	100%

Fonte: Portal da Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Tabela 3: Número de óbitos e letalidade da Dengue no estado de Minas Gerais entre os anos de 2015 e 2019

	2015		2016		2017		2018		2019	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
Janeiro	6	0,1%	25	0,04	4	0,04	3	0,05	8	0,04
Fevereiro	5	0,04%	72	0,04	3	0,0001	-	0	12	0,03
Março	14	0,04%	90	0,04	1	0,009	-	0	36	0,04
Abril	17	0,02%	60	0,04	4	0,05	2	0,02	67	0,04
Mai	18	0,02%	19	0,03	3	0,05	1	0,01	56	0,03
Junho	4	0,01%	4	0,03	-	0	1	0,02	8	0,01
Julho	2	0,02%	1	0,04	1	0,0007	1	0,05	1	0,007
Agosto	-	0%	3	0,1	-	0	1	0,06	1	0,02
Setembro	1	0,04	2	0,1	-	0	-	0	2	0,05
Outubro	1	0,03	1	0,04	1	0,04	-	0	-	0
Novembro	-	0	1	0,03	1	0,04	-	0	1	0,03
Dezembro	3	0,016	2	0,04	-	0	5	0,08	3	0,06
Total	71	0,03	280	0,04	18	0,03	14	0,02	195	0,02

DISCUSSÕES

A dengue apresenta uma dinâmica de transmissão multifatorial, motivada por diversos aspectos socioeconômicos, ecológicos e ambientais que contribuem para a existência desse perfil endêmico-epidêmico (MOURA *et al.*, 2022).

O Brasil é o país do continente americano com maior incidência de casos de dengue (SILVA *et al.*, 2021).

Observou-se que, dentre os anos avaliados neste estudo, os casos de dengue ocorreram ao longo de todo o ano. Além disso, os meses de maior número de casos foram os meses de janeiro, fevereiro, março, abril e maio, períodos de grande pluviosidade e umidade, favorecendo o desenvolvimento de criadouros do vetor (TABELA 1). Segundo Amaral (2015), o mosquito necessita de chuvas e temperaturas elevadas para se procriar e infectar o ser humano.

Há um declínio dos casos de junho a novembro durante os anos, em períodos de maior seca e frio no estado (TABELA 1). De acordo com os estudos de Amaral (2015), a baixa na temperatura faz com que o mosquito não consiga completar o seu ciclo extrínseco, perdendo seu poder de infecção e transmissibilidade do vírus.

Segundo Souza *et al.*, (2021), o aumento dos casos de dengue em 2016 pode-se explicar pelo rompimento da barragem Fundão em Mariana no dia 05 de novembro de 2015. Esse episódio causou um grande desequilíbrio e desastre ecológico levando o mosquito vetor a migrar para regiões urbanas já que seu habitat natural havia sido destruído. Outra razão é o êxodo rural, pois as pessoas infectadas com o vírus vão para um novo lugar infectando novas pessoas. A propagação do mosquito se dá, também, pois o seu predador não se encontra mais ali, facilitando sua reprodução.

Em 25 de janeiro de 2019, ocorreu o acidente na barragem de Brumadinho, que fica localizada em Minas Gerais. Em seguida, os números de casos de dengue apresentaram um aumento de mais de 80% devido à destruição das florestas que são o habitat natural do mosquito (SOUZA *et al.*, 2021).

O sistema sazonal do vetor da dengue está intensamente associado às variações climáticas, que incluem elevação da temperatura, alterações na pluviosidade e umidade relativa do ar, tais condições que propiciam um elevado

número de criadouros e, conseqüentemente, o desenvolvimento do vetor (VIANA, IGNOTTI, 2013).

A pluviosidade e a temperatura de um determinado mês podem contribuir para uma incidência de casos de dengue de dois e até quatro meses depois (RIBEIRO, MARQUES, VOLTOLINI e CONDONINO, 2006).

Os picos das epidemias de dengue, geralmente, coincidem com o período chuvoso e com a moradia ou circulação em áreas onde estejam ocorrendo os casos da doença. Ressaltam-se, também, os aspectos relacionados à infraestrutura que podem contribuir para a proliferação do vetor. O clima está fortemente relacionado à dispersão do mosquito, que necessita de condições ideais para sua reprodução (MENDONÇA, VEIGA E SOUZA e DUTRA, 2009).

Em relação ao número de casos por faixa etária (TABELA 2), a faixa etária dos 15 aos 44 anos foi a mais acometida e, no grupo etário dos menores de 15 e com idade maior ou igual a 65, a ocorrência foi menor. Esse fato pode ser explicado por parte da população viver nos centros urbanos ou próximo deles. Essas regiões são consideradas áreas mais endêmicas e percebe-se dificuldade em relação às medidas preventivas contra o vetor transmissor, tais como uso de repelentes e vestimentas adequadas (MENEZES, ALMEIDA, AMORIM e LOPES, 2022; AMÂNCIO, 2014).

Desde as primeiras epidemias, a maior incidência da doença tem sido em adultos jovens, mas acredita-se que a mudança de sorotipos da dengue tenha resultado no aumento no número de casos de formas graves, resultando em hospitalizações de crianças e idosos (TEIXEIRA, COSTA, BARRETO e BARRETO, 2009). Entretanto, segundo estudos de Amâncio (2014), possivelmente a causa da oscilação de casos por faixas etárias seja multifatorial envolvendo aspectos como susceptibilidade à infecção, período de exposição da população ao vírus da dengue e boas estratégias de controle vetorial.

A menor ocorrência em crianças e idosos pode se referir ao fato de abranger quadros clínicos de dengue diferentes do padrão esperado da doença. As crianças, muitas vezes, se apresentam assintomáticas ou com sintomas bem leves; os idosos, em grande frequência, não apresentam febre, mialgia ou outros sinais clássicos da doença, diminuindo, assim, as ocasiões em que esses grupos entram nas notificações de casos de dengue (AMÂNCIO, 2014).

Ainda em relação à faixa etária, de acordo com Pacheco, Moura e Cambraia, (2019), em estudo realizado em Araçuaí município localizado no estado de Minas Gerais, a faixa etária predominante foi de 20 a 29 anos (21,8%). Segundo Lucena, Souto, Lucena e Marques (2019), em pesquisa feita em Porto Nacional, cidade de Tocantins, região norte do Brasil, a faixa etária com maior incidência foi de 11 a 19 anos (22,06%). De acordo com outro estudo realizado no município de Pinhalzinho, em Santa Catarina, por Andrioli, Busato e Lutinski (2020), nos anos de 2015 e 2016, a faixa etária com maior índice de casos relatados foi de 20 a 29 anos, com um total de 18,6% dos casos. Assim, estes trabalhos corroboram o presente estudo, no qual existiu uma maior notificação de casos de dengue em indivíduos com idade entre 15 e 24 anos.

Contudo, Câmara *et al.* (2007); Mendonça, Veiga e Souza e Dutra (2009) e Silva, Mariano e Scopel (2007) ressaltaram que os fatores individuais como a idade exercem pouca influência na incidência da dengue, já a conjunção de fatores como, clima, densidade populacional, entre outros, estão mais associados a incidência da doença.

A letalidade mede a severidade de uma doença e é definida como a proporção de mortes dentre aqueles doentes por uma causa específica em um certo período (ROUQUAYROL, 2018).

Em relação à letalidade — consequentemente foi maior nos anos de 2016 e 2019 (TABELA 3) —, estudos indicam que, ao comparar idosos e jovens adultos, aqueles tiveram maior tempo de internação, observando-se, também, que, nos idosos, ocorrem, com maior frequência, infecções hospitalares quando comparados aos jovens adultos, sugerindo maior mortalidade no idoso por casos de dengue (LIN, LEE e LEO, 2017).

Para se obter sucesso no manejo da dengue e na prevenção da taxa de mortalidade causada por ela, o primeiro passo está relacionado ao diagnóstico precoce e ao devido reconhecimento dos sinais e sintomas clínicos em todas as faixas etárias que requerem intervenções urgentes (LIN, LEE e LEO, 2017).

A mortalidade por dengue é considerada baixa. Contudo, esta doença causa grande perda de anos saudáveis de vida (ARAUJO *et al.*, 2017).

A dengue é uma doença que pode causar desde infecções assintomáticas até casos mais graves que podem resultar em óbitos, mesmo em primeira infecção

(FIGUEIREDO, 2006). O óbito por dengue ocorre por possíveis falhas na assistência ao paciente, pois, em sua grande maioria, pode ser evitado (COSTA, DONALISIO, SILVEIRA, 2013; BRASIL, 2013).

O presente estudo evidenciou um número geral de 578 casos de óbitos no período avaliado, sendo que a taxa de letalidade foi de 0,04%. Portanto, mesmo nos anos em que houve um número maior de casos, a doença não apresentou um perfil mais agressivo. De acordo com Ortiz e Hubie (2020), estudo realizado no ano de 2016, constatou que o índice de letalidade foi de 0,06%. Meira; Santos e Meira (2017) relataram que, no mesmo ano do estudo anterior, a taxa de letalidade foi de 0,21%.

Segundo Amâncio (2014), o maior risco de o idoso evoluir para óbito explica-se por sua maior vulnerabilidade ao estresse agudo e por seus órgãos como coração, rins, pulmões terem uma reserva funcional menor. Além disso, a existência de comorbidades — como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, asma brônquica, doenças hematológicas, renais crônicas, doenças cardiovasculares, hepatopatias, doenças ácido-péptica e doenças autoimunes — é intensamente associadas a um grande risco de evolução desfavorável da doença (BRASIL, 2001).

Diante de sua atuação frente a vigilância de saúde, o enfermeiro deve buscar conhecimentos que visem ações estratégicas de saúde pública como promoção, prevenção e proteção da saúde, atendendo tanto as diretrizes do Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica quanto as da Política Nacional de Atenção Básica que norteiam ações voltadas ao combate da dengue no Brasil (VERAS, 2021).

Segundo estudos de Veras (2021), perante o combate ao vetor da dengue, o profissional de enfermagem se mostra um agente curador, preventivo e assistencial, promovendo ações educativas por meio de campanhas, palestras, visitas domiciliares, panfletagem e rede social, juntamente com sua equipe e com apoio da comunidade para que juntos possam controlar e prevenir a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância do conhecimento sobre o perfil epidemiológico da dengue e, apesar de existirem várias ações a nível domiciliar que auxiliam na prevenção contra a dengue, ainda é de extrema relevância o impacto causado pela dengue no estado de Minas Gerais. Fica-se evidente, no estado, a necessidade de

melhorias na vigilância sanitária, nos estudos e ações epidemiológicas que auxiliem na vigilância em saúde, buscando meios de combater a doença. Além dessas ações de saúde, há que se considerar questões importantes como a infraestrutura das cidades, transporte de pessoas e cargas e o meio ambiente, levando em consideração que sistema sazonal do vetor está intensamente associado a variações climáticas. O enfermeiro está de forma expressiva à frente de ações administrativas, operacionais e educativas, desempenhando papel primordial no desenvolvimento de ações que possibilitem a evolução do programa de vigilância em saúde, juntamente a sua equipe e com apoio da comunidade para que juntos possam controlar e prevenir a doença.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. N. *et al.* Epidemiologia da dengue em Minas Gerais de 2009 a 2019: uma análise descritiva. **HU Revista**, v. 48, p. 1-9, 2022.

AMÂNCIO, F. F. **Dengue em Minas Gerais**: Epidemiologia, Análise de tendências e fatores associados ao óbito. Orientador: Profa. Mariângela Carneiro. 2014. 171 p. Monografia (Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2014.

AMARAL, P. M. **Análise da influência de fatores socioambientais e climáticos sobre a incidência de dengue, malária e tuberculose**. Orientador: Prof.Dr.luiz Fernando Schettino. 2015. 45 p. Monografia (Bacharel em Ciências biológicas) - Universidade Federal, Espírito Santo, 2015.

ANDRIOLI, D. C.; BUSATO, M. A.; LUTINSKI, J. A. Características da epidemia de dengue em Pinhalzinho, Santa Catarina, 2015-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.29, n.4, p.1-7, agosto, 2020.

ARAÚJO, E. M. de. A *et al.* Aumento da carga de dengue no Brasil e unidades federadas, 2000 e 2015: análise do Global Burden of Disease Study 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.** [s.l.], v.20, n.1, p.205-216, maio, 2017.

BRAGA, I. A; VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiol Serv Saúde.**, [s.l.] v.16 n.2, p.113, abril/junho, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: Manual de normas técnicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 84 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretoria Técnica de Gestão.Dengue: Diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 2002.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_diagnostico_manejo_clinico_adulto.pdf. Acessado em: 27jun.2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue.** 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acessado em: 18.set.2022.

BRITO, A. L. **Perfil epidemiológico da dengue no Brasil, nos anos de 2009 a 2013, 2015.** 20 f. Orientador: Prof. DsC. Bruno Silva Milagres. 2015. 13f. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso) – Bacharelado em Biomedicina, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2015.

CÂMARA, F. P. *et al.* Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: Características regionais e dinâmicas. **Rev. Soc. Bras. Med Trop.** Brasília-DF, v.40, n.2, p.192-196, março/abril, 2007.

CAMPOS, K. B.; AMÂNCIO, F. F.; VALDELAINE, E. M. de. A.; CARNEIRO, M. Factors associated with death from dengue in the state of Minas Gerais, Brazil: historical cohort study. **Trop. Med. Int. Health**, Oxford, Oct. 2014. In press.

CASSEB, A. do. R.; CASSEB, L. M. N.; SILVA, S. P. da.; VASCONCELOS, P. F. da. C. Arbovírus: Importante Zoonose Na Amazônia Brasileira. *Vet. e Zootec.*, [s.l.], n.20, v.3, pág. 9-21, set, 2013.

COSTA, J. V.; DONALISIO, M. R.; SILVEIRA, L. V. de. A. Spatial distribution of dengue incidence and socio-environmental conditions in Campinas, São Paulo State, Brazil, 2007. **Cad. Saúde Pública.** São Paulo, v.29, n.8, p.1522-1532, agosto, 2013.

CORRÊA, P. R. L.; FRANÇA, E.; BOGUTCHI, T. F. Infestação pelo *Aedes aegypti* e ocorrência da dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 33-40, 2005.

DE BARROS, M. L. S. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico da dengue no estado de Minas Gerais. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 373-387, 2022.

FIGUEIREDO, L. T. M. Febres Hemorrágicas por Vírus no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Ribeirão Preto, v.39, n.2, p.203-210, março-abril, 2006.

FURTADO, A. N. R *et al.* Dengue e seus avanços, **Revista Brasileira de Análises Clínicas.** Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 196-201, maio/agosto, 2019.

HOY, J. B. Experimental mass-rearing of the mosquito fish, *Gambusia affinis*. **J. Am. Mosq. Control. Assoc**, San Bernardino, v.1, n. 3, p.295–298, Setembro, 1985.

IOC (Instituto Oswaldo Cruz). **Dengue, Vírus e Vetor**. S. D.; Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>. Acesso em: 27 jun. 2022.

LEVIN, M. Coagulation abnormalities in dengue hemorrhagic fever: Serial investigations in 167 Vietnamese children with dengue shock syndrome. **Clinical Infectious Diseases**. Ho Chi Minh, v.35, n.3, p.277-85, agosto, 2002.

LIN, R. J.; LEE, T. H.; LEO, Y. S. Dengue in the elderly: a review. **Taylor e Francis Group**, Singapura, v. 15, n. 8, p. 729-735, 28 jul. 2017.

LUCENA, L. C.; SOUTO, A. A.; LUCENA, L. C.; MARQUES, T. N. Avaliação Do Perfil Epidemiológico Dos Casos De Dengue No Município De Porto Nacional, Tocantins. **Revista de Patologia do Tocantins**. v.6, n.1, p.18-23, março, 2019.

MARCONI. M. de. LAKATOS. E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5º Edição. São Paulo: Atlas S.A, 2003.

MARTINS, M.; RIBEIRO JUNIOR, H. L. Análise dos aspectos epidemiológicos da dengue: implicações para a gestão dos serviços de saúde. **Revista espaço para a saúde**. Londrina, v. 16, n. 4, p. 64-73, outubro/dezembro, 2015.

MASCARENHAS, M. D. M *et al.* Ocorrência simultânea de COVID-19 e dengue: o que os dados revelam? **Caderno de saúde pública**. Piauí, v. 36, n. 6, junho, 2020.

MENDONÇA, F. A; VEIGA e SOUZA, A; DUTRA D. A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & Natureza**. Uberlândia, v.21, n.3, p.257-269, novembro, 2009.

MENEZES, A. M. F; ALMEIDA, K. T; DE AMORIM, A. dos. S; LOPES, C. M. R. Perfil epidemiológico da dengue no Brasil entre os anos de 2010 à 2019. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 13047-13058, jun, 2021.

MOURA, D. N. A. *et al.* Epidemiologia da dengue em Minas Gerais de 2009 a 2019: uma análise descritiva. **Rev. UH**. Rio Doce, v.45, n.1, p.13-21, 2019.

MSF (Médicos sem Fronteiras). **Dengue**. 2018. Disponível em: encurtador.com.br/fsuNP2021. Acesso em: 10.jun.2022.

ORTIZ, J. A.; HUBIE, A. P. S. Análise epidemiológica de óbitos em pacientes com dengue em Cascavel-PR no período de 2015 a 2019. **FAG Journal of Health**. Cascavel, v.2, n.3, p.348-351, setembro, 2020.

PACHECO, D. G.; MOURA, L. C.; CAMBRAIA, R. P. Aspectos epidemiológicos da dengue em Araçuaí, médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Revista Espinhaço**. v.8, n.1, p.43-51, julho, 2019.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 8 ed. Rio de Janeiro. MedBook – Editora Científica Ltda, 2018.

SILVA, J. S.; MARIANO Z. F.; SCOPEL, I. A influência do clima urbano na proliferação do mosquito *Aedes aegypti* em Jataí (GO), na perspectiva da geografia médica. **Hygeia**. Uberlândia, v.2, n.5, p.33-49, dezembro, 2007.

SILVA, A. P. de. S. C.; ASSIS, D. M. de. FRUTUOSO, L. C. V.; SAID, R. F. do. C. Varredura Espacial Para Identificação De Áreas De Risco Epidêmico E Fatores Associados A Dengue: Experiência Em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Hygeia, v.17 n.1 p.14-25, Janeiro, 2021.

SHULSE, C. D.; SEMLITSCHS, R. D.; TRAUTH, K. M. Mosquitofish dominate amphibian and invertebrate community development in experimental wetlands. **J Appl Ecol**. Hoboken, v.50, n.5, p.1244–56, julho, 2013.

SOUZA, E, R, M, de *et al.* Estuo epidemiológico de avaliação do aumento da incidência de arboviroses em consequência do rompimento de barragens em Minas Gerais, Brasil. Pesquisa, Sociedade e desenvolvimento, São Paulo, 2021, v. 10, n. 1, p. 12-131.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. da. C. N.; BARRETO, F.; BARRETO, M. L. Dengue: twenty-five years since reemergence in Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, suppl. 1, p.S7-18, 2009.

VALLE, D.; AGUIAR, R.; PIMENTA, D. Lançando luz sobre a dengue. **Cienc. Cult.** [s.l.], v.67, n.3, p.4-5, setembro, 2015.

VALES, M. V. A importância da atuação do enfermeiro na vigilância em saúde no combate e controle à dengue. *In*: MOLIN, S. D. **Saúde em foco**: Doenças emergentes e reemergentes. 1. ed. São Paulo: Científica Digital, 2021. v. 2, cap. 2, p. 31-40.

VERAS, M. V. A importância da atuação do enfermeiro na vigilância em saúde no combate e controle à dengue. *In*: MOLIN, Sartori Dal. **Saúde em Foco**: Doenças emergentes e reemergentes. 1. ed. São Paulo: Científica Digital, 2021. v. 2, cap. 2, p. 31-40.

VIANA, D. V.; IGNOTTI, E. A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiologia**. São Paulo, v. 16, n. 2, pág. 240-256, junho de 2013.

WILLS, B. A. *et al.* Coagulation Abnormalities in Dengue Hemorrhagic Fever: Serial Investigations in 167 Vietnamese Children with Dengue Shock Syndrome. **Clinical Infectious Diseases**, [S. l.], v. 35, n. 3, p. 277-85, 1 ago. 2002.

WHO - World Health Organization. **Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance**. 1996. Disponível em: file:///C:/Users/EsterPC/Downloads/WHO_CTD_WHOPES_97.2.pdf. Acessado em: 15.set.2022.

YANG, H. M. Epidemiologia e transmissão da dengue. **Tema- Tend. Mat. Apli. Comput**, [s./.] v.4, n.3, pág. 387-396, 2003.

ZARA, A. L. de. S. A. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão, **Epidemiol-Serv. Saúde**. Brasília, v. 25, n.2, p.391-404, abril/junho/2016.

EPIDEMIOLOGIA DA SÍFILIS NO BRASIL ENTRE OS PERÍODOS DE 2017 E 2021

Acadêmicos: Guilherme Lopes Rodrigues e Julierme Romualdo Da Silva Britz.

Orientadora: Renata Aparecida Fontes

Linha de Pesquisa: Linha 1 cuidado de enfermagem - Enfermagem, Saúde Coletiva e Epidemiologia

RESUMO

A sífilis é uma doença recorrente no Brasil, causada pelo *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre através de uma pessoa infectada que tem um contato sexual com outra sem o uso de preservativos ou de maneira vertical que acontece quando sai da mãe para o feto, geralmente ocorre no primeiro trimestre de gestação. A sífilis adquirida pode ser transmitida de uma pessoa para a outra durante o sexo (anal, vaginal ou oral) sem preservativo ou por transfusão sanguínea. Já a transmissão da Sífilis congênita acontece da mãe infectada para o feto durante a gestação ou o parto, geralmente no primeiro trimestre de gestação. Apresenta várias manifestações clínicas e diferentes estágios (sífilis primária, secundária, latente e terciária), sendo que, nos estágios primário e secundário da infecção, a possibilidade de transmissão é maior. Portanto, este trabalho tem como objetivo realizar um boletim epidemiológico no Brasil de sífilis entre os anos de 2017 e 2021. Contatou-se um número total de 617.056 casos de sífilis adquirida e um número total de 201.740 em gestantes. Há, portanto, preocupação junto à população dos altos números de casos tanto da sífilis gestacional, sífilis adquirida e sífilis congênita que podem ser contraídas em qualquer idade, gênero, classe social ou raça. Sabe-se que o tratamento tem que ser feito precocemente tanto de mulheres como de homens.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis Adquirida; Sífilis em Gestantes; Sífilis Congênita Vigilância Epidemiológica; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, sexualmente transmissível, que vem se destacando nos últimos anos por apresentar número expressivo de casos anualmente, em especial entre adolescentes, devido a não utilização de preservativos (BRASIL, 2017).

A sífilis acomete pessoas de todos os níveis socioeconômicos, independentemente da idade (BONFIM, 2019). É transmitida pela bactéria *Treponema pallidum*, através de pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Possui evolução crônica, apresentando manifestações cutâneas temporárias, provocadas pelo agente patológico (ERRANTE, 2016).

Uma das formas de maior preocupação da sífilis é a sua forma congênita. Nesses casos, ocorre transmissão da mãe para feto. A sífilis congênita pode ocasionar aborto e morte fetal e está relacionada à ocorrência de partos prematuros. Além disso, a sífilis congênita pode ocasionar sequelas no bebê, tais como perda de audição, dificuldades para aprender, danos dentários, oculares e articulares. Quando as gestantes e companheiros recebem diagnóstico precoce e o tratamento é realizado adequadamente, ocorre redução em até 97% de casos de transmissão vertical (SOUZA, 2018).

A sífilis apresenta números relevantes desse tipo de transmissão. Estima-se que, a cada ano, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis e que a grande maioria não realize o teste de detecção e/ou não recebem tratamento ineficiente (NONATO, MELO, GUIMARÃES, 2015; REIS *et al.*, 2018).

A sífilis adquirida foi incluída na lista de doenças que necessitam notificação compulsória pela Portaria MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2017). A notificação ocorre em uma ficha e/ou investigação que é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente. Posteriormente, as fichas são encaminhadas aos serviços encarregados pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias de Saúde (AZEVEDO, REIS, TELES, 2019). A notificação compulsória é necessária, devido à alta prevalência da SC que pode variar de 30% a 100% quando ocorrem falhas no tratamento ou este não é realizado (MARQUES *et al.*, 2018).

Mediante essas colocações, a questão norteadora deste trabalho é: Qual o perfil epidemiológico da sífilis e da sífilis em gestantes no Brasil entre os anos de 2017 e 2021? Assim objetivou-se, com este estudo, realizar um levantamento epidemiológico da sífilis e da sífilis em gestantes no Brasil entre os anos de 2017 e 2021.

A sífilis é uma doença que se for não tratada é preocupante, pois pode agir em todas as partes do corpo. Apesar de o tratamento ser de certa forma eficiente e os exames serem de baixo custo, a sífilis continua com um crescente alarmante. Este aumento se deve à falta de informações e, até mesmo, falta de educação e recusa ao uso de preservativos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) tornaram-se uma das principais bases de debate e pesquisa dentro do ambiente clínico. Essas condições vêm se tornando recorrente, principalmente entre os adolescentes, os quais, de forma cada vez mais precoce, têm contato sexual, algo que, na visão de especialistas, não é realizado de forma segura ou com todos os métodos possíveis para evitar o risco de contaminação desses indivíduos (FURLANI, 2017). Considerando que as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) são transmitidas por indivíduos que se envolvem em comportamentos físicos definíveis e que muitas delas não são curáveis, está claro que um programa eficaz de prevenção de ISTs seria a base para que as desinformações a respeito fossem superadas e que a propagação diminuísse (FURLANI, 2017).

Na situação dos problemas para a saúde, as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) evidenciam um grande impacto sobre a saúde. Em vários países, as IST's trazem vastas consequências sanitárias, econômicas e sociais. As barreiras de acessibilidade e a formas dos serviços de saúde — oferecidos aos círculos populacionais em desvantagem social — são as maiores dificuldades enfrentadas para o enfrentamento dessas doenças (RAMALHO 2016).

A Sociedade Brasileira de Infectologia (2017) aponta que as IST's podem causar morte, malformações fetais e abortos. Esses problemas atingem diretamente a saúde reprodutiva e infantil, pois podem ocasionar graves consequências para a mulher como gravidez de alto risco, infertilidade e parto prematuro, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança (SBI, 2017).

Dentre as IST's destaca-se a sífilis. Trata-se de uma infecção sexualmente transmissível com manifestações multiformes causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Estas são bactérias anaeróbicas facultativas que se movem com lentidão, e não apresentam crescimento em meio artificial, sendo sensíveis à temperatura, à umidade e à desinfetantes, tendo como único hospedeiro natural o homem (RODRIGO, SILVA, 2003). Possuem membrana citoplasmática e uma membrana externa de revestimento, entre elas há uma camada de peptidoglicano que confere estabilidade à estrutura. Na membrana externa, existem flagelos que se enrolam ao redor do corpo, conferindo a forma espiralada característica (LAFOND, LUKEHART, 2006).

Para Reis *et al* (2018), a sífilis apresenta um dos maiores números de transmissão vertical dentre as diversas doenças que podem ser transmitidas na gravidez. Pressupõe-se que, a cada ano, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis, devido ao fato de que a maioria não realiza o teste de detecção e/ou por receberem tratamento ineficiente (NONATO, MELO, GUIMARÃES, 2015).

O agente etiológico infecta o indivíduo por meio da transmissão por contato sexual e/ou por transmissão vertical da mãe para o feto (BAUGHN, MUSHER, 2005), podendo ocorrer também por vias indiretas, como transfusões sanguíneas, transplante de órgãos e tatuagens (MARTINS, 2007). Na transmissão vertical, ocorre a passagem da bactéria pela barreira placentária, principalmente no primeiro trimestre (CLOHERTHY, EICHENWALD, STARK, 2015).

A sífilis adquirida pode ser dividida em estágios primário, secundário, latente e terciário. A infecção pode ser transmitida verticalmente, resultando em sífilis congênita e, ocasionalmente, por transfusão de sangue e contato não sexual (AVELLEIRA e BOTTINO, 2016; RAMALHO 2016).

A sífilis primária geralmente se apresenta como cancro indolor e solitário, enquanto a sífilis secundária pode ter uma ampla variedade de sintomas, especialmente febre, linfadenopatia, erupção cutânea e *condiloma latum* genital ou perineal. Na sífilis latente, todas as manifestações clínicas diminuem e a infecção é detectável apenas no teste sorológico. A sífilis tardia ou terciária pode se manifestar anos após a infecção como doença gengival, doença cardiovascular ou envolvimento do sistema nervoso central (OLIVEIRA e FIGUEIREDO, 2011; BRASIL 2018).

A sífilis congênita (SC) caracteriza uma doença grave que é facilmente evitada na gestação com tratamento e pré-natal eficientes (OMS, 2008). Dos fatores de risco associados à sífilis, os que se relacionam diretamente com a SC são o acesso limitado ao sistema de saúde e a assistência pré-natal inadequada (NONATO, MELO, GUIMARÃES, 2015). No Brasil, é preconizada a realização de 3 exames VDRL pela gestante, sendo 2 durante o pré-natal e 1 no momento do parto, a fim de garantir a detecção da sífilis durante a gestação (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da sífilis é de suma importância para sua detecção, principalmente nos estágios assintomáticos. Os métodos de identificação podem ser

diretos, com a detecção do *T. pallidum* realizada por meio da microscopia e através da pesquisa de DNA, ou indiretos, que pesquisam anticorpos anti-*T.pallidum* (ZETOLA, ENGELMAN, JENSEN, KLAUSNER, 2007). A microscopia em campo escuro é um método direto por meio do qual se realiza uma colheita nas lesões presentes nas sífilis primária, secundária e congênita, sendo possível observar o agente etiológico, baseando-se na sua morfologia (FERREIRA, SOUZA, 2000). Este método, apesar de específico, apresenta baixa sensibilidade, sendo necessária a realização do teste em triplicada para a confirmação do diagnóstico. Além disso, possui uma precisão limitada, uma vez que depende da experiência do microscopista e da quantidade de treponemas presentes na amostra (BROWN, FRANK, 2003).

Em 1940, foi descoberto o antibiótico que se tornou a principal escolha para a terapêutica da sífilis. O uso da penicilina é um método de erradicação dessa patologia, que tem mostrado resultados positivos ao longo dos anos, levando à cura dessa doença. Além do tratamento farmacológico, medidas de prevenção e controle, educação em saúde, campanhas de prevenção e incentivo para gestantes infectadas realizarem o tratamento são ações do governo que visam a ajudar no combate à sífilis (MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, CALDERON, 2013).

O medicamento de escolha para o tratamento da sífilis é a penicilina G benzatina e a dosagem é ajustada avaliando os estágios da doença (BRASIL, 2007). O tratamento é considerado inadequado quando não se utiliza a penicilina e quando não ocorre queda na titulação após o tratamento. Na SC o tratamento pode incluir penicilina cristalina, procaína ou benzatina, mas sempre deve ser utilizada a penicilina (BRASIL, 2015).

A sífilis adquirida foi incluída na lista de doenças que necessitam da notificação compulsória pela Portaria MS nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (BRASIL, 2017). Entre 2010 e 2017, foram notificados 342.531 casos de sífilis adquirida, sendo que 59,2% foram registrados na região Sudeste, seguidos de 21,2% no Sul, 10,4% no Nordeste, 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte (BRASIL, 2017).

A Vigilância Epidemiológica da SC no Brasil é realizada por meio das notificações compulsórias, que permitem avaliar a distribuição da doença no país ao longo dos anos (SARACENI *et al.*, 2007). A notificação compulsória da SC teve

início com a criação da Portaria nº 542/1986, que abrange o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (LAFETÁ, MARTELLI JÚNIOR, SILVEIRA, PARANAÍBA, 2016). Esta é necessária devido à alta prevalência da SC que pode variar de 30% a 100% quando ocorrem falhas ou ausência do tratamento (MARQUES *et al.*, 2018).

Em 1993, no Brasil, o combate à SC foi realizado com a criação do Projeto de Eliminação da Sífilis Congênita (PNESC) pelo Ministério da Saúde, visando à prevenção de novos casos, o cuidado com as crianças infectadas e ao controle da qualidade do diagnóstico e do tratamento (HENRIQUES, 2008). Em 2010, foi aprovado o Plano de Ação para Eliminação da Transmissão do HIV e da Sífilis Congênita pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que estabelecia metas para 2015, focando na redução das taxas de incidência da SC para menos de 0,5/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2014). No Brasil, em 2011, foi criada, por meio da Portaria 1.459, a Rede Cegonha, que visava a proporcionar cuidados à mulher desde um pré-natal adequado até o nascimento seguro da criança (BRASIL, 2011).

No entanto, mesmo com as medidas de prevenção e controle, em 2013, foram registrados 13.705 casos de SC no país, apresentando uma taxa de incidência de 4,7/1000 nascidos vivos, com maior índice na região Nordeste, 5,3 casos, seguido da região Sudeste, 5,1 casos, Sul, 4,1, Norte, 3,5 e Centro-Oeste, 3,3 casos (BRASIL, 2014).

Entre 2010 e 2016, houve aumento na taxa de incidência de sífilis congênita, passando de 2,4 para 6,3/1000 nascidos vivos e das taxas de detecção de sífilis em gestantes, passando de 3,5 para 12,4/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2017). Em 2016, foram notificados 19.846 casos de sífilis congênita em neonatos, sendo 93,4% classificados como sífilis recente, 3,4% como caso de aborto por sífilis, 3,0% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia (BRASIL, 2017).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. O estudo quantitativo tem o objetivo de quantificar os dados para generalizar os resultados de uma porção para o público-alvo, habitualmente coletados a partir de materiais estruturados de forma que a análise se dê utilizando estatística (GABRIEL, 2014).

Foram avaliados o número casos e taxa de detecção de sífilis adquirida por

ano de diagnóstico e por sexo, além do número de casos e a taxa de detecção da sífilis em gestantes, ocorridos no Brasil entre os anos de 2017 e 2021.

Os dados foram obtidos no Painel de Indicadores Epidemiológicos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (<http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos>).

Os dados foram organizados utilizando o *Microsoft Office Excel* e foi realizada estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi possível identificar um crescimento de casos de sífilis adquirida no Brasil entre os anos de 2017 e 2019 (TABELA 1). Contudo, nos anos de 2020 e 2021, esses valores foram decrescentes (TABELA 1).

Tabela 1 - Casos e taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2021.

Sífilis adquirida	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Casos	122.172	159.237	155.975	115.371	64.301	617.056
Taxa de detecção	58,8	76,4	74,2	54,5	-	-

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. NOTAS: Dados até 30/06/2021.

Os casos de sífilis no Brasil vêm aumentando desde 2010. Em dez anos, passou de 3.925 casos em 2010 para 115.371 casos em 2020. O recorde foi em 2018 em 158.966 casos. Em 2019, o número de casos confirmados caiu um pouco, mas permaneceu no patamar de 150.000, 152.915 registros naquele ano. A queda de 25% de 2019 para 2020 pode estar relacionado à subnotificação devido à pandemia, quando menos pessoas foram testadas, possivelmente devido ao isolamento social. No boletim epidemiológico, o Ministério da Saúde reconheceu ao potencial de subnotificação, já que os profissionais de saúde se concentram no combate à Covid-19 (MALU, 2021).

Os dados apresentados evidenciam que incidência de sífilis no Brasil é preocupante. Assim, é possível pressupor que as políticas públicas que tratam desses problemas ainda não foram assertivas e este é o melhor caminho para a prevenção. Percebe-se, portanto, que é preciso ainda trabalhar com a estrutura dos sistemas que integram essa política para que os resultados futuros tendam apenas à queda (CARVALHO e BRITO, 2014).

Uma consideração importante é que a maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas, o que contribui para manter a cadeia de transmissão. Se não tratada, a doença pode evoluir para complicações sistêmicas graves, após vários anos da infecção inicial (WORKOWSKI, 2015)

Na Tabela 2 podemos identificar os casos de sífilis adquirida por sexo e ano do diagnóstico entre os anos 2017 e 2021. A incidência entre os homens vem se mostrando maior ao longo do período investigado.

Tabela 2 - Casos e taxa de detecção (TD) (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2021.

Sífilis adquirida	2017		2018		2019		2020		2021		Total
	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	
Homens	71.802	58,8	94.906	59,6	93.334	59,9	72.471	62,9	40.360	62,9	372.873
Mulheres	50.301	41,2	64.225	40,4	62.485	40,1	42.733	37,1	23.815	37,1	243.559

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **NOTAS:** Dados até 30/06/2021.

O número de casos vem aumentando no mundo, assim como no Brasil, onde o crescimento nas taxas de sífilis é atribuído primariamente aos homens que fazem sexo com homens (HSH). Houve um grande declínio no uso de preservativos na população geral, mas principalmente nesta população específica (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR *et al.*, 2016).

Estima-se que, para cada dois homens, uma mulher é infectada (BRASIL, 2015).

Discute-se o acesso dos homens ao diagnóstico e ao tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), sendo a sífilis uma delas. Muitos homens nem chegam a buscar cuidados nos serviços de saúde, seja por estarem assintomáticos, seja por procurarem tratamentos alternativos, com remédios caseiros ou, então, "prescritos" por amigos ou nos balcões das farmácias (ROSSO, 2015).

Em relação às mulheres, além do tratamento dos casos é importante destacar a necessidade da realização de testes no início do pré-natal, para a realização de um tratamento precoce, visando a reduzir a transmissão vertical (SILVA, 2016).

A Tabela 3 demonstra dados de sífilis em gestante e é possível detectar um aumento dos casos e das taxas de detecção a partir de 2017

Tabela 3 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2017-2021.

Sífilis gestacional	2017	2018	2019	2020	2021
Casos	49.836	63.250	62.086	61.441	27.213

Taxa de detecção	17,0	21,5	21,8	21,6	-
-------------------------	------	------	------	------	---

FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **NOTAS:** Dados até 30/06/2021.

Entre 2000 e 2016, houve aumento progressivo da incidência da SC, com cerca de 136.999 casos notificados, sendo que a maior prevalência ocorreu nas regiões sudeste e nordeste. Em 2006, a incidência era de 2,0/1000 nascidos vivos. Em 2015, este valor subiu para 6,5/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2016). Pode-se relacionar esse aumento ao fato de que nem todos os municípios das regiões brasileiras oferecem o mesmo nível de atendimento na Saúde Pública. Sendo observada em muitos municípios uma grande dificuldade no acesso ao pré-natal e demais exames (LORENZI, MADI, 2001).

Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, em especial as gestantes. A sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer. O teste deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no 3º trimestre da gestação e no momento do parto (independentemente de exames anteriores). O cuidado também deve ser especial durante o parto para evitar sequelas no bebê, como cegueira, surdez e deficiência mental (BRASIL, 2022).

O aumento no número de casos de sífilis em gestantes ao longo dos anos evidencia a realização dos testes de detecção de sífilis no pré-natal, que constitui uma importante ferramenta no combate à sífilis congênita (CARVALHO, BRITO, 2014). No entanto, evidencia, também, que a ocorrência da sífilis em mulheres tem crescido no decorrer dos anos. De acordo com estudos, o aumento da taxa de detecção da sífilis gestacional está relacionado, além disso, ao aumento das notificações, indicando uma melhoria da Vigilância Epidemiológica no Brasil (FONSECA, KALE, SILVA, 2015).

O acompanhamento da mulher do início ao fim da gestação é necessário para garantir o parto de um recém-nascido saudável, sem causar danos à mãe (BRASIL, 2012). Fatores como o manejo inadequado dos casos de sífilis, com consequente falhas no diagnóstico e tratamento, ausência de aconselhamento das gestantes e o não tratamento do parceiro estão relacionados à ocorrência da SC (DOMINGUES, SARACENI, HARTZ, LEAL, 2013).

Dito isso, é importante ressaltar que a ação mais eficaz para o controle da sífilis está na garantia de uma assistência de qualidade, com diagnóstico precoce e tratamento eficaz (RODRIGUES *et al.*, 2016). No entanto, é necessário, também, controlar os principais fatores ou causadores do aumento do número de casos, como pré-natal ausente ou inadequado, gestantes adolescentes, uso de drogas ilícitas, múltiplos parceiros sexuais, baixo nível socioeconômico e cultural. Todos esses elementos são associados ao alto risco para exposição de gestantes (SANDES *et al.*, 2019).

Percebe-se a urgência de melhorias na qualidade do pré-natal, diagnóstico e tratamento que são essenciais. As falhas do governo em relação às ações de prevenção e promoção de saúde — como a qualidade ruim do pré-natal e a falta de investimento na capacitação dos profissionais de saúde que realizam a primeira assistência em saúde — refletem na tendência de crescimento contínuo das taxas apresentadas (LORENZI, MADI, 2001).

Medidas como a detecção precoce da infecção em mulheres, a realização dos exames preconizados, a garantia de um tratamento e diagnóstico precoce e eficaz, os tratamentos dos parceiros, bem como o acompanhamento e aconselhamento das gestantes pelos profissionais de saúde, constituem estratégias para a melhoria da qualidade da Saúde Pública e consequente diminuição das taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência da SC (MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, CALDERON, 2013).

Estudos têm permitido identificar evidências que poderiam ser utilizadas para orientar intervenções educativas de prevenção da sífilis adaptadas a cada realidade. O aspecto econômico tem sido colocado em destaque dentre os fatores mais importantes em se tratando de sífilis, pois existem trabalhos que mostram a ocorrência da doença em regiões com desenvolvimento econômico mais rápido. Com isso, destaca-se que uma estratégia de prevenção e controle seria a realização de testagem para sífilis em massa em regiões mais desenvolvidas economicamente. (SOUZA; PINHEIRO, 2019).

A atuação do enfermeiro na atenção básica está relacionada a inúmeras políticas públicas e tem como essência garantir aos usuários, família e coletividade os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Promovendo ações de atenção à saúde, como a promoção, proteção e recuperação, visando assegurar a

integralidade da assistência de forma humanizada, subjetiva, instituindo o vínculo e assegurando a continuidade da assistência (BRASIL, 2017).

Segundo Vasconcelos *et al.* (2016), a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o compromisso de promover ações que visem responder aos agravos no processo de adoecimento da população, buscando de forma longitudinal o cuidado aos indivíduos e prevenindo agravos. Nessa estratégia inclui cuidados pré-natais, tendo protocolos nos quais devem-se realizar a triagem da sífilis na gestante e o tratamento da mulher e de seu parceiro concomitantemente, caso tenham testes positivos. Isso torna o local ideal para realizar o controle da sífilis congênita, especialmente no diagnóstico precoce e tratamento adequado.

O acompanhamento do enfermeiro deve ser realizado de modo completo por meio da anamnese com orientações à gestante e ao parceiro sexual, sendo um ponto facilitador para a evolução de atividades voltadas à redução da sífilis (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu evidenciar que os casos de sífilis se mostram como um problema e que precisa ser combatido. Existe a necessidade de campanhas de conscientização tanto para as gestantes quanto para os adolescentes para intervenções mais estratégicas em relação a esse agravo. Os postos de saúde e Estratégia de Saúde da Família, com a atuação do enfermeiro, podem colaborar e conscientizar a população, a fim de diminuir o número de casos.

REFERÊNCIAS

ABARA, W. E. *et al.* Syphilis trends among men who have sex with men in the United States and Western Europe: a systematic review of trend studies published between 2004 and 2015. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. e0159309, 2016.

ALMEIDA, R. **Sífilis, doença camuflada pode provocar morte dos pacientes.** Disponível em: https://auniao.pb.gov.br/noticias/caderno_diversidade/sifilis-doenca-camuflada-pode-provocar-a-morte-dos-pacientes. Acesso em: 20/10/2022.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. [s. l.], v.81, n.2, p.111-126, 2016.

BOTELHO, J. E. de O.; PINHEIRO. V. de S.; de OLIVEIRA, W.; BARRETO. J. G. Incidência Da Sífilis: Um Estudo De Caso Do Município De Guaçuí, Espírito Santo, Brasil. **Acta Biomedica Brasiliensia**, V. 8, n. 1, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis, 2020**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-sifilis>. Acesso em: 10/11/2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico eletrônico: Avaliação da notificação da sífilis congênita no Brasil 2000 a 2003**, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Esquema terapêutico para sífilis e controle de cura** . Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/16152016-4-5-7-esquema-tto-sifilis.pdf>. Acesso em 09 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS- a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. **Nascimento por local de ocorrência por Sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria da saúde. **Sífilis**. Panamá: Ministério da Saúde 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Projeto de eliminação da sífilis congênita**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº32. 2013. 318 p.: il. – Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em : 09/07/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sinais e sintomas da sífilis adquirida**. Brasília: Ministério da saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico de sífilis. **Sífilis em Gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL, Ministério da saúde. **Sífilis: entenda o que é, qual a prevenção e o tratamento disponível no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. **Sífilis em gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistemas de informação de agravos de notificação. **Sífilis na Gravidez, teste VDRL e RPR**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BROWN, D. L., FRANK, J. E. Diagnosis and management of syphilis. **American Family Physician**, [s.l.], v. 68, n. 2, p. 283-90, 2003.

CARVALHO I. da S.; BRITO R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 287-294, 2014.

CLOHERTHY, J. P; EICHENWALD, E. C; STARK, A.R. **Manual de neonatologia**. 7ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

ERRANTE, P. R. **Sífilis congênita e sífilis na gestação**. Unilus ensino e pesquisa, v.13, n. 31, p. 120-126, 2016.

FERREIRA, W. F. C; SOUSA, J. C. F. **Microbiologia**. LIDEL: Lisboa, 2000.

FONSECA, S. C; KALE, P. L; SILVA, K. S. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015.

FURLANI, J. Sexos, sexualidades e gêneros: monstruosidades no currículo da Educação Sexual. **Educ. rev.** Belo Horizonte. n. 46, dez. 2017.

GOMEZ, G. B. Sífilis materna não tratada e resultados adversos da gravidez: uma revisão sistemática e meta-análise. **Federação brasileira das associações de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v.6, n.3, p. 17-26, 2018.

HENRIQUES, M. de F. C. de M. **Vulnerabilidade para sífilis congênita: Estudo descritivo em maternidades com Projeto Nascer em Pernambuco**. Orientador: Isabella Chagas Samico. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, Recife, 2008.

LAFETÁ, K. R. G; MARTELLI JÚNIOR, H; SILVEIRA, M. F; PARANAÍBA, L. M. R. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Montes Claros, v. 19, n. 1, 2016.

LAFOND, R. E; LUKEHART, S. A. Biological basis for syphilis. **Clinical Microbiology Reviews**. [s.l.], v. 19, n. 1, p. 29-49, 2006.

LORENZI, D. R. S. de; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** - v. 23, n. 10, 2001.

MAGALHÃES, D.M.S; KAWAGUCHI, I.A.L; DIAS, A; CALDERON, I.M.P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.

MARQUES, J. V. S.; *et. al.* Perfil epidemiológico da Sífilis Gestacional: Clínica e Evolução de 2012 a 2017. **Rev. Polít. Públicas, SANARE**. Sobral, v.17, n.2, p.13-20, 2018.

NONATO, K. F. A; MELO, A. P. S; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados a sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 681-694, 2015.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**. [s. l.], v. 2, n. 2, p.108-111, 2011.

OLIVEIRA MLC, Lopes LAB. Núcleo do conhecimento em saúde. **Situação epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita no DF**. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/assistencia-do-enfermeiro>. Acesso em: 18/11/2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação**. 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

PINHEIRO, Pedro. MD. Saúde. **Tratamento e cura da sífilis**. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/sifilis-tem-cura/#:~:text=Sim%2C%20a%20s%C3%ADfilis%20tem%20cura,a%20primeira%20o p%C3%A7%C3%A3o%20de%20tratamento>. Acesso em: 03/09/2022.

RAMALHO, Agda Alves. **Sífilis congênita: estratégias para redução de incidência no município de Rondonópolis-MT**. 2018. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/4515>. Acesso em: 20/05/2022

RAMOS, Roberta de Souza Pereira da Silva; RAMOS, Vânia Pinheiro. Análise espacial como ferramenta de identificação de áreas prioritárias de intervenção para prevenção da sífilis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3733-3742, 2021.

REIS, J. G. *et al.* Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 1-13, 2018.

RODRIGUES, A. R. M; SILVA, M. A. M. da; CAVALCANTE, A. E. S; MOREIRA, A. C. A; MOURÃO NETTO, J. J; GOYANNA, N. F. Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 10, n. 4, p. 1247-55, 2016.

ROSSO N.C.; GALATO, D. A contribuição dos estabelecimentos farmacêuticos na prevenção e no manejo das DST: um estudo qualitativo em uma cidade do sul do Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.23, n.2, p.120-5, 2015.

SANDES, M. F; MENDONÇA, R. C. de; ALVES, M. M. S; SANTOS, L. G; LIMA, M.G; FARIAS, R. de. O. Análise epidemiológica por sífilis congênita em menores de um ano no estado de Sergipe. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1609-1615, 2019.

SARACENI, V; DOMINGUES, R. M. S. M; VELLOZO, V; LAURIA, L. de M; DIAS, M. A. B; RATTO, K. M. N; DUROVNI, B. Vigilância da sífilis na gravidez. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.103 – 111, 2007. SBI - Sociedade Brasileira de Infectologia. **Boletim**. São Paulo: 1ª Letra, 2017.

SILVA, N. E. **O acesso de homens a diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis na perspectiva multidimensional e relacional da vulnerabilidade**. Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://scielosp.org/article/icse/2016.v17n45/463-471/>. Acesso em: 16/11/2022.

SOUZA, R. PINHEIRO, V.R. **Análise espacial como ferramenta de identificação de áreas prioritárias de intervenção para prevenção da sífilis**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3733-3742/pt/>. Acesso em: 20/08/2022.

SOUZA, G.C. 2014. *et al.* **Segurança do paciente: conhecimento de alunos de graduação em enfermagem**. *Cogitare Enfermagem*, 19(3), 491-497.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* **Sífilis na gestação estratégias e desafios dos enfermeiros na atenção básica para tratamento simultâneo do casal**. *Rev. Bras. Promoção Saúde*, Fortaleza, 29 (Supl): 85-92, dezembro 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>. Acesso em: 07/11/2022.

ZETOLA, N. M; ENGELMAN, J; JENSEN, T. P; KLAUSNER, J. D. Syphilis in the United States: an update for clinicians with an emphasis on HIV coinfection. *Mayo Clinic Proceedings*. **Clinical Infectious Diseases**, [s.l.], v. 82, n. 9, p. 1091-102. 2007.

WORKOWSKI KA, BOLAN GA. **Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Diretrizes de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis**, p.1-3. 15;64.

Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>. Acesso em :20/09/2022.

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS

ACADÊMICAS: Jamile Alves Campos e Raniele Rosa da Costa

ORIENTADORA: Esp. Ana Paula Coelho Marcolino

LINHA DE PESQUISA: Linha 1: Cuidado de Enfermagem.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo compreender as experiências vivenciadas por mulheres que se tornaram mães na adolescência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevista semiestruturada. A amostra foi constituída por 10 mulheres, de 21 a 30 anos, que engravidaram quando adolescentes, residentes em um município localizado na Zona da Mata Mineira. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. O estudo resultou em quatro categorias: Iniciação da vida sexual, Causas da gravidez, Relação entre a reação familiar e apoio recebido e Mudanças na vida da adolescente. A gravidez não foi algo planejado e impactou diretamente suas vidas, antecipando escolhas e abreviando experiências como abandono escolar, menor chance de qualificação e oportunidade de inserção no mercado de trabalho, dificuldade na implementação de outros projetos de vida. A falta de informação e de prevenção foram os principais motivos apontados pelas adolescentes para a gravidez não planejada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do adolescente; Gravidez na Adolescência; Sexualidade; Experiências emocionais; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida que se singulariza pela transição da infância para a idade adulta. Essa etapa é compreendida entre 10 e 20 anos incompletos, marcada por um complexo e dinâmico processo de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento e de intenso aprendizado de vida (GONZAGA *et al.*, 2021).

Ao chegar à adolescência, o ser humano sofre transformações físicas, biológicas e sociais até chegar à fase adulta, muitas vezes ficando exposto aos riscos e perigos pertinentes a essa fase da vida. A falta de orientação, tanto na escola quanto na família, leva o adolescente à desinformação e, conseqüentemente, à vulnerabilidade aos mais diversificados agravos à saúde (LAMEIRA *et al.*, 2020).

Na adolescência, geralmente se iniciam os primeiros contatos sexuais e as primeiras experiências, quando os indivíduos começam a vivenciar novas descobertas de sensações físicas e emocionais. Nessa fase, os adolescentes, por sua impulsividade e imaturidade, necessitam de orientação sexual, principalmente

na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez precoce (OLIVEIRA e LANZA, 2017).

Além dos riscos médicos à mãe e ao bebê, a gravidez na adolescência pode ser considerada um fenômeno social que acarreta problemas psicossociais e econômicos, bem como afeta a qualidade de vida e o crescimento pessoal e profissional. Portanto, esse acontecimento interfere nas representações sociais das jovens, que subitamente passam de filha para mãe e provedora. Esse processo, muitas vezes, está condicionado ao despreparo físico, emocional, social e econômico, o que pode comprometer o pleno exercer das funções maternas, caso não haja o redimensionamento da vida da jovem e das pessoas que com ela convivem (PINHEIRO, PEREIRA e FREITAS, 2019).

Segundo Maranhão *et al.* (2018), a gestação durante a adolescência é capaz de causar divergências familiares e sociais, pois, na maioria dos casos, a adolescente não tem preparo emocional, físico e econômico para encarar a gestação. Ao descobrir a gravidez, a jovem procura apoio da família, do companheiro e dos amigos. No entanto nem sempre eles apresentam uma reação positiva como de acolhimento, felicidade, visto que alguns podem apresentar sentimentos de raiva e tristeza.

Destarte, os profissionais de enfermagem que atuam com a atenção aos adolescentes nas unidades de saúde têm o compromisso de desenvolver ações assistenciais e educativas, centradas no acolhimento, na comunicação, na interação e no estabelecimento de vínculos. Portanto, é necessário realizar um planejamento de cuidado e atenção ao adolescente voltado às necessidades e particularidades dessa faixa etária (FONSECA, 2019).

Nos estudos mencionados anteriormente, os autores preocuparam-se em avaliar os fatores socioeconômicos, bem como a porcentagem de adolescentes grávidas. No entanto, nota-se que existe escassez de pesquisas voltadas para as experiências e fatores emocionais associados à gestação na adolescência.

Assim sendo, delinea-se como questionamento para o presente estudo: Qual a percepção de mulheres sobre a repercussão da gravidez na adolescência? Em busca desse entendimento, o objetivo da pesquisa é compreender as experiências vivenciadas por mulheres, que se tornaram mães na adolescência.

Com este estudo, pretende-se contribuir para o fortalecimento de programas e projetos que articulem saúde e educação, voltados à prevenção da gravidez na

adolescência, com o intuito de reduzir a vulnerabilidade desses adolescentes em relação a esse acontecimento.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A adolescência pode ser vista como o momento da vida entre a infância e a idade adulta, primordial no processo de crescimento e desenvolvimento humano, marcada por transformações físicas e comportamentais motivadas por fatores socioculturais e familiares (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Desse modo pode acontecer a primeira relação sexual que, para os adolescentes, é o fato primordial que indica sua passagem para a vida adulta. Ao mesmo tempo em que lhes permite conhecer um mundo novo, pode inseri-los em um grupo de vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis (IST), podendo ter como desfecho a gravidez na adolescência e o aborto ensejando problemas biológicos, socioeconômicos e psicológicos (SPINOLA, 2020).

Atualmente, a gestação na adolescência tornou-se um episódio que ocorre em todos os níveis sociais, mas acontece com maior frequência nas classes sociais menos favorecidas. Suas consequências podem ser mais negativas para os adolescentes com menor flexibilidade de recursos. Uma questão muito relacionada à ocorrência da gravidez na adolescência é o nível educacional, além da falta de conhecimento dos métodos contraceptivos e da imaturidade psicológica e sexual dos adolescentes. Além do mais, a gravidez precoce ocasiona ao adolescente a omissão dos estudos e de um plano de futuro e de não adaptação escolar, social e familiar (DUARTE, PAMPLONA e RODRIGUES, 2018).

Nessa etapa da vida, o corpo feminino ainda se encontra em processo de desenvolvimento principalmente os órgãos reprodutivos que, após um período de maturidade, estão preparados para se reproduzirem normalmente, sem risco de saúde à gestante e ao bebê. A adolescência é uma fase da vida com mudanças e adaptações constantes, desse modo a gravidez passa a ser um risco para a saúde das mães e dos recém-nascidos (BATISTA *et al.*, 2021).

Os riscos para a saúde relacionados à gravidez precoce estão associados à maior probabilidade de parto pré-termo, à maior chance de mortalidade no parto e ainda, à maior taxa de mortalidade de recém-nascidos filhos de mães adolescentes. (SANTOS *et al.*, 2020).

Durante o período da adolescência, a adolescente não possui maturidade psicológica necessária para se tornar mãe e exercer as responsabilidades relacionadas. Essa condição e a insegurança poderão despertar sentimentos negativos. No entanto, a maturidade e a autoconfiança poderão provocar sentimentos positivos (RODRIGUES, SILVA e GOMES, 2019).

Algumas adolescentes passam por uma vivência atribulada, sobretudo na falta de apoio da família, seja por não ter sido acolhida pelo parceiro, ou, até mesmo, devido à idade. Essa condição pode ter como resultado o afastamento do ambiente familiar, podendo ocorrer evasão escolar na fase gestacional ou depois de o bebê nascer. A consequência disso é a diminuição das chances de aprimoramento profissional e a falta de apoio emocional e financeiro. Fatores que levam as adolescentes ao mercado de trabalho de forma precoce e que, até mesmo, podem causar um quadro de depressão materna (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Na assistência de enfermagem aos adolescentes, o enfermeiro tem como função ofertar e prestar acolhimento de qualidade de acordo com as necessidades básicas relatadas por elas. Dessa forma, estarão possibilitando a expressão de sentimentos, ao ponto de estabelecer confiança, procurando, assim, evitar que, no transcorrer do pré-natal, venham prevalecer muitas informações e imposições incorretas quanto os objetivos primordiais da atenção à saúde dessas adolescentes (SANTOS *et al.*, 2020).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Em termos gerais, a pesquisa qualitativa tem a finalidade de aprofundar e compreender um determinado fato, pois não se preocupa com a representatividade numérica, possui como características a objetivação do fenômeno e a hierarquização das ações seguindo a ordem de descrever, compreender e explicar determinado fato (MINAYO, 2013).

A pesquisa foi realizada com usuárias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF), em um município localizado na Zona da Mata Mineira, com uma população de 17.639 habitantes no ano de 2010. Atualmente, o município tem como fonte econômica a pecuária, produzindo, também, café, milho e banana, além de pequenas empresas (IBGE, 2010).

A amostra foi constituída por 10 mulheres, de 21 a 30 anos que engravidaram quando adolescentes. Os critérios de inclusão estabelecidos para determinação das participantes da pesquisa são residir no município de Matipó e estar adscrito no ESF em que foi realizada a pesquisa; ter acima de 21 anos de idade, possuir histórico de gestação na adolescência e concordar em participar da pesquisa. Dentre os critérios de exclusão estabelecidos para determinação das participantes da pesquisa estão: ser menor de 21 anos; não concordar em participar do estudo; não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); não comparecer ao dia agendado para a entrevista e não residir no município da investigação.

Para execução da pesquisa, foi previamente agendada uma reunião na Secretaria de Saúde do Município de Matipó- MG, solicitando a autorização da pesquisa pela gestão de saúde. Naquele momento, foram apresentados ao gestor os objetivos, a justificativa e a relevância da pesquisa. Mediante autorização da Secretária Municipal de Saúde e assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Dados em Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa, foi realizado um levantamento das mulheres cadastradas nas unidades ESF. A busca ativa aconteceu mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Ficha B-GES. A Ficha B-GES refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, reunindo dados gerais e sócios demográficos (BRASIL, 2003).

A partir de então, foram realizadas visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS. Durante as visitas, foi feito o convite para participação da pesquisa. Na ocasião, ainda, houve a prestação de esclarecimentos sobre como ocorreria a pesquisa. A partir do aceite em ser participante do estudo, os agendamentos para a realização das entrevistas foram feitos. Esses agendamentos ocorreram conforme a disponibilidade das mulheres entrevistadas. A escolha do local para a realização da entrevista ficou a critério das entrevistadas, desde que o ambiente fornecesse total privacidade.

As entrevistas foram divididas em duas etapas: a primeira constituiu em um breve levantamento dos dados sociodemográficos para melhor caracterização das participantes da pesquisa; a segunda parte foi realizada mediante um roteiro semiestruturado com questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, a fim de compreender as experiências vivenciadas por mulheres, que se tornaram mães

na adolescência. A entrevista foi gravada por meio de um aplicativo de gravador de áudio para *smartphone* e teve duração de 30 a 40 minutos. Para tanto, foi utilizado o Instrumento de coleta de dados adaptado a partir do estudo realizado por Valadares e Cassino (2017).

As participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo no momento do convite a participar e antes da realização das entrevistas. A participação foi concretizada mediante a assinatura do TCLE e assinatura do termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos.

Este estudo seguiu todas as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhes o anonimato e autonomia em recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Os pesquisadores mantiveram a identidade das entrevistadas em sigilo e a confidencialidade, atendendo à legislação brasileira — em especial, a Resolução CNS nº 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências — e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. Foi mantida nas falas a linguagem coloquial a fim de ser fiel às expressões dos pesquisados. Elas foram organizadas em categorias de análise, seguindo os passos propostos por Minayo (2012) que consistem na operacionalização dos dados, iniciando-se, primeiramente, com a ordenação dos dados mapeados no trabalho de campo, isto é, na transcrição das entrevistas gravadas, na releitura e na organização do material; na classificação dos dados após a leitura repetida e exaustiva dos textos transcritos e no estabelecimento de interrogações para identificar o que surge de relevante.

CATEGORIAS EMERGENTES DA COLETA DE DADOS

Participaram do estudo 10 usuárias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que engravidaram no período da adolescência, com idade entre 21 a 30 anos. A idade em que vivenciaram a gestação foi entre 15 e 17 anos. A renda familiar mensal variou entre 1 e 3 salários-mínimos.

Quanto menor a idade da iniciação sexual, maiores serão as chances de ocorrerem prejuízos à saúde durante e após a adolescência. Pesquisas têm destacado que, biologicamente, em idades abaixo dos quinze anos, há um aumento

dos riscos perinatais para as gestantes e seus bebês, doença hipertensiva específica da gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer (GONÇALVES *et al.*, 2015).

A análise sistêmica das entrevistas do estudo possibilitou identificar temas relacionados à falta de conhecimento, às consequências da gravidez, ao apoio dos familiares, às mudanças e ao medo. Diante dos temas apresentados, foi possível traçar quatro pontos de inteligibilidade e agrupá-los em categorias tais como: Iniciação da vida sexual, A descoberta da gravidez na adolescência, Causa da Gravidez na adolescência, Relação entre a reação familiar à gestação e o apoio recebido e Mudanças na vida da Adolescente. Com o intuito de descrever os resultados e resguardar suas identidades, as 10 entrevistadas foram identificadas com nomes de flores.

INICIAÇÃO DA VIDA SEXUAL

A gravidez na adolescência é um assunto de grande importância e possui, como um dos fatores associados, a iniciação da vida sexual precoce. Esse cenário gera o aumento do número de adolescentes grávidas, conforme apontado nas falas a idade da sexarca:

“Tive a primeira relação aos 13 anos”. (Jasmim, 21 anos).

“15 anos”. (Azaleia, 21 anos).

“Foi com 14” (Tulipa, 22 anos)

Cada vez mais, a atividade sexual feminina está desvinculada da vida reprodutiva e, conseqüentemente, da maternidade. Nesse sentido, é importante que a orientação sexual preceda o fenômeno da menarca e da sexarca, para que haja um exercício da sexualidade consciente e responsável. Considera-se que a inicialização sexual precoce tenha um impacto negativo no desenvolvimento físico, mental e psicossocial dos adolescentes (VIEIRA *et al.*, 2021).

CAUSAS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência está relacionada a diversas causas. Assim, os motivos que conduzem as adolescentes a engravidarem tão antecipadamente podem estar associados a fatores familiares, sociais, biológicos, psicológicos e métodos contraceptivos não utilizados de modo correto pelos adolescentes. Com

base nestas afirmativas e referente às percepções das mulheres que tiveram filhos na adolescência, foi compreendido em todos os relatos que a gestação não foi algo planejado e que repercutiu diretamente em suas vidas (CAMPOS, CORRÊA, CASTRO, e MIRANDA 2019).

As entrevistadas identificaram como condicionante dessa situação: a falta de informação e de prevenção como uma das principais causas:

“Na época eu não queria, pois eu tava trabalhando, eu tava tomando remédio, aí tipo assim eu fui trocar de remédio e no outro mês engravidei”. (Jasmim, 21 anos).

“Não tomava remédio não então foi falta de cuidado.” (Lavanda, 23 anos).

“Não sabia até então que se trocasse de remédio tinha que prevenir com camisinha, pra mim não ia dar em nada se eu não prevenisse, como eu já tinha tomado remédio por 4 anos pra mim não ia acontecer nada por que meu útero tava sujo de remédio”. (Dália, 23 anos).

A escassez de informação — aliada à ausência de diálogo familiar— fez com que as adolescentes praticassem a sexualidade de forma insegura e inconsequente, tendo como resultado uma gravidez inesperada (FREITAS e SANTOS, 2020). Nesse seguimento, foi possível verificar na fala das entrevistadas:

“Não, a minha vó que uma vez comentou, não conversou detalhes, mas algumas coisas”. (Jasmim, 21 anos).

“Nunca falou nada”. (Dália, 23 anos).

“Na minha adolescência eu arrumei porque eu não preveni e também não tive assim, não tive explicação de uma mãe de um pai, entendeu? não me ensinou as coisas, fui deixando por rumo eu também achei que podia fazer as coisas por rumo”. (Orquídea, 21 anos)

A grande dificuldade dos pais para ter uma conversa com os filhos é devido a uma ausência de preparo ou por se sentirem envergonhados para abordar o tema ou, até mesmo, os dois. Além do mais, alguns pais têm medo de que, ao iniciarem a abordagem sobre o tema, possa significar uma autorização para que comecem sua vida sexual previamente (NERY, FEITOSA, SOUSA e FERNANDES, 2015).

Uma relação com diálogo e de confiança entre pais e adolescentes contribui para a formação da personalidade do indivíduo, sendo capaz de auxiliar na preparação para a fase adulta, por meio dos valores e modelos apreendidos. Nesse sentido, o fortalecimento das relações parentais é capaz de enfatizar de forma positiva o direcionamento comportamental para postergar a iniciação das atividades sexuais de adolescentes (OLIVEIRA, LEITE JUNIOR e NASCIMENTO, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) e outros mecanismos de acesso à informação têm apresentando alternativas para estimular os adolescentes à prática do sexo seguro. Entretanto, esses resultados apontam realidades que se distanciam dos objetivos propostos. Existe uma lacuna entre o conhecimento e o uso dos contraceptivos, revelando que, apesar de terem clareza do risco de engravidar por meio da prática sexual sem o uso de medidas preventivas, as adolescentes preferem a relação sexual desprotegida (GUEDES, 2015).

RELAÇÃO ENTRE A REAÇÃO FAMILIAR À GESTAÇÃO E O APOIO RECEBIDO

O diagnóstico da gravidez acaba sendo uma surpresa para a adolescente e seus familiares, surgindo com essa notícia diversos sentimentos:

“Passei muito mal enjoô ne, sente muito aborrecimento”. (Rosa, 21 anos).

“Fiquei assustada, não esperava, chorei muito”. (Dália, 23 anos).

“Fiquei abalada porque eu não sabia cuidar nem de mim como que eu ia cuidar da criança.” (Orquídea, 21 anos).

“Eu fiquei alegre, primeiro filho.” (Lírio, 28 anos).

Levando em consideração os fenômenos emocionais da adolescência, uma gestação pode intensificar crises e conflitos, primordialmente quando acontece de modo precoce e não planejada. As crises e conflitos são causados pelas rápidas mudanças biológicas e psicológicas envolvidas nessa fase (TABORDA *et al.*, 2014).

Para a família, a notícia da gravidez na adolescência é envolta por momentos de conflitos, de aceitação e felicidade. Para algumas mães, o momento foi marcado pela incerteza e pelo medo de dar a notícia aos pais, principalmente em relação à reação que poderiam apresentar:

“Eles aceitaram né, um pouco ficaram assustado assim, mas aceitou!” (Jasmim, 21 anos)

“Escondi, fiquei com muito medo”. (Dália, 23 anos).

“Minha mãe ficou feliz que ela ia ser vó, meu pai ficou um pouco estressado que eu era muito nova né, aí falou agora essa menina não vai ter futuro nenhum porque engravidou agora vai ter que ficar por conta da criança” (Orquídea, 21 anos)

Aos poucos, as famílias passaram a aceitar, a se conformar com a situação. As reações da família diante da jovem grávida tendem a ser contraditórias, sendo

comum a sobreposição de sentimento de revolta, abandono e aceitação do inevitável (SOUZA e BEZERRA, 2019).

Muitas das adolescentes, assim como a família, depois de não aceitarem, de ficarem desesperadas ou surpresas, com o passar dos meses começaram a mudar os seus sentimentos e atitudes em relação à gravidez:

“Não foi planejada, assustei muito, mas depois eu percebi que eu amava muito”. (Dália, 23 anos)

“Ficou bem tenso, nova, mas também no outro ano eu ia casar, portanto não ficou tanto assim não” (Margarida, 23 anos)

“Minha mãe ficou passada, mas aceitou” (Tulipa, 22 anos)

Apesar de muitas adolescentes não terem planejado essa gestação e várias terem tido reações diferenciadas a respeito da descoberta, os sentimentos vão mudando, elas vão se adaptando e os laços com o bebê ficam mais fortes (SOUZA e BEZERRA, 2019).

O apoio social, familiar e do companheiro são fundamentais para as mães adolescentes. Espera-se que haja suporte financeiro e colaborem nos cuidados com a criança, para que haja experiência tranquila de cuidados com o filho (ANDRADE *et al.*, 2022). Evidenciou-se na fala das participantes a presença da rede de apoio constituída por familiares e o marido:

“Sim dele e da família dele, minha família no começo não, mas depois começou me ajudar.” (Girassol, 23 anos).

“Sim, do meu marido mais ainda do que minha família porque ele ficou muito feliz em saber que ia ser pai.” (Orquídea, 21 anos).

“Que tipo as pessoas têm que julgar menos porque eu fui muito julgada na escola, que tipo assim os colegas tem que dar mais apoio porque minha família me ajudou muito, mas os meus colegas praticamente afastou todo mundo de mim.” (Tulipa, 22 anos).

A adolescente grávida pode ter sua rede de apoio modificada em relação às pessoas que a compõem e aos papéis que exercem. As mulheres que não contam com essa ajuda tendem ao isolamento e à diminuição de contatos com amigos, não encontrando pessoas com quem compartilhar as angústias, os medos e os questionamentos que permeiam o processo de gestar e parir (FELTRAN *et al.*, 2022).

MUDANÇAS NA VIDA DA ADOLESCENTE

A gravidez é caracterizada como uma situação ímpar na vida das mulheres e responsável por diversas modificações de ordem biológica, psicológica, física e social, implicando, muitas vezes, na incorporação de novos comportamentos. (MARANHÃO *et al.*, 2018).

“Minha vida mudou demais, a gente tem que abrir mão de muitas coisas”. (Jasmim, 21 anos).

“Mudou companhia que a gente tem ne, não ficar sozinha, a gente ter o filho da gente, a gente conta mais com ele”. (Margarida, 23 anos).

“Aaa mudou tudo né, o tratamento das pessoas o jeito que elas olham pra mim, o jeito que eles falam.” (Dália, 23 anos)

A gestação e nascimento do bebê apresentam-se como um momento de mudanças, pois requerem reestruturação pessoal e familiar. A necessidade de assumir novos comportamentos afetam as adolescentes. A experiência de uma gestação na adolescência e não planejada ocasiona mudanças no meio familiar. Desse modo, a família e a adolescente necessitam reorganizar seus planos de vida, o que na maioria das vezes tem como consequência abandono dos estudos e do trabalho (SCHMITT *et al.*, 2018).

A fala das entrevistadas permite compreender que a gravidez na adolescência contribuiu de forma decisiva para que as mães adolescentes se afastem da escola e abandonem o trabalho:

“Eu parei de trabalhar quando descobri minha gravidez, depois de 4 meses.” (Jasmim, 21 anos).

“Na época eu não queria, pois eu tava trabalhando”. (Rosa, 21 anos).

“Atrapalha muito, igual a pessoa tiver estudando, é muito compromisso é muita responsabilidade, igual tipo assim, ainda mais quando acontece quando a gente não ta preparada, porque eu não tava esperando de engravidar”.(Dália, 23 anos).

“Abandonei os estudos e trabalho, fiquei toda atrasada” (Orquídea, 21 anos)

Fica evidenciado que a gravidez na adolescência pode resultar no abandono escolar e que o retorno aos estudos se dá em menores proporções, tornando-se difícil a profissionalização e a inserção no mercado de trabalho. A principal forma de ascensão social e econômica ocorre por meio do sistema educacional e essa dificuldade em prosseguir com os estudos tem como consequência o agravamento

das condições de vida de pessoas já em situação economicamente desfavorável (SOUZA *et al.*, 2018).

A maternidade é uma vivência difícil, devido à falta de experiência e à insegurança diante de uma nova situação que demanda muita responsabilidade. Todavia isso não significa que ela não possa ser desempenhada a contento pela mãe adolescente (FELIPE *et al.*, 2020).

Apesar das dificuldades geradas por conta de uma gravidez na adolescência, as entrevistadas demonstraram que não se arrependeram de ter engravidado nessa idade. Muito pelo contrário, é como se os filhos lhes dessem força para continuar lutando na vida, como também para alcançar novos objetivos para lutar e promover uma vida melhor para o seu filho e para si, o que é evidenciado nos seguintes relatos:

“Feliz, eu formada, tipo assim a condição financeira boa, e com muita saúde lógico”. (Jasmim, 21 anos).

“Eu penso que quero pra mim, me formar, trabalhar na profissão que eu desejo, quero fazer um curso” (Rosa, 21 anos)

“Penso só no futuro do meu filho, vou dá tudo pra ele”. (Dália, 23 anos).

Os principais sonhos de mães adolescentes consistem em melhorar a própria condição de vida, bem como das crianças, procurando um futuro melhor para ambos e para a manutenção da família. A incorporação do papel materno na identidade delas significa a existência de uma criança que necessita de atenção, mas também um estímulo para os adolescentes conquistarem seus desejos e persistir na luta por uma qualidade de vida melhor (ARAÚJO *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa escolaridade confere ao indivíduo menor probabilidade de inserção no mercado de trabalho, cada vez mais competitivo. A adolescência é uma fase em que os indivíduos estão em formação, incluindo a escolar, e obtendo habilidades para terem maior chance de sucesso na vida adulta. Sendo assim, a adolescente, ao assumir os papéis de mãe e de dona de casa, tem suas possibilidades de qualificação profissional reduzidas, prejudicando seu potencial produtivo e perpetuando a desvantagem social.

Quanto à saúde, é fundamental a implementação de políticas públicas que vão muito além da abordagem meramente preventiva, mas que contemplem as reais necessidades das jovens, escutando-as e levando em consideração as

particularidades socioeconômicas e comportamentais da população em questão. Dessa forma, promovendo intervenções que tenham como ponto de partida a educação sexual e reprodutiva, de modo que as escolhas das adolescentes sejam conscientes e fortaleçam seu futuro.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Wallacy Jhon Silva. *et al.* Fatores relacionados à iniciação das práticas sexuais precoces na adolescência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 10, n. 14, p.1-15, 2021.

ANDRADE, Bianca Gansauskas de *et al.* Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 35, n. [s.n] p. 1-8, 2022.

BATISTA, Mikael Henrique Jesus *et al.* Gravidez na adolescência e a assistência de enfermagem: uma abordagem sobre os riscos a saúde materna e neonatal. **Saúde Coletiva (Barueri)**, [s.l.] v. 11, n. 61, p. 4978-4989, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/siab/downloads/manual.pdf>. Acesso em: 20.abr.2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília-DF: CNS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso 01.mar.2022.

CAMPOS, Camila de Assunção Teixeira; CORRÊA, Jaciara Oliveira; CASTRO, Nádile Juliane Costa de Castro; MIRANDA, Shirley Aviz de Miranda. Percepção de adolescentes grávidas sobre a gestação precoce. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v.22, n. 22, p. 680-680, 2019.

DUARTE, Elizabete Da Silva; PAMPLONA, Taina Queiroz; RODRIGUES, Alesandro Lima. A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais. **DeCiência em FOCO**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 45-52, 2018

FREITAS, Maria Victória Pasquoto; DOS SANTOS, Francesca Rosa. Gravidez na adolescência: um problema de saúde pública no Brasil. **Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp**, [s.l.], v. 16, n.16, p. 227-232, 2020.

FELIPE, Daiane Fernandes Felipe. Gestação na Adolescência: As Perspectivas de Futuro destas Jovens Mães. **Rev. Mult. Psic.**, [s.l.] v.14, n. 49 p. 1-16, fev.2020.

FELTRAN, Élica Cancian *et al.* Percepções de mães adolescentes acerca das expectativas e experiências da maternidade na adolescência. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v.25, n.1, p. 89-106, jan- mar. 2022

FONSECA, Jocimara Machado. **Assistência de enfermagem às adolescentes grávidas**. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 03, n. 9, p. 92-114. 2019

GUEDES JS. **Percepção das adolescentes frente ao desafio de ser mãe**. 2015. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2015.

GONZAGA, Paulo Guilherme Alves *et al.* A gravidez na adolescência e suas perspectivas biopsicossociais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 13, n. 10, p. 01-10, out. 2021.

GONÇALVES, Helen. *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [s.], v.18, n.1, p. 1-18, 2015.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matipo/panorama>. Acesso em: 08.abr.2022

LAMEIRA, Nicole Râmilly de Oliveira *et al.* Boas práticas de enfermagem voltadas à gravidez na adolescência: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Belém, v. 41, n. 41 p. 01-06, fev. 2020.

MARANHÃO, Tathiana Araújo *et al.* Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n.4, p. 840-848. Abr. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

NASCIMENTO, Gabriela Tamirys Batista do *et al.* Dificuldades enfrentadas e fatores de risco associados a uma gestação na adolescência: uma revisão integrativa. **RECISATEC – revista científica saúde e tecnologia**, Jundiaí, v.1, n.4, p.1-13, nov. 2021.

NERY, Inez Sampaio; FEITOSA, Jairo José de Moura; SOUSA, Álvaro Francisco Lopes de; FERNANDES, Ana Catharina Nunes. Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo. v.28, n.3, p.287-292. 2015.

OLIVEIRA, Maria Joana Pires de; LANZA, Leni Boghossian. Educação em saúde doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. **Revista da**

Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, v.20, n.3, p. 138-142, 2018.

OLIVEIRA, Pedro Wanderson Leite de; LEITE JUNIOR, Francisco Francinete, NASCIMENTO, Francisco Arrais. ADOLESCÊNCIA E A FAMÍLIA: Desafios para uma educação sexual dos/as filhos/as. **Revista Café com Sociologia**. [s.l.], v. 6, n.2, p. 229-249, 2017.

PINHEIRO, Yago Tavares; PEREIRA, Natália Herculano; FREITAS, Giane Dantas de Macêdo. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 363-367, out./dez 2019.

RODRIGUES, Livia Santos; SILVA, Maria Vanuzia Oliveira da; GOMES, Maria Amábia Viana. Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. **Revista Educação e Emancipação**, São Luís, v. 12, n. 2, p. 228- 252, ago. 2019.

SANTOS, Aline Cristina Ferraz dos ;VADOR, Rosana Maria Faria; CUNHA, Fabíola Vieira ; SILVA, Andreara de Almeida e Silva. Abordagem do Enfermeiro na Gravidez da Adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n.6, p.17438-17456, nov./dez. 2020.

SCHMITT, Guthieres Mendonça *et al*; Consequências da gravidez na adolescência: uma sociedade conservadora. **CIPEEX**, Anápolis. v.2, n, 8, p. 1099-1108. 2018.

SOUZA, Rhayza Régia Garcia; BEZERRA, Martha Maria Macedo. Gravidez na Adolescência e Percepção da Gestação por Jovens Primíparas. **Rev. Mult. Psic**, [s.l.], v.13, n. 47 p. 999-1014, 2019.

SOUZA, Rodrigues de Oliveira *et al*. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de Carolina .**Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.26 n.2, p. 160-169, 2018.

SPINOLA, Mara Cristiany Rodrigues. Fatores associados a iniciação sexual precoce de adolescentes em Santarém, Pará. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Santarém, Pará, v. 19, n. 1, p. 36 - 47, 2020.

TABORDA, Joseane Adriana *et al*. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v.22, p. 16-24, 2014.

VALADARES, Natália Silva; CASSINO, Luciana. Gravidez na Adolescência: Um Estudo de Caso Sobre as Implicações Psicológicas e Sociais. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas, v.6, n.1, p. 1-22, 2017.

VIEIRA, Kleber José Vieira *et al*. Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 25, n.3, p. 16, 2021.

ANEXO I- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2022/01

TÍTULO DA PESQUISA "EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCENCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS".

PESQUISADORAS: Jamile Alves Campos e Raniele Rosa da Costa

ORIENTADORA: Profa. Esp. Ana Paula Coelho Marcolino

LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)
4. Escolaridade: _____
5. Possui alguma religião? () Não () Sim. Se sim, qual? _____
6. Atividade laboral: _____
7. Filhos _____
8. Com quem vive? _____
9. Usa anticoncepcional? _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA –

Adaptado do questionário de Valadares e Cassino (2017).

DADOS RELACIONADOS À GRAVIDEZ

- 1- Com quantos anos, aproximadamente, você teve sua primeira relação sexual?
- 2- Com quantos anos você engravidou?
- 3- Alguma vez seus pais já falaram sobre sexo com você?
- 4- Este é seu primeiro filho?
- 5- Você estudava quando engravidou?
- 6- Como sua família reagiu ao saberem da sua gravidez?
- 7- Como foi para você descobrir que estava grávida? Como você se sentiu?
- 8- Teve apoio da família e do namorado?
- 9- Como é o seu relacionamento com sua família e com a família do pai do bebê?
- 10- Você trabalhava e/ou estudava quando engravidou?
- 11- Você recebeu alguma informação sobre sexo seguro?
- 12- Para você qual seria a causa da sua gravidez?
- 13- Em algum momento, você sentiu vontade de interromper a gravidez?
- 14- Você passa ou passou por dificuldades financeiras?
- 15- O que você pensa sobre uma gravidez na adolescência?
- 16- O que mudou na sua vida após a descoberta da gravidez?
- 17- Quais as consequências essa gravidez lhe trouxe?
- 18- Qual é a sua expectativa para o futuro?

ANEXO II- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA MAIORES DE IDADE

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS”, pretendemos compreender as experiências vivenciadas por mulheres, que se tornaram mães na adolescência. O estudo proposto justifica-se em garantir desenvolvimento integral na adolescência e juventude, sendo uma responsabilidade coletiva que precisa unir família, escola e sociedade para articular-se com órgãos e instituições, públicas e privadas na formulação de políticas públicas de atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade. Espera-se que a adolescente tenha uma gravidez saudável e uma rede de cuidado e proteção para ela e o bebê, garantindo o atendimento de suas necessidades psicossociais, como a permanência na escola, o apoio da comunidade, da família e do pai adolescente. Com este estudo pretende-se contribuir para o fortalecimento de programas e projetos que articulem saúde e educação, voltados à prevenção da gravidez na adolescência, com o intuito de reduzir a vulnerabilidade desses adolescentes em relação à gravidez na adolescência.

A pesquisa será realizada com 10 participantes, de 21 a 30 anos gestantes e/ou mulheres que engravidaram quando adolescentes. Para esta pesquisa, adotaremos o seguinte procedimento: coleta de dados através de entrevista com perguntas anotadas e breve levantamento sócio demográfico para caracterização dos participantes. A discussão dos dados se dará mediante as questões que surgirem da coleta, utilizaremos nomes fictícios para caracterizar as entrevistadas e assim proteger sua imagem. A entrevista será gravada através de um aplicativo de gravador de áudio para *smartphone*, e terá duração de 30 a 40 minutos.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em causar constrangimentos mediante aos questionamentos elencados na entrevista, quebra de anonimato, quebra de sigilo e extravio das informações. Nessas situações preservaremos as participantes, garantindo local reservado e liberdade para responder apenas quando se sentirem confortáveis, e que têm plena liberdade para desistir temporariamente ou definitivamente da pesquisa. Além disso, será garantida limitação ao acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Os dados das participantes da pesquisa são confidenciais e serão encaminhados a terceiros somente após a devida modificação das informações que possam identificar a entrevistada. Eles serão minimizados a partir de uma entrevista-piloto com 3 indivíduos não participantes da pesquisa, a fim de identificar possíveis potenciais de constrangimentos e minimizá-los. Com este estudo, acreditamos permitir uma reflexão acerca das peculiaridades da adolescência, bem como da necessidade de se desenvolverem ações de educação em saúde baseadas em experiências e desejos dos adolescentes, e contribua para o desenvolvimento de uma assistência diferenciada e qualificada dos profissionais de enfermagem junto aos adolescentes.

Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, a Sra. terá assegurado o direito à indenização, assistência integral, imediata e gratuita, pelo tempo que for necessário. A Sra. tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. A Sra. não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, que será assinado pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo pesquisador, e rubricado em todas as páginas por ambos, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos.

As participantes serão informadas dos objetivos do estudo no momento do convite à participar e antes da realização das entrevistas e a sua participação, será concretizada mediante a assinatura do TCLE e, assinatura do termo de Autorização para Uso de Imagens e Depoimentos.

Este estudo seguirá todas as especificações da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando-lhe o anonimato e autonomia de recusar-se ou desistir de fazer parte da amostra do estudo. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e a Resolução CNS nº 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Será concretizada mediante a assinatura do TCLE e do Termo de Sigilo e Confidencialidade de Dados pelos pesquisadores.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS**”, de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador: Ana Paula Coelho Marcolino
Endereço: Rua Miguel Monteiro
Telefone: (031) 98308-5828
Email: anapawlamarcolino@outlook.com

Nome do Pesquisador: Jamile Alves Campos
Endereço: Rua Santa Terezinha
Telefone: (31) 995396736

Email: alvescamposjamil@gmail.com

Nome do Pesquisador: Raniele Rosa Da Costa
Endereço: Rua Santa Terezinha
Telefone: (031) 971268925
Email: rosaraniele03@gmail.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar o CEP-UNIVÉRTIX:

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213
E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de agosto de 2022.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de entrevistada no projeto de pesquisa intitulado **“EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS”**, sob de responsabilidade de Ana Paula Coelho Marcolino, Jamile Alves Campos e Raniele Rosa Da Costa, vinculadas ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Vértice - UNIVÉRTIX.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Desse modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura da participante

Ana Paula Coelho Marcolino

Jamile Alves Campos

Raniele Rosa Da Costa

Matipó ___ de agosto de 2022

ANEXO IV –AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE MATIPÓ
Estado de Minas Gerais

Eu, Luisa Galdino Gardingo, na qualidade de Secretária de Saúde do Município de Matipó - MG, autorizo o acesso aos dados dos usuários do serviço desta instituição mediante parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para realização da pesquisa intitulada "Experiências vivenciadas da maternidade na adolescência: entre expectativas e conflitos", a ser conduzida sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Paula Coelho Marcolino, Jamile Alves Campos e Raniele Rosa da Costa.

Esta autorização só é válida se houver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Matipó, 19 de maio 2022

Luisa G. Gardingo
Secretária Municipal de
Saúde de Matipó - MG
CPF: 035.461.938-11

Secretária de Saúde

ANEXO V- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: CURSO: ENFERMAGEM – 2022/1

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

1. Dados do projeto e do grupo de pesquisa:

- a) Título do Projeto: Experiências vivenciadas da maternidade na adolescência: entre expectativas e conflitos
- b) Campus Matipó. Faculdade Vértice – Univértix/Enfermagem
- c) Pesquisador Responsável: Ana Paula Coelho Marcolino

Nome completo dos membros da equipe de pesquisa	RG	CPF
Ana Paula Coelho Marcolino	11.471.486	047.998.676-28
Jamile Alves Campos	21.489.933	139.935.296-26
Raniele Rosa da Costa	21.489.933	117.527.756-86

2. Descrição detalhada dos Dados Consultados

A coleta dos dados ocorrerá exclusivamente após a aprovação do projeto de pesquisa "Experiências vivenciadas da maternidade na adolescência: entre expectativas e conflitos", pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UNIVÉRTIX). O objeto dessa coleta será pesquisar mulheres entre 18 e 40 anos de idade com precedente de gestação, parto ou aborto.

Os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados exclusivamente para o projeto aqui citado e em caso de dúvidas, reclamações e demais informações sobre a pesquisa e/ou os aspectos éticos, o pesquisador responsável Ana Paula Coelho Marcolino, residente a Rua Miguel Monteiro, nº 142, Bairro Centro, Telefone: (031) 98308-5828, Email: anapawlamarcolino@outlook.com; e o CEP/UNIVÉRTIX poderão ser consultados. O CEP é situado à Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05, Telefone: (31) 3873-2199, ramal 224. E-mail: cep.univertix@faculdadevertice.com.br.




3. Declaração de responsabilidade dos pesquisadores

De acordo com a legislação ética brasileira vigente, preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466/12, e suas complementares, o grupo de pesquisadores participantes do projeto “Experiências vivenciadas da maternidade na adolescência: entre expectativas e conflitos” se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, mantendo-os nos arquivos originais do banco de dados ou da instituição de coleta, além da privacidade de seus conteúdos.

Nós declaramos a manutenção da integridade das informações, garantimos a confidencialidade dos dados, como também a privacidade dos indivíduos dos quais as informações serão acessadas e estarão sob nossa responsabilidade. Complementarmente, nos comprometemos a não repassar os dados coletados, o banco de dados em sua íntegra, ou parcialmente, ou qualquer outra informação relacionada, a pessoas que não componham a nossa equipe de pesquisa, aqui descrita. Ressaltamos ainda, que os dados obtidos nessa pesquisa serão utilizados apenas no projeto relacionado e citado neste documento. Caso outro uso seja necessário, um novo projeto de pesquisa será submetido à apreciação do CEP.

Este Termo de Consentimento de Uso de Banco está assinado por todos nós, frente à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos aos quais os dados pertencem e para garantir a manutenção dos direitos dos participantes.

Matipó, 29 de julho de 2022.

Nome completo dos membros da equipe de pesquisa	Assinatura
Ana Paula Coelho Marcolino	
Jamile Alves Campos	
Raniele Rosa da Costa	

4. Autorização de coleta de dados

A Instituição de Saúde, PSF Boa Vista, representada pela Enfermeira Romila Carine Mendes e Costa, declara para os fins necessários, que será cedido aos pesquisadores listados neste Termo de Compromisso de Utilização de Dados, o acesso aos dados que foram solicitados para uso exclusivo na referente pesquisa.

Os dados coletados são especificados por: Ficha B-GES, refere-se a um instrumento/formulário do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), utilizada por ACS para cadastramento e acompanhamento das gestantes, será pesquisado adolescentes de 12 a 18 anos gestantes e/ou mulheres que engravidaram quando adolescentes. Quaisquer dados diferentes dos anteriormente mencionados não poderão ser consultados, obtidos e/ou divulgados.

A presente autorização está vinculada aos previstos na legislação ética vigente, principalmente apresentada pela Resolução 466/12, sendo condicionada ao compromisso do (a) pesquisador (a) em manter os pressupostos éticos, utilizando os dados exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo dos participantes e/ou das comunidades.

A condição prévia para o início da pesquisa e a coleta de dados arquivados nessa instituição, relaciona-se com a apresentação da Anuência do CEP, por meio do Parecer Consubstanciado aprovado.

Matipó, 29 de julho de 2022



Romila Carine M. Costa
CORRAN MS
1103567

Romila Carine Mendes e Costa

ANEXO VI - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO



Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu **Ana Paula Coelho Marcolino**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS DA MATERNIDADE NA ADOLESCENCIA: ENTRE EXPECTATIVAS E CONFLITOS”, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Ana Paula Coelho Marcolino
Telefone: (031) 98308-5828
Email: anapawlamarcolino@outlook.com

Jamile Alves Campos
Telefone: (31) 995396736
Email: alvescamposjamil@gmail.com



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

Raniele Rosa da Costa

Raniele Rosa Da Costa
Telefone: (031) 971268925
Email: rosaraniele03@gmail.com

Matipó, 29 de julho de 2022

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05
Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX
Telefone: (31) 3873-2199, ramal 224
E-mail: cep.univertix@faculdadevertice.com.br

PANORAMA DAS IMUNIZAÇÕES NA REGIÃO SUDESTE, BRASIL, ENTRE OS ANOS DE 2017-2021

Acadêmicas: Ana Livia Moura Magalhães Dornelas, Natália Aparecida Fagundes Souza

Orientador: Prof. Msc. Laudinei de Carvalho

Linha de pesquisa: Linha 1: Educação, Ética, Gestão e trabalho em Enfermagem

RESUMO

O Brasil é o país referência na cobertura vacinal populacional, com maiores índices na região Sul e menores na região Sudeste. Porém, atualmente, o cenário epidemiológico evidencia uma baixa profilaxia vacinal; doenças erradicadas e controladas ressurgem, modificando e realizando alterações nas ações vinculadas ao programa nacional de imunização e atenção primária à saúde. O objetivo do presente estudo foi descrever o panorama das imunizações na região Sudeste, Brasil, entre os anos 2017-2021. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. A pesquisa foi realizada com dados da região Sudeste, em um recorte temporal do período de 2017 a 2021. Os dados foram coletados no Portal da Vigilância e Proteção à Saúde, da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, TBNET/MG, discriminados no SI-PNI/DATA-SUS. Os resultados mostram que a cobertura vacinal se modifica de região para região, como no estado do Rio de Janeiro com queda percentual e em Minas Gerais e São Paulo com valores constantes e com percentual singular; todavia todos com percentual abaixo do esperado, inferior a 95% da população com cobertura vacinal total. Percebe-se nesta pesquisa, dados discrepantes nos estados analisados. A atuação do profissional enfermeiro tem impactos positivos no contexto das imunizações, exercendo atividades elementares como a busca ativa da população alvo, educação permanente dos usuários do serviço de atenção primária à saúde, auditoria vacinal, com destaque para o planejamento das ações e a coordenação e supervisão das atividades na sala de imunização, bem como o manuseio, conservação e gestão da rede de frios.

PALAVRAS-CHAVE: Imunização; Cobertura vacinal; Promoção de saúde; Prevenção de doenças; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) ganhou nome graças ao médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz em 1973. Este Programa é considerado um marco na profilaxia de doenças para o Brasil e foi iniciado com a Lei Vacinação Obrigatória. Esse movimento foi demarcado por longa trajetória de saúde, epidemiológica e social. Hoje o PNI, com seu calendário vacinal nacional, melhora a qualidade de vida, minimiza doenças preveníveis para todas faixas etárias: recém nascidos, crianças, adolescentes, adultos, idosos e grupos especiais (LIMA e PINTO, 2017).

Notoriamente, o Brasil é considerado referência em ações e cobertura vacinal, perfazendo importância elementar nos indicadores de saúde nacional e internacional (MORAIS E QUINTILO, 2021).

O ano de 1990 foi considerado um marco histórico. Naquele ano, cerca de 95% da população apresentava-se com o calendário vacinal completo. O destaque foi para a população infantil de 0 a 2 anos de idade, o que repercutiu na erradicação de doenças imunopreveníveis. Contudo, nos últimos 04 anos, ocorreu declínio dessa cobertura entre 10% e 20% anualmente, gerando preocupação dos órgãos públicos de saúde. Fatores como o déficit de conhecimento, baixa escolaridade, situação socioeconômica e notícias sem evidências científicas foram os principais fatores responsáveis por este processo (PESTANA *et al.*, 2022).

Dados divulgados pelo PNI, acerca da cobertura vacinal, corroboram esses dados epidemiológicos. A região Sul, por exemplo, obteve a maior cobertura com 69,5% dos indivíduos imunizados. Em contrapartida, a região Norte alcançou apenas 54,6% da população, sendo responsável pela menor adesão ao esquema vacinal preconizado pelo programa (BRASIL, 2021).

Recentemente, em fevereiro de 2022, autoridades sanitárias alertaram sobre a notificação de um caso de poliomielite, ocorrido na cidade Jerusalém em Israel. O último registro até então ocorrido no país foi em 1989. Esse novo caso referiu-se a uma criança de 4 anos de idade não imunizada pela vacina Sabin (oral) e Salk (intramuscular). Pesquisadores relataram que o ocorrido tem ligação direta com a cobertura vacinal incompleta. Infectologistas e pesquisadores brasileiros afirmaram que o Brasil não está livre desse tipo de situação (BRASIL, 2022).

Notoriamente, analisando a baixa profilaxia vacinal, o cenário epidemiológico das doenças tem sofrido transformações. Doenças erradicadas e/ou controladas, surgem em vários estados, modificando e acarretando alterações nas ações vinculadas à Atenção Primária a Saúde (APS) e no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). O SI-PNI possui como principais atribuições oferecer imunobiológicos, registrar, analisar e divulgar para gestores e profissionais de saúde o panorama da situação vacinal, perfazendo a reestruturação acerca do controle, erradicação e eliminações de agentes etiológicos imunopreveníveis (SOUZA; CANDRA; CHAVES, 2020).

Em acordo com os benefícios da imunização individual e coletiva, alinhados à atuação do enfermeiro na Saúde Pública e, ainda, tendo em vista a necessidade de reflexão acerca das estratégias para envolver a população nas ações de imunização, surge como questionamento: Qual o panorama das imunizações na região Sudeste? E ainda, quais estratégias os profissionais da APS possuem para reverter esse cenário? Para tanto, o objetivo do presente estudo foi descrever o panorama das imunizações na região Sudeste, Brasil, entre os anos de 2017-2021.

Percebe-se que estudos como este conduzem à originalidade acerca da cobertura vacinal como premissa para avaliação vacinal, mensurando e refletindo tais indicadores, alinhados a importância das ações educativas para os profissionais da APS. Abordar a temática da imunização, com análise de dados emergente do SI-PNI, em um cenário complexo e atual, é uma ferramenta necessária para a região Sudeste. As informações recentes e atualizadas permitem um olhar crítico sobre a cobertura vacinal populacional e seus determinantes, favorecendo, assim, discussões para atualização e capacitação para os profissionais de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Brasil tem ocupado lugar de destaque como país altamente susceptível ao surgimento de novas doenças infectocontagiosas epidêmicas, assim como as reemergências das doenças controladas e/ou erradicadas, à medida que tem apresentada redução da cobertura vacinal geral em todas regiões do país entre 2017 e 2019. Mais de 50% dos estados brasileiros não atingiram a cobertura recomendada pelo Programa Nacional de Imunização para a maioria das vacinas do calendário nacional (VEIGA e LOPES, 2021).

Disponíveis em todas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país, as vacinas tem como intuito garantir a adequada imunização para todas as pessoas. O registro nos mapas diários, de cada dose aplicada, origina de uma cadeia de informação, que culmina com uma base de dados destinada ao Ministério da Saúde e, posteriormente, à Organização Panamericana de Saúde. Assim, esses dados possibilitam a análise e o planejamento de ações em saúde (FERRARI, 2021).

Para Cunha *et al.*, (2021) ao pensar em PNI faz-se necessário uma retrospectiva. A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) afirma que o Brasil é um dos raros países que ofertam imunobiológicos para a população, fomentado pelo

Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido em nível mundial. O PNI busca cobertura vacinal quase que 100% para diversos imunobiológicos, com análise de fatores nacional ou interacionais, erradicar e controlar doenças imunopreveníveis, imunização sistemática, ações com base em calendários de rotina, campanhas, gestantes e escolares pelos Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs).

Em consonância, para a cobertura vacinal eficaz, o enfermeiro, assume papel decisivo e pró ativo, contempladas e alinhados ao PNI, o que demanda habilidades teórica, técnicas, efetivando as determinações do PNI. A maximização vacinal satisfatória deve estar em acordo com o planejamento e as normas do Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde e não menos importante, da Sociedade Brasileira de Imunização, mantendo os índices alcançados, busca ativa dos faltosos, notificações das reações e eventos adversos, registro do processo de imunização e do gerenciamento da sala de vacina, bem como o controle de imunobiológicos (TEIXEIRA, 2019).

Um dos pilares para o sucesso vacinal é estabelecido pelo Sistema de Rede de Frio, que compreende aplicação de técnicas de qualidade perfazendo o armazenamento, transporte, manipulação e condições de refrigeração. Esse processo inicia-se nos laboratórios de produção e vão até o momento em que a vacina é administrada na população territorial UBS, assegurando preservação das características biológicas, químicas e estruturais (BRAGA *et al.*, 2020).

Para tanto, os profissionais de saúde que atuam nas salas de vacinas, requerem aprendizado contínuo, devido às constantes mudanças no calendário vacinal, esquemas e à introdução de novos imunobiológicos. O Ministério da Saúde disponibiliza, para profissionais que atuam na sala de vacina, cursos e treinamentos, com foco em contemplar conhecimento, visto que o cenário vacinal passa por atualizações constantemente (ALMEIDA, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Oyo-Ita *et al.*, (2016) alertam para estratégias utilizadas mundialmente para intervir na queda vacinal, entre os destaques, os autores reforçam para: oferecer informações a comunidade, educação em saúde, educação permanente e visitas domiciliares pelo enfermeiro e equipe da UBS. A educação permanente em saúde é a forma eficaz de afiliação da população ao programa vacinal, para tanto, o enfermeiro destaca-se no acolhimento e prestação de informações sobre a

imunização, adesão populacional e desempenho da prática assistencial segura e de qualidade.

Para Ludgério (2022), a prática vacinal é fundamentada em evidências, alinhada à integralidade, à universalidade e à equidade, exigência nos serviços vinculados ao SUS, preconizando assistência humanizada, individualizada e em acordo com a autonomia do sujeito. O autor defende que, na busca ativa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é elementar, tendo em vista sua íntima relação com as famílias adscritas no território de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF).

Em acordo com Sato (2018), os dados epidemiológicos vacinais sofrem grandes influências, de acordo com a aplicabilidade das variáveis, a saber: os fatores socioeconômicos, níveis de instrução escolar, baixa escolaridade, doenças sendo erradicadas, receio de reações adversas pela população, falta de tempo dos cuidadores, movimentos antivacinas com crescimento significativo atualmente, divulgação midiática de informações incorretas, influenciando a baixa adesão da populacional aos programas e campanhas vacinais.

Para tanto, a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, descreve que o processo de cuidar é atribuído ao(a) Enfermeiro(a) em todos os níveis de atenção em saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS). Como exemplo dessa atribuição, leva-se em consideração a identificação da singularidade e pluralidade dos indivíduos, cujo cuidado integral contempla ações no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação adequada da coletividade. Para tanto, a educação em saúde junto à comunidade perfaz vasto campo para o trabalho da equipe, desmistificando falsas informações e reportando o conhecimento embasado nas diretrizes e evidências de saúde (MACHADO e ANDRES, 2021).

De acordo, Almeida e Lopes (2019), o enfermeiro na APS, entre as várias atividades, é o profissional titular para ações no campo vacinal, mediante coordenação epidemiológica, manuseio dos imunobiológicos, preparo e administração. Além disso, gerencia o descarte dos resíduos do processo de administração dos imunobiológicos. Em consonância, o PNI destaca que o planejamento e a supervisão das atividades são privativos do(a) Enfermeiro(a), assim como as demais ações realizadas na sala de vacina, no manuseio, na conservação, no preparo e, não menos importante, na auditoria das atividades em

sala de vacina e pela educação permanente de toda equipe. Essas atividades são essenciais no contexto administrativo, gerencial e assistencial dentro da programática das ESF's (BARBOSA, BARBOSA e LIMA, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. O estudo transversal tem por objetivo obtenção de dados fidedignos para elaboração de conclusões confiáveis, bem como, gerar novas hipóteses que poderão ser investigadas em novas pesquisas. Estabelece pesquisas acerca de causa e efeito em um mesmo momento, mediante variáveis do método, coleta dos dados e análise dos resultados, factível para estudo de prevalência, fatores de riscos em que determinada população possa estar exposta, bem como, formulação de Políticas Públicas de Saúde (ZANGIROLAMI, ECHEIMBERG e LEONI, 2018).

A pesquisa foi realizada com dados da região Sudeste, cuja população, de acordo com a última estimativa para 2021, foi de 89.632.912 habitantes (IBGE, 2022). O objeto da pesquisa de dados foram as notificações dos imunizados em acordo com o calendário vacinal, tendo como recorte temporal o período de 2017 a 2021.

Os dados foram coletados no Portal da Vigilância e Proteção à Saúde, da Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, TBNET/MG, (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def), discriminados no SI-PNI/DATA-SUS (<http://sipni.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/inicio.jsf>), referentes a todos os indivíduos imunizados na região Sudeste. Assim, os dados foram extraídos por transferência de arquivos do sistema, após serem convertidos em banco de dados por Programa TabWin, com variáveis estado e período.

Os dados obtidos foram organizados utilizando o Programa *Microsoft Office Excel* (2010) e apresentados descritivamente

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A taxa da cobertura vacinal do Sudeste, no período investigado entre 2017 e 2021, alcançou apenas 71,01% com a cobertura total prevista no calendário vacinal. Este dado é inferior ao valor preconizado pelo PNI que estabelece acima de 95%. Diante disso, existem metas mínimas de cobertura vacinal a serem alcançadas

anualmente, para uma imunização eficaz da população. Todavia, para algumas vacinas como a BCG e rotavírus humano o percentual apresenta-se abaixo de 80%, já outras vacinas como coqueluche, difteria, sarampo apresenta a cobertura vacinal eficaz de 90 a 95 % (MORAIS e QUINTILO, 2021; BRASIL, 2019).

A cobertura vacinal coordenada pelo PNI executada em âmbitos estaduais e municipais, em programas e redes de imunizações, oferece mecanismos abrangentes no quesito do controle da queda de incidências de várias doenças imunopreveníveis. Diante as funções de maximização, a atenção primária em saúde fornece competências, programas e implementações de ações coletivas em evidências a práticas sanitárias, pela melhoria do acesso e adesão dos usuários (SANTOS *et al.*, 2016).

A cobertura vacinal na população do estado de Minas Gerais, de acordo com a Tabela 01, apresentou um aumento entre os anos de 2017 a 2018, permanecendo constante nos anos de 2019 e 2020 e decresceu no ano de 2021, ao longo da cobertura vacinal média foi de 76,73 (\pm 5,54).

Tabela 1: Dados de cobertura vacinal no estado de Minas Gerais, Brasil, nos anos de 2017 a 2021.

Ano	Cobertura Vacinal (%)
2017	76,28
2018	84,74
2019	77,86
2020	77,66
2021	67,41
Média (DP)	76,73 (\pm5,54)

Fonte: Sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI/MS/SVS).

O estado de Minas Gerais é o maior em número de municípios do país com 853. Percebe-se que o alcance de coberturas vacinais desejáveis e homogêneas em todas as cidades perfaz uma tarefa complexa e difícil, dada à extensão geográfica e ao montante de municípios. Assim, o alcance da meta mínima para cobertura vacinal para a população de toda faixa etária é um desafio a ser superado. A cobertura de idosos têm apresentado crescimento variado de 75,6% em 2007 a 87,7% em 2013. Contudo, o mesmo não acontece com as gestantes, pois apresentam cobertura vacinal sem padrão de crescimento significativo nos últimos quatro anos (LAERTE *et al.*, 2017).

Nas regiões, Norte, Leste e Jequitinhonha foram apresentados dados elevados em proporções de pobreza, o que poderia explicar as quedas na cobertura vacinal do tríplice viral e/ou hepatite A. A baixa cobertura vacinal nas regiões Sul,

Leste e Norte de Minas Gerais desperta grande preocupação, dada a possibilidade do reaparecimento de doenças até então eliminadas ou controladas (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

A adoção de práticas de gestão inovadora — com incentivo à vacinação e com o monitoramento da cobertura mediante realização de inquéritos domiciliares de forma periódica — deve ir ao encontro das estratégias propostas pela Organização mundial de saúde (OMS), com ampliação da oferta afiliada às comunidades, disseminação das informações, promoção da saúde e ações de orientação em visitas domiciliares. Para a maximização das ações, os Agentes Comunitários de Saúde são essenciais no fortalecimento de relações acolhedoras e articulação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços (ARROYO *et al.*, 2020).

No que se refere ao matriciamento em saúde, a baixa qualificação dos profissionais que usufruem dos recursos do sistema interfere no resultado final da cobertura vacinal perfazendo dados errôneos. As ferramentas oferecidas como (SIS), apesar de oferecerem os recursos necessários para uma boa coleta de dados, não são utilizadas por completo (SILVA *et al.*, 2021).

Na Tabela 2, pode-se observar que, na cobertura vacinal na população do estado de São Paulo, ocorreu uma queda dos números de vacinados ao longo do período analisado, com percentual mais elevado no ano de 2018 com 78,80%. Houve queda nos anos de 2019, 2020 e 2021, ganhando grande proporção no ano de 2021, com 62,11%, ao longo do período, a média da cobertura vacinal foi de ($\pm 5,52$).

Tabela 2: Dados de cobertura vacinal no estado de São Paulo, Brasil, nos anos de 2017 a 2021.

Ano	Cobertura Vacinal (%)
2017	73,03
2018	78,80
2019	74,50
2020	70,93
2021	62,11
Média (DP)	71,84 ($\pm 5,52$)

Fonte: Sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI/MS/SVS).

De acordo com Barbieri, Couto e Aith (2017), a região de São Paulo possui a maior população entre faixa etária de 0 a 5 anos, demonstrando a complexidade na cobertura vacinal do Estado. Percebe-se também, no estado, que há relação entre vacinação e o fator escolaridade. As mães que apresentam instrução escolar elevada garantem às crianças cobertura vacinal completa, já os filhos de mães

analfabetas ou com baixo grau de instrução escolar até 18 meses têm uma cobertura vacinal de apenas 62%, correlacionando fatores de tradição, costume familiar e social (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O estado de São Paulo apresenta alta taxa de abandono das vacinas multidoses. Cerca de 57,80% dos aptos a serem vacinados tomam a primeira dose, porém sem sucesso com as doses de reforço, perfazendo elevado absenteísmo subsequente. Vale ressaltar que, no referido estado, observa-se baixa proporção de profissionais enfermeiros atuando em salas de vacina: 3,4%. Os técnicos em enfermagem correspondem a 76,4%, com um elevado índice de profissionais não capacitados, corroborando menor busca ativa da população (LEITE, 2021; GALVÃO *et al.*, 2019).

Na Tabela 3, pode-se observar a cobertura vacinal ocorrida no estado do Rio de Janeiro. Verifica-se diminuição dos números de indivíduos vacinados ao longo do período analisado. Ocorreu um percentual de maior cobertura vacinal na população, no ano de 2017, com 77,31%, e regressões nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021, com 46,11%, ao longo a média da cobertura vacinal foi de ($\pm 12,63$).

Tabela 3: Dados de cobertura vacinal no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2017 a 2021.

Ano	Cobertura Vacinal (%)
2017	77,31
2018	72,67
2019	61,19
2020	47,81
2021	46,11
Média (DP)	61,03 ($\pm 12,63$)

Fonte: Sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI/MS/SVS).

De acordo com Nóvoa *et al.*, (2020), o estado que apresenta a menor taxa de cobertura vacinal na região sudeste é o território do Rio de Janeiro, em média de 69,7% em uma análise temporal de 1994 a 2019. Em comparação nacional, ocupa os índices mais baixos acerca da cobertura vacinal. Os fatores associados a esse quadro, nas perspectivas dos autores, abrangem os movimentos antivacinas e déficits nas ações governamentais, atrelados aos fatores socioeconômicos. Por outro lado, em comparação com outros territórios geográficos, como Acre e Roraima — onde a precariedade socioeconômica é evidente e em maior escala — a cobertura vacinal apresenta resultados próximos ao preconizados pelo programa nacional de imunização.

As possíveis inconsistências entre valores representados pelo Rio de Janeiro estão correlacionadas a possíveis perdas de dados. Para tanto, são necessárias ações do profissional enfermeiro para fortalecer as imunizações, tais como, ampliação e efetivação de cursos, capacitações, instalação de redes de computadores nas salas de vacinas, objetivando maior segurança no lançamento dos dados, processamentos, auditorias internas e eficiência na transmissão dos dados para armazenamento e tratamento ao SI-PNI. (SOUZA *et al.*, 2020).

Na Tabela 4, pode-se observar a cobertura vacinal ocorrida no estado do Espírito Santo. Verifica-se regressão dos números de indivíduos vacinados ao longo do período analisado, com o maior índice em 2018, com 80,98%. Em 2017, 2019 e 2020 parâmetros foram iguais e apresentaram menor índice em 2021, com 68,25%. Portanto, a média a cobertura vacinal foi de ($\pm 4,08$).

Tabela 4: Dados de cobertura vacinal no estado do Espírito Santo, nos anos de 2017 a 2021.

Ano	Cobertura Vacinal (%)
2017	73,30
2018	80,98
2019	75,32
2020	74,82
2021	68,25
Média (DP)	74,45 ($\pm 4,08$)

Fonte: Sistema de informação do programa nacional de imunização (SI-PNI/MS/SVS).

A Sociedade Brasileira de Virologia classifica o Espírito Santo como o estado mais vulnerável do Brasil, por ter correlações e apresentarem grandes percentuais em casos de febre amarela. A cobertura vacinal é muito baixa, principalmente na região próxima aos limites geográficos com Minas. Isso é um fator preocupante também para as autoridades sanitárias de Minas Gerais no que tange aspectos de migração estadual, epidemiológicos, etiopatogênico, coletivo e humano (CALIL e GENTILLI, 2020).

Constata-se que as imunizações da região do Sudeste brasileiro alteram consideravelmente entre os estados, demandando planejamento estratégico que leve em consideração as especificidades de cada localidade e demandas populacionais, a fim de ampliar a cobertura vacinal e minimizar as perdas de doses. Medidas factíveis que podem contribuir tanto para o aumento da cobertura vacinal quanto para evitar a incidência da poliomielite no Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2022).

Lopes *et al.*, (2021) defendem que a campanha da cobertura vacinal apresentou crescimento em 2020 comparando-se aos anos anteriores, cerca de

5,7%. A justificativa está relacionada diretamente às campanhas nacionais de multivacinação, principalmente pelos planos de intervenções estaduais, com campanhas aos sábados, o dia D e a busca ativa integrada, por exemplo. Apesar dos diversos desafios, como a pandemia do novo coronavírus, as vacinações de rotina e as campanhas de vacinação em massa do Covid-19 ganharam repercussão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados apresentados, a heterogeneidade da cobertura vacinal na região sudeste é marco factível a ser considerado. Notoriamente, no que diz respeito ao estado do Rio de Janeiro, percebem-se menores índices de acesso e adesão aos programas de imunizações. Em contrapartida, Minas Gerais e Espírito Santo apresentaram resultados com uma singularidade, o que se pode justificar pelo não envolvimento dos usuários em comparecer no serviço de saúde, baixo nível de escolaridade, falta de adesão ao calendário vacinal, ausência de registros e incentivos as campanhas.

Em virtude dos dados analisados, foi possível refletir que o enfermeiro tem significância e valia na atenção primária à saúde, com educação em saúde, coordenação ao programa de imunização, com destaque para o planejamento e a supervisão das atividades da sala de imunização, no manuseio, conservação, preparo e na educação permanente da equipe, traçando busca ativa real e fidedigna.

Estudos como este são necessários para elucidar o quadro vacinal da região Sudeste, a importância do enfermeiro frente da cobertura vacinal e suas interligações. Espera-se a compreensão dos profissionais da saúde no sentido de trabalhar de maneira articulada e sistemática, para que os objetivos sejam alcançados de maneira concreta e os resultados sejam satisfatórios. Assim, a equipe de enfermagem deve estar capacitada para que registrem e cumpram seu papel, não comprometendo a cobertura vacinal.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Miguel Correa; LOPES, Maria Betânia Linhares. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de saúde Dom Alberto**, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 1, p. 169-186, 2019.

ALMEIDA, Maria Clara de. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA SALA DE VACINA: dificuldades da supervisão. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Fait**. São Paulo.v.16, n. 1, p. 19- 28, 2021.

ARROYO, Luiz Henrique et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 36 n. 4, p. 15619-2020.

BRASIL, Ministério da saúde. **Banco de dados do Sistema único de saúde – DATASUS**. 2021. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 3. mar. 2022.

BRASIL, Fio Cruz. **Israel detecta primeiro caso de infecção dupla conhecida como flurona**. 2022. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2774-israel-detecta-1-caso-de-infeccao-dupla-conhecida-como-flurona>. Acesso em: 18.mar.2022.

BARBOSA, Francilene da Silva; BARBOSA, Renata; LIMA, Marize Conceição Ventin. Atuação do enfermeiro em sala de vacinana atenção primária. **REVISTA ACADÊMICA FACOTTUR-RAF**, Pernambuco. v. 2, n. 1, p. 89-100, 2021.

BARBIERI, Carolina Luísa Alves; COUTO, Márcia Thereza; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

BRAGA, Andrea *et al*. Conhecimento e pratica dos enfermeiros em sala de vacina. **Revista Ciência e Saúde On-line**, São Paulo, v. 5, n. 2, p.51-58,2020.

CALIL, Marcio Martins; GENTILLI, Victor Israel. Noticiou o que viu, vacinou quem não viu? Uma análise da cobertura da imprensa capixaba durante a epidemia de febre amarela no Espírito Santo em 2017. **Revista Brasileira de História da Mídia**, Curitiba v. 9, n. 2, p. 114-133, 2020.

CUNHA, Amanda Guimarães *et al*. Atuação da enfermagem na campanha de vacinação contra a COVID-19 em um Centro Universitário em Belém-PA. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v.10, n.8, p.1-7, 2021.

FERRARI, Marcele Cristina. Sala de vacinação de uma unidade básica de saúde como polo de treinamento: praticando educação em serviço. **Una-sus**, São Paulo, v.3, n. 7, p. 29-37, 2021.

GALVÃO, Maria de Fátima Pereira *et al*. Evaluation of vaccination rooms in primary health care units. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, vol. 20, p. e39648, 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama de cidades**. Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em: 04 de abril de 2022.

LOPES, Luís Carlos *et al.* Análise da cobertura vacinal durante a pandemia de COVID-19 em Vitória, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 3, p. 387-397, 2021.

LAERTE, Tarcísio Gontijo, et al. Análise de cobertura de vacina contra influenza em estado de Minas Gerais " **Ciencia y enfermeira**, Chile v. 23 n. 3 p.69-75,2017

LIMA, Adeânio Almeida; PINTO, Edenise dos Sandos. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, Bahia, v. 7, n. 1, p. 53-62, 2017.

LEITE, Ricardo Santana. **Análise da taxa de abandono das vacinas de multidoso do Calendário Nacional de Vacinação infantil nos municípios de uma região do estado de São Paulo, Brasil**. Orientador: Carolina Luísa Alves. 2021. 41 f. Dissertação apresentada ao programa de mestrado de saúde coletiva da universidade católica dos santos. Santos, 2021.

LUDGÉRIO, Maisa Maria Batista *et al.* A importância dos profissionais de enfermagem na prevenção ao sarampo no Sistema Único de Saúde: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. e21411326355- e21411326355, 2022.

MACHADO, Liane Bahú; ANDRES, Silvana Carloto. A consulta de enfermagem no contexto da Atenção Primária em Saúde: Relato de experiência. **Research, Society and Development**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. e27510111708-e27510111708, 2021.

MORAIS, Jakeline Nascimento; QUINTILIO, Maria Salete Vaceli. Fatores que levam à baixa cobertura vacinal de crianças e o papel da enfermagem—revisão literária. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, Ceará, v. 9, n. 2, p. 1054-1063, 2021.

NÓVOA, Thaís d'Avila *et al.* Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI). **Brazilian Journal of Health Review**, Paraná, v. 3, n. 4, p. 7863-7873, 2020.

OLIVEIRA, Gabriela Cunha, *et al.* Cobertura vacinal infantil de hepatite A, tríplice viral e varicela: análise de tendência temporal em Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo v. 25, n. 18 p. 220010-220022, 2022.

OLIVEIRA, Grazielly Caldeira *et al.* Assistência de enfermagem no processo de imunização: revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 7381-7395, 2021.

OLIVEIRA, Guilherme *et al.* Cobertura vacinal: uma análise comparativa entre os estados da Região Norte do Brasil. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 7, n. 1, p. 14-17, 2020.

OYO-ITA, Ângela *et al.* Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. **Cochrane Library**, [s.l.], v.8 n.7., p. 01-80, julho 2016.

PESTANA, Jesyka Thamires *et al.* Baixa cobertura vacinal e seus possíveis impactos para a saúde da população brasileira. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 3968-3981, 2022.

RODRIGUES, André *et al.* Poliomielite: Cobertura Vacinal na Região Sudeste do Brasil. **Research, Society and Development**, São Paulo v. 11, n. 8, p. 26511831100-26511831100, 2022.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 96, p. 52-96, 2018.

SANTOS, Guilherme Rodrigues Diniz *et al.* Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, p. 55-64, 2016.

SILVA, Pedro Victor *et al.* Cobertura de vacinação anti-influenza em idosos, Minas Gerais, Brasil. **Research, Society and Development**, São Paulo v. 10, n. 6, p. 3610615222-3610615222, 2021.

SOUZA, Priscilla Azevedo; GANDRA, Beatriz; CHAVES, Ana Cláudia Cardozo. Experiências sobre imunização e o papel da atenção primária à saúde. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 267-271, 2020.

SOUZA, Amanda Carvalho Ferreira *et al.* Análise comparativa da cobertura vacinal de pentavalente entre os estados da região sudeste do Brasil. **Revista Saber Digital**, Valença, v. 13, n. 2, p. 43-54, 2020.

TEIXEIRA, Viviane Botelho *et al.* Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 251, p. 2862-2867, 2019.

VEIGA, Andressa Duarte; LOPES, Agnaldo José. VACINAS SIM: Análise de vacinação no Brasil, em Minas Gerais, na Superintendência Regional de Saúde de Manhuaçu e no município de Manhumirim, entre 2016 a 2020. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, Manhumirim, v.8 n. 7, 2021.

ZANGIROLAMI, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: Alana Késia Guimarães de Sousa e Beatriz Rodrigues de Abreu Ferreira

ORIENTADOR: Prof. M.sc. Marcella Ferroni Gouveia

LINHA DE PESQUISA: Cuidados de Enfermagem

RESUMO

A Diabetes Mellitus tem sido considerada um grave problema de saúde pública, que tem impactado diretamente o sistema de saúde brasileiro. Esta pesquisa teve por objetivo identificar o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes com Diabetes Mellitus em uso de insulina de uma Estratégia de saúde da família, em um município da Zona da Mata Mineira, no ano de 2022. Estudo descritivo do tipo transversal, com aplicação de questionário sobre sua patologia e dados socioeconômicos. Como resultado, obteve-se maior predominância de diabetes do tipo 2, pacientes do sexo feminino, idade entre 50 e 70 anos, com baixa escolaridade e renda familiar de até um salário-mínimo. Além disso, evidenciaram-se comorbidades associadas à hipertensão, sedentarismo e uso de tabaco. Conhecer os fatores desencadeantes da doença, tais como aspectos socioeconômicos e patológicos, permite traçar medidas de profilaxia bem como criar um delineado para facilitar o rastreamento de perfis que fazem parte do grupo de risco. Isso permite não apenas aumentar a qualidade de vida dos pacientes, mas também colaborar para a efetividade do planejamento e assistência prestada pelo enfermeiro e a equipe multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Estratégia Saúde da Família; Saúde Pública; Enfermagem; Perfil de Saúde.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população vem aumentando nos últimos anos, o que contribui para uma alteração no perfil de comorbidades. Com isso, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a ser uma das principais causas de morte no mundo. Destacando-se a Diabetes Mellitus (DM), considerada como grave problema de saúde pública (ROSSANEIS *et al.*, 2019).

O Diabetes Mellitus, comumente chamada de diabetes, é uma condição grave e de longo prazo que se caracteriza por distúrbios metabólicos provocados por uma falha na síntese ou ação da insulina, que é produzida no pâncreas. A função desse hormônio, por sua vez, é promover o carregamento da glicose para o interior das células, garantindo, assim, a atividade celular. A ausência desse mecanismo gera um estado de hiperglicemia constante, ou seja, o aumento da quantidade de glicose circulante (SANTOS *et al.*, 2020).

Existem alguns tipos de DM, tais como: DM tipo 1, DM tipo 2 e DM gestacional. O DM tipo 2, o mais comum entre os tipos de diabetes, não está associado apenas à predisposição genética, mas também associado diretamente a hábitos de vida e a fatores ambientais presentes na vida do indivíduo. Esse tipo, em especial, caracteriza-se pelo paciente ter uma resistência à insulina e grande parte desses portadores faz o uso de terapêutica medicamentosa, seja por via oral ou por insulina (MANGUEIRA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, cabe citar que DM, se não controlada a longo prazo, pode causar lesões a órgãos alvos, ocasionando complicações de saúde como insuficiência renal (nefropatia), amputação de membros inferiores, lesão em nervos, como a neuropatia, podendo evoluir para cegueira, doenças cardiovasculares e até a morte (MANGUEIRA *et al.*, 2020; FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DA DIABETES, 2021).

Além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que as DCNT geram impactos socioeconômicos na vida dos indivíduos e globalmente, uma vez que afetam diretamente as metas de desenvolvimento do milênio, principalmente em países de média e baixa renda. A DM tem sido apontada como uma epidemia e dentre as DCNT ela representa 90% dos casos (WHO, 2014; COSTA *et al.*, 2017).

Segundo o Atlas da Diabetes, publicado em 2021 pela Federação Internacional de Diabetes, estima-se que 537 milhões de pessoas adultas entre 20 e 79 anos vivem com DM no mundo. O Brasil é o 5º país em incidência de diabetes no mundo, com 16,8 milhões de adultos nesta mesma faixa etária que vivem com diabetes, a estimativa é que em 2030 esse número possa chegar em 43 milhões de pessoas (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DA DIABETES, 2021; COSTA *et al.*, 2017).

De acordo com o estudo de Oliveira *et al.* (2020), foi realizado um levantamento de casos de DM tipo II, no estado de Minas Gerais, entre o período de 2010 a 2020, abrangendo todas as faixas etárias. Foram notificados 163.968 casos, o que mostra alta incidência da doença no estado. Além disso, os levantamentos brasileiros apontam que, nas últimas três décadas, houve uma variação de 2% a 13% de indivíduos com DM. Esses dados ilustram o quanto tem sido acelerado o crescimento epidemiológico desta doença.

Os principais programas de acompanhamento e apoio às pessoas com DM advém das Estratégias Saúde da Família (ESF) desde a sua incorporação na Atenção Primária à Saúde (APS). Além dos profissionais da saúde, sobretudo os que atuam na APS, essas ações possuem um papel fundamental no controle e diminuição de agravos da DM, destacando o profissional enfermeiro, por ser o profissional que possui contato direto com esses pacientes (SOUZA *et al.*, 2016; BARROS, SOBRINHO, OLIVINDO, 2020).

Portanto, conhecer o perfil clínico e socioeconômico é uma questão norteadora em todo esse processo, pois possibilita um maior contato com o paciente, bem como traz mais conhecimento acerca da necessidade de cada indivíduo. O acolhimento entre o profissional e o paciente, aumenta a efetividade da assistência e a melhoria na aceitação do tratamento (BARROS, SOBRINHO e OLIVINDO, 2020).

Observa-se que há lacunas na literatura acerca do perfil clínico de pacientes em uso de insulina, pertencentes à Estratégia da saúde da família (ESF) de municípios do interior de Minas Gerais.

Diante do exposto, define-se a questão norteadora desta pesquisa: Qual o perfil clínico e socioeconômico de pacientes diabéticos em uso de insulina em uma Estratégia da Saúde da Família localizada no interior de Minas Gerais? Assim, a pesquisa tem por objetivo identificar o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes com Diabetes Mellitus em uso de insulina de uma Estratégia de Saúde da Família, em um município da Zona da Mata Mineira, no ano de 2022.

Trabalhos como este são importantes para identificar as reais necessidades dos pacientes. Portanto, auxiliarão a equipe de enfermagem, sobretudo a equipe de saúde, em condutas adequadas ao atendimento singular e em grupos, possibilitando uma visão holística sobre o paciente. Dessa forma será possível realizar com efetividade o planejamento da assistência, alinhado promoção e prevenção efetiva aos agravos do DM, além de proporcionar melhora da qualidade de vida aos pacientes e contribuir para a minimização de impactos na saúde pública.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O DM é um conjunto de distúrbios metabólicos que ocorrem no organismo, causando a hiperglicemia. Isso ocorre devido a defeitos na ação da insulina, o que

pode estar relacionado à destruição das células beta presentes no pâncreas, responsáveis pela secreção de insulina ou por falhas em sua absorção. Esse estado hiperglicêmico no organismo pode desencadear complicações agudas ou crônicas no indivíduo (GREGO-SOARES, 2017).

O Diabetes é classificado em três tipos: DM1, DM2 e DMG. O DM1 é considerado uma doença congênita resultante da destruição autoimune das células beta do pâncreas, o que o torna incapaz de produzir insulina. Esse quadro quase sempre é irreversível e o tratamento se dá por insulinoterapia, dieta alimentar e exercícios físicos (OLIVEIRA, 2021). O DMG ocorre durante o período gestacional, em razão de uma hiperglicemia, podendo trazer complicações para o binômio mãe e filho. Contudo, o nível glicêmico pode normalizar após o parto, embora exista a possibilidade de persistir (SANTOS, 2016).

No DM2, na grande maioria dos casos, as manifestações ocorrem na vida adulta. O organismo é capaz de produzir insulina, porém torna-se resistente a ela. Com isso, o transporte da glicose na corrente sanguínea é comprometido. O tratamento pode ser feito por introduções farmacológicas, reeducação alimentar, atividades físicas e, em casos mais graves, pelo uso da insulina por via subcutânea (BERTONHI e DIAS, 2018).

A DM2 pode ser assintomática em seus estados iniciais, posteriormente pode resultar em distúrbios agudos, como a hipoglicemia, cetoacidose diabética e a hiperosmolaridade. Outros sintomas muito comuns são os “quatro P’s”: poliúria (micção excessiva), polidipsia (sede excessiva), polifagia (alimentação excessiva) e perda inexplicada de peso. Quando não são tratadas precocemente, passam a se tornar crônicas, podendo acarretar intercorrências macro e microvasculares (SANTOS *et al.*, 2015; BRASIL, 2013).

Nesse sentido dentre as complicações macrovasculares, destacam-se a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, que consiste no fornecimento sanguíneo insuficiente para os vasos. Já as complicações microvasculares, são caracterizadas por lesões na visão como a retinopatia, que pode ocasionar cegueira irreversível, doenças renais crônicas e lesão dos nervos periféricos que é uma das principais causas de amputações não traumáticas de membros inferiores (ALMEIDA *et al*, 2017).

Segundo Sousa, Neves e Carvalho (2019), a introdução de uma terapêutica medicamentosa é indispensável para obter o controle glicêmico, visando, assim, diminuir as complicações a curto e longo prazo. Em 1921, Frederick Banting e Charles Best, no laboratório do professor de fisiologia John J. R. MacLeod, descobriram a insulina. Ao observarem as pessoas do grupo ao qual a insulina era introduzida, notaram que, além do controle metabólico, havia uma redução dos riscos de complicações microvasculares e eventos cardiovasculares.

O mecanismo de ação da insulina se dá pela captura da glicose extracelular por meio da ligação com seu receptor específico (do tipo tirosina quinase), localizado na membrana plasmática. Essa ligação ativa vias de sinalização intracelular, responsáveis pelo controle do transporte de glicose, síntese de glicogênio, lipídeos e proteínas. A insulina pode, ainda, ser classificada em dois tipos: Insulina basal e Insulina bolus (SIQUEIRA *et al.*, 2018).

A insulina basal é aquela cuja produção é pequena, porém sua concentração no organismo mante-se constante, em consequência os níveis de glicose permanecem baixos. Já a Insulina bolus é produzida em grande quantidade, comumente após as refeições. Os pacientes DM1 necessitam da introdução de insulina tanto basal quanto bolus. No entanto, nos pacientes DM2, é variável, quando não há complicações crônicas, a função pancreática residual é capaz de suprir as necessidades basais, sendo necessária apenas a injeção de insulina bolus, para as refeições. Todavia, os pacientes que possuem complicações crônicas podem necessitar da administração dos dois tipos de insulina, para alcançar o controle glicêmico (PINTO *et al.*, 2020).

De acordo com Wannmacher (2005), a classificação de insulina se dá quanto ao seu tempo de ação: de ação rápida, ação intermediária e ação prolongada. A utilização da insulina de ação rápida está vinculada a emergências. É uma insulina de bolus (para controle da hiperglicemia prandial) geralmente usada em pacientes DM1 e DM2, que tem pouco controle glicêmico. A de ação intermediária é usada para as refeições, e tem absorção mais lenta, prolongando, assim, o seu efeito. A de ação prolongada é de absorção lenta e previsível, com duração de 24 horas, o que permite uma injeção única ao dia.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva transversal. Segundo Schneider, Fujii, Corazza (2017) pesquisas descritivas tem como objetivo a descrição de características de um grupo populacional, uma experiência ou mesmo um fenômeno.

A pesquisa foi realizada em uma Estratégia da Saúde da Família (ESF), localizada em um município da Zona da Mata Mineira. De acordo com os dados do IBGE 2021, o município é composto por uma população de 19.098 pessoas. A rede de saúde do município é composta por 7 Estratégias da Saúde da Família, uma Policlínica, um hospital de Pequeno Porte e redes de atenção Psicossocial.

Foram incluídos nesse estudo todos os pacientes cadastrados na ESF do bairro em questão que possuem a patologia Diabetes Mellitus e utilizam insulina. Foram excluídos da amostra pacientes que não estejam cadastrados na ESF em estudo e que não utilizam insulina e/ou não aceitaram participar.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário adaptado de Moreschi *et al.*, (2018), contendo informações acerca dos dados socioeconômicos e utilização da insulina, bem como dados da patologia Diabetes. O questionário foi entregue e preenchido por meio de visita domiciliar.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e sua participação foi concretizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Este estudo segue as especificações da Lei 466/2012 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, respeitando a dignidade, a liberdade e a autonomia.

Esta pesquisa foi aprovada pelo do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob o número do CAAE: 57853422.9.0000.9407.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi composta por 15 pacientes que estão cadastrado na ESF no momento deste estudo. Observou-se que 53,3% dos participantes pertencem ao sexo feminino e 46,7% é do sexo masculino. Pereira *et al.* (2021) realizaram um estudo sobre perfil socioeconômico dos pacientes com DM, em uma unidade básica de saúde (UBS) de uma cidade do sul de Minas Gerais. Verificou-se que, dentre os

pacientes entrevistados, 60,34% eram do sexo feminino e 39,65% pertenciam ao sexo masculino.

Em relação à faixa etária, neste estudo, a maioria dos participantes referiram possuir idade entre 50 e 70 anos (73,3%). No estudo de Pereira *et al.*, (2021), os dados corroboram este estudo, evidenciando 60,34% dos pacientes estavam entre 60 e 70 anos e 24,14% dos pacientes, entre 71 e 80 anos.

Percebe-se que ambos os estudos revelam que a DM apresentou mais o sexo feminino, nota-se, também, que a faixa etária de 50 a 70 anos tem maior predominância. Dados das características sociodemográficas deste estudo podem ser evidenciadas na Tabela 1.

Tabela 1- Dados de caracterização sociodemográfica de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que utilizam insulina, Zona da Mata Mineira. 2022

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	53,3% (8)
Masculino	46,7% (7)
Idade	
> 50 anos	6,7% (1)
50 a 70 anos	73,3% (11)
71 a 90 anos	20,0% (3)
Cor	
Branco	13,3% (2)
Preto	40,0% (6)
Pardo	46,7% (7)
Escolaridade	
Não sabe ler nem escrever	46,7% (7)
Ensino Fund. Incompleto	40,0% (6)
Ensino Médio Incompleto	6,7% (1)
Ensino Superior incompleto	6,7% (1)
Ocupação	
Aposentado ou pensionista	53,3% (8)
Do lar	13,3% (2)
Autônomo	13,3% (2)
Outras	20,0% (3)
Renda familiar	
Até 1 salário	86,7% (13)
Entre 1 e 2 salários	13,3% (2)
Mora com quem	
Somente eu	13,3% (2)
Cônjuge	20,0% (3)
Cônjuge e filhos	33,3% (5)
Filho	26,7% (4)
Outro	6,7% (1)

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

Segundo o estudo de Vitoi *et al.* (2015), a escolaridade é um fator muito associado à DM. Os autores destacaram que, dos pacientes entrevistados em sua

pesquisa, 15,2% nunca estudaram, 64% estudaram até as séries iniciais do Ensino Fundamental e 20,8% foram até as séries finais do Ensino Fundamental ou concluíram. Já no presente estudo, 40% dos pacientes entrevistados possuem o Ensino Fundamental incompleto e 46,7% não sabem ler e nem escrever (TABELA 1).

Nesse sentido, o analfabetismo torna-se uma característica extremamente relevante, pois pode influenciar diretamente no controle do DM. Borba *et al.* (2019), em seu estudo, observaram que a baixa escolaridade é muito recorrente em pacientes diabéticos — principalmente em idosos — e esses pacientes têm oito vezes mais chances de possuir um conhecimento ineficiente sobre o diabetes quando comparados a pacientes de alta escolaridade. Tal dado elucida que esses pacientes possuem pouco conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa, bem como hábitos de vida, principalmente na aquisição de alimentos adequados para a dieta de um diabético.

Ainda em relação à Tabela 1, é possível identificar que a grande maioria dos participantes da pesquisa referiram receber até um salário-mínimo (86,7%). O trabalho de Aviz *et al.*, (2021) evidenciou também um perfil semelhante, em que a renda familiar dos pacientes envolvidos no referido estudo era de 75,70% declarando receber até um salário-mínimo. De acordo com Salin *et al.*, (2019), a renda é um fator extremamente importante, uma vez que influencia de forma negativa na adesão de estilo de vida saudável, pois os preços dos alimentos criam uma barreira para que os pacientes diabéticos façam escolhas nutricionais adequadas.

Em relação à ocupação, 53,3% dos entrevistados referiram ser aposentados (TABELA 1), 13,3% do lar, 13,3% atuam forma autônoma e 20% exercem outra profissão. Além disso, dos entrevistados, 13,3% se declararam da cor branca, 40% cor preta, 46,7% cor parda. Zanatta *et al.* (2020), em sua pesquisa sociodemográfica, verificaram que a cor dos pacientes entrevistados era predominantemente a branca (78,57%), 19,5% de negros e 2,38% de pardos. O mesmo estudo constatou, ainda, que, em relação à profissão, 54,77% eram aposentados, 35,71% do lar, 4,76% cozinheiro e 4,76% eram motoristas. Ambos os estudos evidenciaram uma maior predominância de pacientes aposentados e do lar, com diferente predominância de cor.

De acordo com Tavares *et al.*, (2016), em sua pesquisa sociodemográfica, em relação à cor autorreferida 14,1% dos participantes eram de cor branca, 34,8% cor negra e 51,1% cor parda. Os autores destacaram que existe uma diversidade de cor em pacientes diabéticos, já que está diretamente relacionada a grupos étnicos e à localidade em que esses indivíduos residem.

Quando perguntado sobre com quem os participantes da pesquisa residiam, a maioria referiu viver com os filhos, com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos (80%) (TABELA 1). Contudo, 13,3% dos pacientes referiram morar sozinhos. Segundo Ribeiro *et al.* (2021), o apoio familiar e a ajuda no cuidado do diabético, desde a alimentação até a administração de insulina, impacta de forma extremamente significativa no tratamento. Em um estudo realizado por Brum *et al.* (2016), verificou-se que 10% dos pacientes moravam sozinhos, enquanto 90% residiam com familiares, sendo que 53,33% conviviam com o cônjuge. No entanto, o autor ressalta que o fato de morar com familiares nem sempre é sinônimo de uma assistência medicamentosa adequada.

De acordo com os dados evidenciados na tabela 2, do presente estudo, 73,3% dos participantes possuem diabetes do tipo 2. Muzy *et al.* (2021) destacam que, dentre os tipos de DM, o DM2 tem maior prevalência no Brasil. Segundo o Atlas da Diabetes, a crescente urbanização e a mudança de hábitos de vida são fatores que contribuem para o aumento dessa prevalência em nível social (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DA DIABETES, 2021; MUSY *et al.*, 2021).

Tabela 2- Dados patológicos de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que utilizam insulina, Zona da Mata Mineira. 2022

Variável	N (%)
Tipo de diabetes	
Tipo 1	26,7% (4)
Tipo 2	73,3% (11)
Pessoas da família com Diabetes	
1	33,3% (5)
2	26,7% (4)
3	6,7% (1)
4 ou mais	26,7% (4)
Não possui	6,7% (1)
Tempo da doença	
0-5 anos	13,3% (2)
6-10 anos	6,7% (1)
11-15 anos	40,0% (6)
16 anos >	40,0% (6)
Comorbidades	
Hipertensão	73,3% (12)
Obesidade	6,7% (1)
Outros	13,3% (1)

Não possui	6,7% (1)
Fatores de risco	
Antecedentes familiares cardiovasculares	6,7% (1)
Antecedentes familiares cardiovasculares e tabagismo	20,0% (3)
Sedentarismo	26,7% (4)
Hipertensão	20,0% (3)
Todos acima	13,3% (2)
Não possui	13,3% (2)
Complicações da diabetes	
Sim	73,3% (10)
Não	26,7% (5)
Qual?	
Hiperglicemia	26,7% (4)
Visão turva	33,3% (6)
Cicatrização lenta	6,7% (1)
AVE	6,7% (1)
Possui descompensação da diabetes?	
Hiperglicemia	73,3% (11)
Hipoglicemia	6,7% (1)
Não	20,0% (3)

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

A maioria dos participantes desta pesquisa afirmaram ter familiares que também possuem diabetes, correspondendo 93,4% da amostra (TABELA 2). No estudo de Nogueira *et al.* (2019), dos entrevistados, 65% também possuem antecedentes familiares diabéticos. Segundo Domingues (2017), a DM possui uma alta predisposição genética, podendo passar para várias gerações. Essa patologia pode desencadear diversas complicações como doenças secundárias e comorbidades. O presente estudo identificou que somente 6,7% dos participantes da pesquisa não possuem comorbidades associadas ao DM e todos os demais (93,3%) afirmaram possuir (TABELA 2). No estudo de Vargas *et al.* (2021), 100% dos participantes possuem comorbidades associadas ao DM.

A DM2 pode ser desenvolvida devido a fatores de risco. Dos participantes desta pesquisa, 26,7% referiram ser sedentários e 20% são hipertensos (Tabela 2). Já no trabalho de Evangelista (2019), observou-se que 100% dos participantes são sedentários e, segundo a autora, a DM2 é uma das principais doenças que advém do sedentarismo. De acordo com o estudo de Vargas *et al.* (2021), foi identificado que 82,8% da amostra possuíam tanto hipertensão quanto diabetes. Encarnação, Santos e Costa (2017) apontam que o quadro de hipertensão associado ao diabetes ocorre devido a altos níveis de açúcar no sangue, que contribuem para o enrijecimento das artérias e o aumento da pressão.

Outro grande fator de risco associado à DM2 é o tabagismo. Nesse sentido, no presente estudo, 20% dos participantes fazem o uso do tabaco (TABELA 2). Em um estudo realizado por Carmo *et al.* (2018), 15% dos participantes diabéticos afirmaram fazer o uso de cigarro. Segundo Rocha e Botelho (2018), a nicotina presente nos cigarros pode exercer um efeito tóxico direto sobre a função das células β pancreáticas.

Dos participantes do presente estudo, 73,3% afirmam possuir complicações relacionadas ao diabetes, sendo que 26,7% possuem hiperglicemia, 33,3% visão turva, 6,7% cicatrização lenta e 6,7% acidente vascular encefálico (AVE). Em uma pesquisa de Assunção *et al.* (2017), 15% da amostra possuíam complicações oftálmicas e 3,7%, complicações cardiovasculares. Fonseca e Rached (2019) apontam que a hiperglicemia é um dos principais sinais da DM e que, se não controlada, pode causar complicações como a retinopatia, gerando visão turva, podendo estender-se à cegueira. Outra consequência são as microangiopatias, lesões de pequenos vasos que provocam problemas de irrigação sanguínea, dificultando a cicatrização de feridas e podendo evoluir para AVE.

No questionário aplicado, o campo de complicações foi uma questão aberta e para tal 26,7% afirmaram possuir hiperglicemia. Contudo, Fonseca e Rached (2019) defendem que a hiperglicemia não é considerada uma complicação, mas sim um fator desencadeante de complicações. Portanto, isso revela que a baixa escolaridade entre os entrevistados é um fator relevante que prejudica a compreensão da própria doença.

Na tabela 3 do presente estudo, é possível evidenciar que 100% dos participantes se adequam a um tipo de tratamento, sendo 46,7% dieta, antidiabéticos orais e insulina, 26,7% antidiabéticos orais e insulina, 20% dieta e insulina e 6,7% somente insulina. No trabalho de Martins *et al.* (2020), 100% dos participantes fazem o uso da insulina. Em contrapartida, somente 5% fazem o uso de antidiabéticos associados. Os autores ressaltam que a combinação do antidiabético tem o objetivo de reduzir a dose da insulina e minimizar o risco de hipoglicemia. Dantas *et al.* (2022) observaram que, apesar de a DM não apresentar cura, com o tratamento adequado, as chances de complicações diminuem.

Da amostra deste estudo, 80% fazem o uso da insulina NPH, 6,7% insulina regular e 13,3% usam as duas associadas (TABELA 3). Rodríguez-Lay e

Michahelles (2018) reiteram que a insulino terapia é um dos métodos muito eficazes na regulação metabólica do paciente diabético, sendo mais utilizada a do tipo NPH. Apesar de seu tempo de ação ser mais lento, em relação a insulina regular, a NPH possui menor custo, facilitando sua aquisição nos sistemas de saúde.

Tabela 3- Dados patológicos de pacientes portadores de Diabetes Mellitus que utilizam insulina, Zona da Mata Mineira. 2022

Variável	N (%)
Tipo de tratamento	
Dieta, antidiabéticos orais e insulina	46,7% (7)
Dieta e insulina	20% (3)
Antidiabético oral e insulina	26,7% (4)
Somente insulina	6,7% (1)
Tipo de insulina que utiliza	
Regular	6,7% (1)
NPH	80,0% (12)
NPH e regular	13,3% (2)
Há quanto tempo utiliza a insulina	
0 a 5 anos	46,7% (7)
5 a 10 anos	13,3% (2)
Mais de 10 anos	26,7% (4)
Não sabe	13,3% (2)
Qual a frequência de utilização	
1 vez ao dia	26,7% (4)
2 vezes ao dia	60,0% (9)
Até 3 vezes ao dia	13,3% (2)
Qual local de aplicação	
Braço	73,3% (11)
Abdômen	6,7% (1)
Braço e abdômen	13,3% (2)
Braço, abdômen e coxa	6,7% (1)
Realiza o rodízio de aplicação?	
Sim	73,3% (11)
Não	26,7% (4)
Quem aplica a insulina	
Eu mesmo	53,3% (8)
Profissional da ESF	26,7% (4)
Familiar	20,0% (3)
Foi dada uma orientação adequada do uso da insulina?	
Sim	80,0% (12)
Não	20,0% (3)
Por qual profissional?	
Enfermeiro	33,3% (5)
Técnico de enfermagem	13,3% (2)
Médico	13,3% (2)
Enfermeiro e técnico de enfermagem	20,0% (3)
Não houve	20,0% (3)
Onde você adquire sua insulina?	
Pelo SUS	100% (15)
Eu compro na farmácia	0% (0)
É realizado um acompanhamento da glicemia capilar?	
Sim	80,0% (12)
Não	20, % (3)

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores

Quando perguntado aos pacientes sobre o tempo de uso da insulina, 46,7% usam há menos de 5 anos, 13,3% de 5 a 10 anos, 26,7% há mais de 10 anos e 13,3% não souberam responder. Com relação à frequência de utilização da insulina, 60% disseram utilizar 2 vezes ao dia, 26,7% uma vez e 13,3% até três vezes ao dia (TABELA 3). Aviz *et al.* (2021) ressaltam que quanto maior o tempo de diagnóstico, maior é a compreensão da doença e do tratamento terapêutico. Em contrapartida, os pacientes que fazem uso diário de insulina possuem uma baixa qualidade de vida e acumulam sentimento de culpa quando não conseguem obter níveis glicêmicos normais. Devido a isso, apresentam ideia pessimista sobre seu prognóstico.

Dos participantes dessa pesquisa, 73,3% aplicam a insulina na região do braço, 13,3% no braço e abdômen, 6,7% somente no abdômen e 6,7% aplicam no braço, abdômen e na coxa. Além disso, 73,3% fazem rodízio de aplicação da insulina, contudo 26,7% não realiza rodízio (Tabela 3). Segundo Krebs *et al.* (2021), os locais mais indicados para a administração de insulina são o posterior do braço, abdômen, anterolateral da coxa ou quadrante superior externo da região glútea. É extremamente importante que seja realizado o rodízio das aplicações, evitando a lipohipertrofia do tecido, que ocasiona deformidades e reduz a absorção do hormônio.

Para a administração da insulina, é necessário que haja orientações quanto ao seu manejo. Dos entrevistados, 53,3% afirmam aplicar a insulina sozinhos, para 26,7% é um profissional da ESF que administra e 20% é o familiar. Quanto à orientação, 80% confirmaram ter recebido uma orientação sobre o manejo adequado da insulina e 20% não receberam nenhuma orientação. Desses, 33,3% explicam que tiveram a orientação por parte de um enfermeiro, 20% por um médico e 13,3% por um técnico de enfermagem (TE), sendo que 13,3% receberam a orientação por um enfermeiro e um (TE) (TABELA 3). Sales *et al.* (2019), salientam que a enfermagem vai muito além de prestar cuidados e tem uma importância imensurável na educação continuada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), devendo participar ativamente das orientações aos pacientes.

Na tabela 3, pode ser observado que 100% dos participantes da pesquisa conseguem a insulina pelo SUS e 80% realizam o acompanhamento da glicemia capilar na ESF. De acordo com BRASIL (2014), foi criada a Portaria nº 483, de 1º de

abril de 2014, do Ministério da Saúde, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo por compromisso o cuidado e assistência aos pacientes que fazem parte do grupo de DCNT, incluindo os diabéticos por meio da Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem concluir a patologia em questão acomete mais o perfil: sexo feminino, idade entre 50 a 70 anos, aposentados e do lar, baixa escolaridade e renda familiar de até um salário mínimo. Além disso, a cor foi descartada como fator determinante. Houve uma maior predominância do DM2. A grande maioria dos participantes reside com familiares, além de possuírem histórico patológico de casos de DM na família.

Dentre as comorbidades que estão associadas à DM destacam-se a hipertensão, o sedentarismo e o uso de tabaco. Houve um elevado número de complicações oftálmicas em decorrência da DM.

Portanto, este estudo possibilita que os profissionais de saúde possam rastrear, por meio dos fatores de riscos, pacientes que tenha predisposição a desenvolver a DM, delineando medidas de profilaxia, promovendo mais qualidade de vida a esses pacientes e colaborando, assim, para a efetividade do planejamento e da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Valéria Cristina Delfino *et al.* Complicações micro e macrovasculares em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, vol. 18, núm. 6, p. 787-793. Dezembro, 2017.

ASSUNÇÃO, Suelen Cordeiro *et al.* Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, s. l., v. 21, n. 4, 2017.

BARROS, Maria Julieta Reis; SOBRINHO, Marina Lima; DE OLIVINDO, Dean Douglas Ferreira. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2: Um desafio para os profissionais de enfermagem. **Research, Society and Development**, Santo Agostinho. v. 9, n. 7, p. 1-15, Jun. 2020.

BERTONHI, Laura Gonçalves; DIAS, Juliana Chio da Ribeiro. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, São Paulo, v.2, n.2, p.1-10, 2018.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito *et al.* Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 125-136, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, p. 33, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, p.162, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35.)

BRUM, Heleneide Campos *et al.* Estudo do perfil farmacoterapêutico de pacientes idosos portadores de diabetes tipo II. **Revista Ciência e Saúde On-line**, v. 1, n. 3, 2016.

CARMO, Raiza Lima *et al.* Influência das Atividades de Autocuidado de Pacientes Diabéticos Sobre os Parâmetros Bioquímicos e Antropométricos. **Revista Contexto & Saúde**, Santo Ângelo-RS, vol. 18, n. 35, p. 27-33 jul./dez. 2018

COSTA, Amine Farias *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.1-14, março, 2017.

DANTAS, Guilherme Cavalcante *et al.* Delineamento do perfil farmacoterapêutico e avaliação da adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos: Uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, s. I., v. 11, n. 1, p. 2525-3409, 2022.

DE AVIZ, Gabriele Barros *et al.* Avaliação da qualidade de vida e perfil socioeconômico em diabéticos insulino-dependentes. **Journal Health NPEPS**, v. 6, n. 1, 2021.

DOMINGUES, Cristiana Silva. **Diabetes Mellitus no contexto da Hemocromatose Hereditária**. Orientador: Mestre Cristina Paula Barbosa Arteiro Romero Antelo, 2017. 25 f. Revisão Temática - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, 2017.

ENCARNAÇÃO, Priscila Pereira Santiago; SANTOS, Eglia Sara Almeida; COSTA, Margarete. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. **Revista APS**, Bahia, v. 20, n. 2, p. 273 – 278, abr/jun 2017.

EVANGELISTA, Anabela Alencar. **Estratégias de enfrentamento ao sedentarismo e mudanças nos hábitos alimentares na área da UBS Caponguinha - pindoretamace no combate ao sobrepeso e obesidade nos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica**. Orientador: Professora (Mestre e Doutora), Ana Paula Dias Rangel Montenegro. 2019. 19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2019.

FONSECA, Kathlem Pereira; RACHED, Chennyfer Dobbins Abi. **Complicações do diabetes mellitus**. International Journal of Health Management, Edição nº 1, Brasília, 2019. Disponível em: <https://ijhmreview.emnuvens.com.br/ijhmreview/article/view/149/88>. Acesso em: 16/19/2022.

GREGO-SOARES, Juliana Prytula; DELL'AGLIO, Debora Dalbosco. Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 322-334, 2017.

IDF - International Diabetes Federation. IDF Diabetes. Atlas da Diabetes. 10ed.,2021.

KREBS, Micheli Steinhorst *et al.* **A ausência do rodízio na aplicação da insulinoterapia**. Salão do conhecimento UNIJUI. Rio Grande do Sul, 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1Glq2P9BEdV9jwGH_bXFSfnsU9KMZW9zq/view. Acesso em 18/09/2022.

MANGUEIRA, Hemeson Torres *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes portadores de Diabetes Mellitus cadastrados na atenção primária. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, p. 1-8, dez. 2020.

MARTINS, Joyce Azevedo *et al.* Perfil clínico e epidemiológico dos portadores de Diabetes Mellitus tipo I assistidos pelo componente especializado do Piauí. **Revista de Casos e Consultoria**, Piauí, v. 11, n. 1, p. 2237-7417, 2020.

MORESCHII, Claudete *et al.* Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Rev. Bras Enferm.**, S. L., v. 71, n. 6, p. 3073-80, 2018.

MUZY, Jéssica *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Caderno Saúde Pública**, v.37 n.5, Brasil, 2021.

NOGUEIRA, Beatriz Cristina Murari *et al.* Aspectos emocionais e autocuidado de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2 em Terapia Renal Substitutiva. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 127-134, 2019.

OLIVEIRA, Lucas Irineu Medeiros *et al.* Avaliação das complicações em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em uma clínica particular especializada e ambulatório público de Joinville SC. ACM: arquivos catarinenses de medicina, Joinville, v.50, n.1, p. 02-12, abriu 2021.

OLIVEIRA, Nayara Cristina Ferreira de *et al.* **Perfil epidemiológico do Diabetes Mellitus 2 no Estado de Minas Gerais**. II Congresso de Saúde Coletiva da UFPR, 02 out. 2020. Google acadêmico. Disponível em: <https://eventos.ufpr.br/csc/csc20/paper/view/4120>. Acesso em: 23 Mar. 2022.

PEREIRA, Cristina Silva *et al.* Perfil socioeconômico, clínico e farmacoterapia de pacientes geriátricos com Diabetes Mellitus. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e5310312995-e5310312995, 2021.

PINTO, Derek Klinger Buás *et al.* Imunopatologia da insulinoterapia: desafios no tratamento e progressos através de imunoterapias alternativas. **TÓPICOS EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**, v.1, n. 1, p. 31-56, 2020.

RIBEIRO, Adriane Stefanny Rocha *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos com diabetes Mellitus do programa de promoção à saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5316-5323, 2021.

ROCHA, Cyndielle Barcelos; BOTELHO, Clóvis. **Tabagismo como fator de risco para diabetes mellitus tipo 2**. Sistema de Eventos Acadêmicos da UFMT. S. I., 2018. Disponível em: <https://eventosacademicos.ufmt.br/index.php/mostradaposgraduacao/xmostra/paper/view/7433>. Acesso em: 16/09/2022.

RODRÍGUEZ-LAY, Elba Giovanna; MICHAHELLES, Claudia. Análogos de insulina de ação prolongada versus NPH no diabetes mellitus. **Rev. Soc. Peru Med Interna**, s. I., v. 31, n. 2, p. 104-109, 2018.

ROSSANEIS, Mariana Ângela *et al.* Fatores associados ao controle glicêmico de pessoas com diabetes mellitus. **Ciência & Saúde Coletiva**, Londrina v. 24, n.3, p. 997-1005, mar. 2019.

SALES, Milena Sandri *et al.* Assistência de enfermagem prestada pelo enfermeiro da atenção primária à saúde ao paciente diabético. **Revista Varia Scientia**. Paraná, v. 5, n. 2, 2019.

SALIN, Adriane Bonotto *et al.* Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 33, p. e1257-e1257, 2019.

SANTOS, Aliny de Lima *et al.* Complicações microvasculares em diabéticos Tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autorreferida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Paraná, v.20, n.3, p.761-770, mar., 2015.

SANTOS, Helena Isabel Melo. **AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS, EMPODERAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DIABETES TIPO 2**. Orientadora: Doutora Carminda Soares Morais. 2016. 113f. Dissertação, (Mestrado em Gestão das Organizações) _ Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Lisboa, 2016.

SANTOS, Wallison Pereira *et al.* Complicações do diabetes mellitus na população idosa. **Braz. J. of Develop**. Curitiba, v. 6, n.6, p.33283-33292, jun. 2020.

SCHNEIDER, Eduarda Maria; FUJII, Rosangela Araújo Xavier; CORAZZA, Maria Júlia. PESQUISAS QUALI-QUANTITATIVAS: CONTRIBUIÇÕES PARA A

PESQUISA EM ENSINO DE CIÊNCIAS. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v.5, n.9, p. 569-584, dez. 2017.

SIQUEIRA, Emília et al. INSULINA: FORMAS ALTERNATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO. **Revista UNIANDRADE**, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2018.

SOUSA, Z; NEVES, M. Celestino; CARVALHO, D. Técnica de administração de insulina: uma prática sustentada em evidência científica. **Rev. Port. Diabetes**, v. 14, n. 3, p. 120-8, 2019.

TAVARES, Thaysa Alves *et al.* Fatores de risco para ulceração e amputação de extremidades inferiores em portadores de diabetes mellitus. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 278-287, 2016.

VARGAS, Larissa Barz *et al.* Avaliação da qualidade da dieta de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**, Pelotas, v.12, n. 1, p. 52-70, 2021.

VITOI, Nayla Cordeiro et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 953-965, 2015.

WANNMACHER, Lenita. Novas insulinas: qual a real vantagem? Uso Racional de Medicamentos: Temas selecionados. **OPAS. Ministério da Saúde**, v. 2, n. 8, p 1-6, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

ZANATTA, Leila et al. Análise das interações medicamentosas e perfil epidemiológico de indivíduos com diabetes mellitus na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 47, 2020.

ANEXO I:

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

Pesquisa: Perfil clínico e socioeconômico de pacientes diabéticos em uso de insulina de uma Estratégia da Saúde da Família localizada na Zona da Mata Mineira.

Pesquisadoras: Alana Késia Guimarães Sousa e Beatriz Rodrigues de Abreu Ferreira

Orientadora: Prof. M.Sc. Marcela Ferroni Gouveia

Questionário adaptado por MORESCHI *et al.*, (2018).

Dados de identificação e socioeconômicos

- Sexo
 Feminino Masculino
- Idade (anos): _____
- Estado civil
 solteiro
 casado
 união estável
 divorciado
 viúvo
- Cor
 Branca
 Preta
 Parda
 Amarela
- Escolaridade
 Não sabe ler nem escrever
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo
- Ocupação
 Aposentado ou pensionista
 Do lar
 Autônomo
 Outras
- Renda familiar
 Até 1 salário
 Entre 1 e 2 salários
 Entre 2 e 4 salários
 Entre 4 e 10 salários
- Mora com quem:
 Somente eu
 Cônjuge
 Cônjuge e filhos
 Filho
 Outro _____

Dados da Patologia

- Tipo de diabetes
 Tipo 1
 Tipo 2
 Gestacional
 Outra: _____
- Pessoas da família com DM
 1
 2
 3
 4 ou mais
- Tempo da doença
0-5 anos
6-10 anos
11-15 anos
16 anos >
- Comorbidades
 Hipertensão
 Dislipidemia
 Obesidade
 Enfermidade do coração
 outros: _____
- Fatores de risco
- Antecedentes familiares cardiovasculares
 Tabagismo
 Sedentarismo
 Sobrepeso/obesidade
 Hipertensão
- Complicações da diabetes
 Sim
 Não
 Qual: _____
- Possui descompensação da diabetes?
 Hiperglicemia
 Hipoglicemia
 Se sim, qual frequência: _____
 Não
- Tipo de tratamento
 Dieta, antidiabéticos orais e insulina
 Dieta e insulina
 Antidiabético oral e insulina
 Somente Insulina
- Tipos de insulina que utiliza
 Regular

- NPH
 - Outras _____
- 10.** Há quanto tempo utiliza a insulina _____
- 11.** Qual a frequência de utilização?
- 1 vez ao dia
 - 2 vezes ao dia
 - Outro: _____
- 12.** Qual local de aplicação
- Braço
 - Abdômen
 - Glúteo
 - Coxa
- 13.** Realiza o rodízio de aplicação?
- Sim
 - Não
- 14.** Quem aplica a insulina?
- Eu mesmo
 - Profissional na ESF
- Familiar
- 15.** Foi dada uma orientação adequada do uso da insulina?
- Sim
 - Não
 - Não sei dizer
- 16.** Por qual profissional?
- Enfermeiro
 - Técnico de Enfermagem
 - Médico
- 17.** Onde você adquire sua insulina?
- Pelo SUS
 - Eu compro na farmácia
- 18.** É realizado um acompanhamento da glicemia capilar?
- Sim
 - Não
 - Não sei dizer

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, _____ está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA.

Neste estudo pretendemos identificar o perfil clínico de saúde e socioeconômico dos pacientes com Diabetes Mellitus em uso de insulina de uma Estratégia de Saúde da Família. O motivo que nos leva a pesquisar tal fato é que há lacunas na literatura acerca do perfil clínico de pacientes em uso de insulina, pertencentes à Estratégia da Saúde da Família (ESF) de municípios do interior de Minas Gerais.

Para este estudo, adotaremos o seguinte procedimento: será aplicado um questionário ao senhor (a) o para levantamento de dados, com duração de aproximadamente 20 minutos. Os riscos envolvidos nesta pesquisa consistem em riscos de dimensão intelectual, ou seja, poderá surgir desconforto, medo ou constrangimento em algum momento em que estiver respondendo o questionário. Entretanto, caso seja identificado o constrangimento de algum participante, o pesquisador fará seu acompanhamento e avaliação individual.

Além disso, o anonimato será garantido no momento da análise das respostas pelo pesquisador e será garantida plena liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A pesquisa contribuirá para identificar o perfil de pacientes que utilizam insulina e, assim, permitir que a equipe de saúde desenvolva estratégias adequadas e eficazes para essa população.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se e ficará livre a deixar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano a você. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Univértix e a outra será fornecida ao Sr.(a). A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação a você, sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado ou estocado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, contato _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Marcela Ferroni Gouveia

Endereço: Rod. Ozires Linhares Fraga, s/nº - Zona Rural, Matipó - MG, 35367-000 - Complexo da Saúde Univértix -

Telefone: (31) 99662-3090 **E-mail:** marcellaferroni@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ 2022.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO III: TERMO DE ASSENTIMENTO



FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR

TERMO DE ASSENTIMENTO

(Este documento é para os participantes de 12 a 17 anos ou participantes legalmente incapazes)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA".

Neste estudo pretendemos identificar o perfil clínico de saúde e socioeconômico dos pacientes com Diabetes Mellitus em uso de insulina de uma Estratégia de saúde da família. O motivo que nos leva a pesquisar tal fato é que há lacunas na literatura acerca do perfil clínico de pacientes em uso de insulina, pertencentes à Estratégia da saúde da família (ESF) de municípios do interior de Minas Gerais.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: será aplicado um questionário ao senhor (a) o para levantamento de dados, com duração de aproximadamente 20 minutos. Os riscos envolvidos nesta pesquisa consistem em riscos de dimensão intelectual, ou seja, poderá surgir desconforto, medo ou constrangimento em algum momento em que estiver respondendo o questionário. Entretanto, caso seja identificado constrangimento de algum participante o pesquisador fará seu acompanhamento e avaliação individual.

Além disso, o anonimato será garantido no momento da análise das respostas pelo pesquisador e também será garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A pesquisa contribuirá para identificar o perfil de pacientes que utilizam insulina e assim, permitir que a equipe de saúde desenvolva estratégias adequadas e eficazes para essa população.

Para participar deste estudo, seu responsável legal deverá autorizar e assinar um termo de consentimento, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se e ficará livre a deixar a pesquisa a qualquer momento, sem nenhum dano a você. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Univértix e a outra será fornecida ao Sr.(a) e seu responsável. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação a você, sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado ou estocado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Eu, _____, contato _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo "PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o meu responsável legal poderá modificar sua decisão sobre minha participação se assim o desejar. Já assinado o termo de consentimento por meu responsável legal, declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Marcela Ferroni Gouveia

Endereço: Rod. Ozires Linhares Fraga, s/nº - Zona Rural, Matipó - MG, 35367-000 - Complexo da Saúde Univértix -

Telefone: (31) 99662-3090 **E-mail:** marcellaferroni@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ 2022.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO IV: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE

Autorização de Pesquisa

Eu, Luisa Gardingo, na qualidade de Secretária de Saúde do Município de Matipó/MG, autorizo a realização da pesquisa intitulada **PERFIL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DE PACIENTES DIABÉTICOS EM USO DE INSULINA DE UMA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA LOCALIZADA NA ZONA DA MATA MINEIRA**, cujo objetivo é identificar o perfil clínico e socioeconômico dos pacientes com Diabetes Mellitus em uso de insulina na Estratégia da Saúde da Família Boa Vista 1, a ser conduzida pela pesquisadora Prof^a M.Sc. Marcella Ferroni Gouveia e alunas do décimo período do curso de Graduação em Enfermagem, Beatriz Rodrigues de Abreu Ferreira e Alana Késia Guimarães de Sousa.

Declaro, que autorizo a realização desta pesquisa na Estratégia da Saúde da Família referida. Esta autorização só é válida no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Vértice - UNIVÉRTIX para a referida pesquisa.

Matipó, 13 de Abril de 2022.

Luisa G. Gardingo
Secretária Municipal de
Saúde de Matipó - MG
CPF: 415.481.938-11

Carimbo e Assinatura

PLANEJAMENTO, GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA

Acadêmicos: Alice Alves Dutra; Franciane de Jesus Pereira

Orientador: Ana Lígia de Souza Pereira

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, que teve por objetivo verificar o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma cidade da Zona da Mata Mineira. O local escolhido para a realização da pesquisa foi UBS's localizadas em uma cidade da Zona da Mata Mineira. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2022. Os participantes da pesquisa foram os seis enfermeiros que atuam como coordenadores das atividades nas seis UBS do referido município. O estudo foi realizado a partir de um questionário online, disponibilizado pela plataforma *Google Forms*. O instrumento de coleta de dados foi uma adaptação do questionário de Silveira *et al.* Os dados obtidos foram organizados no programa *Microsoft Office Excel 2010*, apresentado em gráficos e em tabelas para análise, através da estatística descritiva. Das seis UBS, em 16,7% (1) não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal. Dos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação estão o(a) enfermeiro(a) 83,3% (5), médico clínico geral ou de família 33,3% (2) e técnico/auxiliar de enfermagem 50% (3), onde são realizadas reuniões na maioria (66,7%) mensais. A avaliação do Programa de Pré-natal é o ponto de partida para possíveis intervenções nas práticas de saúde. Sendo assim, espera-se com este trabalho contribuir para a qualidade da assistência prestada às gestantes e puérperas do referido município.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-natal; planejamento; atenção primária.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é o período que antecede o nascimento de um filho durante o qual as gestantes passam por uma série de ações que visam à melhoria da saúde individual e coletiva da mulher. Nesse período, as gestantes devem receber o melhor acompanhamento possível e quando necessário, além de acesso a exames clínicos e laboratoriais, orientação profissional e acesso a medicamentos preventivos e/ou vacinas (SOUZA, MACHADO, MANGIAVACCHI e LIMA, 2021).

Oliveira e Duarte (2019), ressaltam que quando o pré-natal é de baixo risco pode ser realizado por enfermeiro, obstetra ou não, respaldado pela lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87. É encargo do enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem, prestar assistência a gestante, realizar educação

em saúde, prescrição de enfermagem e de alguns medicamentos, desde que tenha respaldo legal para tal ato.

A excelência da assistência obstétrica e neonatal, e também de outros recursos necessita da boa organização da rede de serviços para garantir a adesão aos princípios constitucionais de acesso universal, equidade e atenção integral. É essencial que todas as gestantes, recém-nascidos e puérperas tenham todos os cuidados da qual necessitam para diminuir as intercorrências ocasionadas pela gravidez, parto e complicações pós-parto (BRAVIN *et al.*, 2020).

É necessário aprimorar a assistência prestada às gestantes, levando em consideração aspectos relevantes como sociais, culturais, econômicos, entre outros. Possibilitando um caminho bem estruturado, onde se integra o conhecimento científico e o saber popular para que essas mulheres se sintam acolhidas durante toda a etapa da gestação. É de suma importância, que o profissional abra espaço para a mulher se expressar e dizer todas suas dúvidas a respeito desse período especial e ao mesmo tempo tão questionador da sua vida, trazendo assim mais conhecimento para a mesma, além de proporcionar um atendimento de qualidade durante todo o pré-natal (OLIVEIRA e DUARTE, 2019).

Sobre o tema pré-natal, pode-se encontrar diversas pesquisas, mas é possível verificar que não há ênfase para o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) de uma cidade da Zona da Mata Mineira, sendo essa a lacuna do presente estudo.

Nesta concepção, tem-se como questão norteadora: Como está o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal nas UBS de uma cidade da Zona da Mata Mineira? Assim, o objetivo deste trabalho foi verificar o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal das UBS de uma cidade da Zona da Mata Mineira.

A hipótese foi que os enfermeiros que atuam nas UBS não estavam realizando de forma eficaz o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal no município pesquisado.

Trabalhos com este são importantes para avaliar como o programa de pré-natal está sendo desenvolvido nas UBS, pois é através dessa avaliação que se pode observar qual o resultado obtido em relação a assistência prestada ao público alvo. Tendo em vista, que na atuação da Enfermagem se deve integrar todos os níveis de

atenção, visando a promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência integral à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O pré-natal tem como intuito discutir, amparar e assegurar as necessidades da mulher desde o início ao fim da gestação, logo, é perceptível que o bebê deve ser acompanhado também, preservando o bem-estar físico e mental, amparado pelo acompanhante durante todo o período de pré-natal, parto e pós-parto. A identificação precoce de determinados agravos garante assistência antecipada e um cuidado diferenciado (LIMA *et al.*, 2019).

Para que a assistência seja prestada de forma adequada, foi criada a Atenção Pré-Natal (APN) que é de grande importância para que se tenham bons resultados no desfecho da gestação associada a disponibilidade de recursos em âmbito gerencial e assistencial, obedecendo a normas técnico-científicas de qualidade. É recomendado que o pré-natal seja iniciado no princípio da gestação constituído por um conjunto de ações estabelecidas por protocolos assistenciais que orientem as condições e procedimentos necessários ao cuidado das gestantes (LUZ, AQUINO e MEDINA, 2018).

A assistência de Enfermagem durante o pré-natal proporciona uma avaliação dinâmica e possibilita a identificação de possíveis fatores de risco, deste modo, é possível atuar a fim de impedir possíveis agravos que podem comprometer o período gravídico. Vale reforçar que no momento da consulta de Enfermagem deve ser discutida as transformações que vão acontecer na gestação, esclarecendo, revendo e orientando sempre sobre dúvidas que podem surgir ao longo desse período. Despertando na gestante o senso crítico e preparando para cada mudança que irá ocorrer, e cabe ao enfermeiro os cuidados de preventivos e de orientação a gestante (LIMA *et al.*, 2019).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na implementação da logística de todas as ações definidas na Atenção Pré-Natal (APN), gerenciando direto do cuidado e o relacionamento multidisciplinar da equipe. O profissional deve estar capacitado, compreendendo o processo e a pertinência do acompanhamento da gestação, objetivando maior adesão ao pré-natal, assegurando-lhe qualidade na assistência e um bom resultado obstétrico e perinatal. A aptidão do exercício profissional, garante ao enfermeiro o poder de atuar na assistência ao pré-natal de

baixo risco, prestando cuidados integrais, sensibilizados e capacitados, acompanhando a gestante em todo o seu período de gestação, incentivando-as ao parto humanizado e desconstruindo os medos relacionados ao período (SOUZA, VIEIRA e BEZERRA, 2019).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. De acordo com Fernandes *et al.*, (2018), a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever, analisar, descobrir e interpretar fatos, e está estritamente ligado a pesquisas de cunho quantitativo, que objetiva identificar a correlação entre as variáveis a fim de descobrir características de um fenômeno. A aplicação desses métodos é muito relevante, pois proporcionam visões inovadoras sobre uma realidade já existente.

O local escolhido para a realização da pesquisa foram UBS localizadas em uma cidade da Zona da Mata Mineira. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o município possui uma população média de 13.434 pessoas, uma área de aproximadamente 470,551 km², densidade demográfica de 28,29 hab/km² e PIB de 15.123, 22 R\$ (IBGE, 2017).

Os participantes da pesquisa foram os seis enfermeiros que atuam como coordenadores das atividades nas seis UBS do referido município. O critério utilizado para a escolha dos participantes foram os enfermeiros que estavam atuando nas UBS no período de coleta de dados que foi entre 15/09 a 30/09 de 2022. Foram critérios de exclusão enfermeiros que atuavam no município, mas que não prestavam assistência às gestantes nas UBS, e enfermeiros que estavam afastados de suas atividades nas UBS no período de coleta de dados.

O estudo foi realizado a partir de um questionário online, disponibilizado pela plataforma *Google Forms*. O instrumento de coleta de dados foi uma adaptação do questionário de Silveira *et al.*, (2015), que contém 62 questões objetivas relacionadas ao planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal. No referido instrumento existem questões sobre: identificação da UBS e a organização do atendimento à demanda das ações programáticas referentes à saúde da mulher/pré-natal; frequência de realização das consultas; existência de protocolo de atendimento; e preenchimento do cartão das gestantes. O questionário foi enviado individualmente aos enfermeiros pelo aplicativo de mensagens *Whatsapp* após a

disponibilização do contato destes profissionais pela Secretaria de Saúde do município. O questionário esteve disponível para ser respondido entre os dias 15/09 a 30/09 de 2022. Estima-se que foram necessários aproximadamente 30 minutos para responder o questionário.

Os riscos envolvidos na pesquisa corresponderam em risco psicológico, durante a aplicação do questionário/entrevista, no qual os pesquisados poderiam sentir-se constrangido(a) frente a alguma questão e preferirem não se manifestar, tendo o direito de responder apenas às perguntas que desejassem, evitando assim esse risco psicológico. Quanto aos riscos para quebra de sigilo e anonimato, garantiu-se a manutenção do sigilo e da privacidade da participação durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Entretanto, por usar a plataforma, "nuvem" eletrônica (ambiente virtual), para armazenamento das respostas, há limitações para assegurar a total confidencialidade e, por isso, uma vez terminada a coleta de dados foi realizado o "*download*" dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local do pesquisador responsável, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual ("nuvem"). Em relação ao risco de extravio, os pesquisadores foram os únicos a ter acesso aos dados, mas poderão ocorrer extravio dos dados decorrentes de furto ou perda, assim foram tomadas todas as providências necessárias para manter o sigilo, a saber: a) identificação dos indivíduos nos questionários por números; b) limitar o acesso aos questionários apenas pelo tempo determinada pela pesquisa, posteriormente foi arquivado pelo pesquisador responsável; c) suspensão da pesquisa, caso seja detectado perda ou roubo de documentos.

Este estudo teve como benefício avaliar como o programa de pré-natal estava sendo desenvolvido nas UBS do município, pois foi através dessa avaliação que se pode observar qual o resultado obtido em relação a assistência prestada ao público alvo. Tendo em vista, que na atuação da Enfermagem se deve integrar todos os níveis de atenção, visando a promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência integral à saúde da gestante, puérpera e recém-nascido.

A pesquisa atendeu os preceitos éticos da Lei 466/2012 (BRASIL, 2012) e Ofício Circular 2/2021 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (CAAE: 59823022.5.0000.9407), documentos esses que tratam de pesquisa envolvendo seres humanos, e de pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Sendo resguardado ao participante de pesquisa o direito de liberdade de

recusar ou desistir de participar do estudo em qualquer momento. Após os devidos esclarecimentos sobre os objetivos do estudo foi solicitado a cada enfermeiro o aceite online do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), marcando a opção “sim” e uma cópia deste documento foi enviada para o Participante da Pesquisa. Foi solicitada também à secretaria de saúde do referido município a assinatura do Termo de Autorização ou Anuência, para os locais da realização da pesquisa.

Esta pesquisa acatou também as normativas descritas na Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo aos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social, estabelecidas em estudos realizados em instituições integrantes do SUS, não sendo confundidas com as atividades de atenção à saúde. Independentemente da decisão do enfermeiro (a) de participar ou não da pesquisa, por se tratar de uma pesquisa em instituições integrantes do SUS, ressalta-se que o atendimento ao usuário não foi prejudicado.

Ademais, as pesquisadoras se responsabilizaram em divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituição onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Os dados obtidos foram organizados no programa *Microsoft Office Excel* 2010, apresentando-se em gráficos e em tabelas para análise, através da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população do estudo foi composta por seis enfermeiros que atuam como coordenadores das atividades nas seis Estratégias de Saúde da Família (ESF) do referido município, sendo que, todas realizam atendimento pré-natal, e apenas uma delas realiza esse atendimento de segunda a sexta-feira no período da manhã e da tarde.

A Tabela 1 apresenta o funcionamento dos atendimentos de pré-natal nas unidades pesquisadas.

Tabela 1. Atendimento de pré-natal realizado pelas Unidades de Saúde

Variáveis	N	%
------------------	----------	----------

Sua UBS realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana?		
Sim	1	16,7%
Não	5	83,3%
Em quantos dias da semana a sua UBS realiza atendimento pré-natal?		
Um	1	16,7%
Dois	0	0,00%
Três	2	33,3%
Quatro	0	0,00%
Cinco	1	16,7%
Sempre que necessário	1	16,7%
Livre demanda das gestantes	1	16,7%
Nos dias em que a sua UBS realiza atendimento pré-natal, ele acontece em todos os turnos?		
Sim	4	66,7%
Não	2	33,3%

Fonte: Arquivo Pessoal

Os dados apresentados na tabela 1, mostram que 33,3% (2) das unidades realizam atendimento três vezes por semana, e que as demais unidades (4), realizam o atendimento uma vez por semana, cinco vezes por semana, por livre demanda das gestantes e sempre que necessário.

A atenção pré-natal se compreende por ações assistenciais e educativas que envolvem procedimentos cruciais para o desenvolvimento de uma gestação. Essa assistência deve ser acolhedora e ao mesmo tempo sistematizada, pois assim poderá refletir positivamente para o desfecho dessa etapa, podendo ser detectados possíveis agravos, preparando a mulher para o parto e criando um vínculo entre mãe e filho (CUNHA, LACERDA, ALCAUZA e NATAL, 2019).

Ainda para Cunha, Lacerda, Alcauza e Natal (2019), houve uma expansão da cobertura da atenção pré-natal nos últimos anos. O que foi evidenciado na atual pesquisa, que mostra que as seis unidades pesquisadas realizam atendimento de pré-natal.

Das UBS, apenas 16,7% (1) possui gestantes fora da área de cobertura, que segundo a enfermeira responsável, representa cerca de 12% em sua totalidade de gestantes fora da área de abrangência.

De acordo com os dados, é ofertado o atendimento para gestantes com problemas de saúde agudo em 83,3% (5), das seis (6) unidades entrevistadas, onde, apenas 33,3% das unidades existe demanda para atendimento de problemas como esse, sendo que em uma ESF são gestantes fora da área de cobertura, logo, não existe excesso de demanda das gestantes para atendimento de problemas agudos na área de cobertura da ESF.

A figura 1 apresenta os tipos de protocolos adotados pelas UBS no atendimento pré-natal.

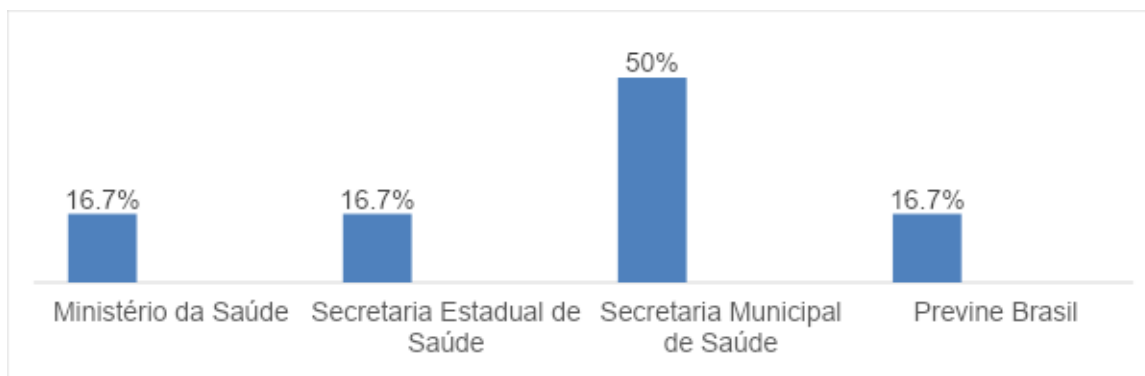


Figura 1: Protocolo de atendimento de pré-natal

Fonte: Arquivo Pessoal

A figura 1 apresenta os protocolos de atendimento que as referidas unidades utilizam, sendo possível verificar que 50% (3) das unidades seguem os protocolos da Secretaria Municipal de Saúde e 16,7% seguem os do Ministério da Saúde, Secretaria estadual de Saúde e o Previne Brasil.

De acordo com Sehnem *et al.*, (2020), os protocolos são elementos que potencializam a atenção pré-natal, dando uma maior autonomia para o atendimento, onde toda a equipe multidisciplinar deve seguir na mesma linha de cuidado.

Em se tratando de gestão de sistema, O DATASUS desenvolveu um sistema para que o gerenciamento das ações voltadas às gestantes fosse apropriado a cada etapa da gestação e as mesmas fossem empregadas com qualidade possibilitando amplo acesso às informações que são cruciais para o planejamento e avaliação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O SISPRENATAL tem definido todos os procedimentos necessários e cabíveis à cada período, focado na avaliação e no monitoramento da assistência pré-natal e puerperal desde a primeira assistência ao atendimento de alto risco, garantindo assim uma assistência continuada (BRASIL, 2008).

A Figura 2 apresenta os profissionais que realizam a consulta pré-natal na Unidade de saúde.

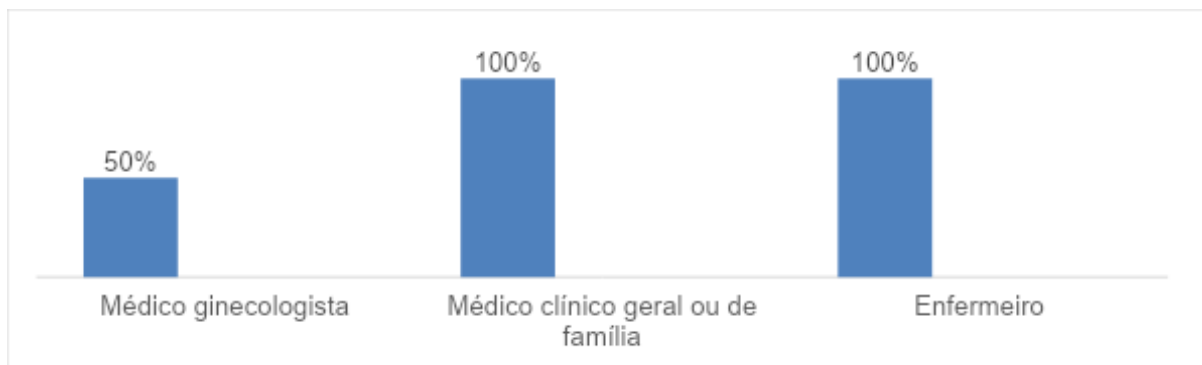


Figura 2: Profissionais que realizam a consulta pré-natal.

Fonte: Arquivo Pessoal

É possível perceber que o atendimento é realizado pelo enfermeiro e/ou médico clínico geral ou de família em 100% (6) das unidades.

De acordo com o Decreto nº 94406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que designa sobre o exercício profissional de Enfermagem, é exclusivo do enfermeiro, dentre outros, realizar consulta de enfermagem e sua prescrição assistencial, como integrantes da equipe de saúde, prescrição de medicamentos definidos em programas de saúde pública e aprovada pela instituição, bem como prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente puérpera e recém-nascido (GOMES *et al.*, 2019).

Amorim *et al.*, (2022) relata que no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro possui a responsabilidade de exercer cuidado diferenciado às famílias, associado ao respeito e à resolução de seus problemas de forma apropriada, singular e multidimensional. Além disso, são realizadas sob uma perspectiva de cuidados de enfermagem qualificada, que estimulem a execução de políticas públicas de saúde, como ações públicas para a gestão dos cuidadores, famílias e cuidados.

Ademais, a tarefa do enfermeiro deve impulsionar ações que incorporem todos os níveis de atenção, desde as medidas de promoção, prevenção e amparo à saúde da gestante, parturiente e recém-nascido. Diante disso, a consulta de enfermagem é uma estratégia eficiente (BRAVIN *et al.*, 2020).

A Figura 3 apresenta as ações desenvolvidas para as gestantes na Unidade de saúde.

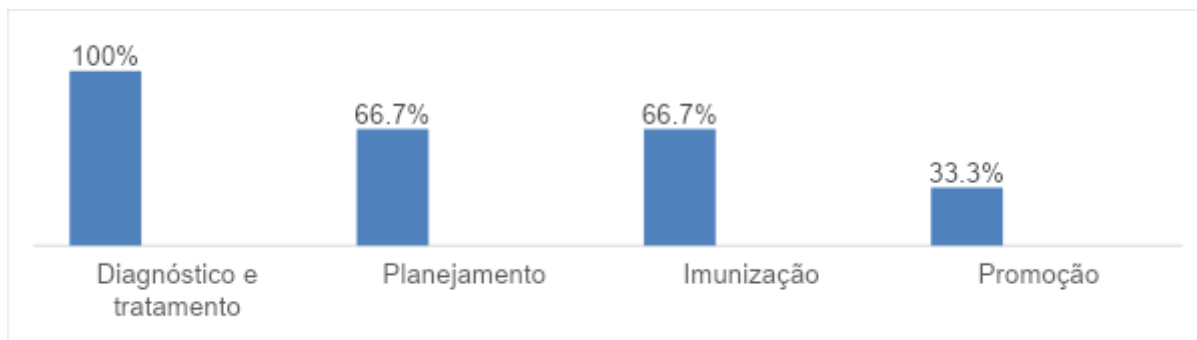


Figura 3: Ações desenvolvidas para gestantes
Fonte: Arquivo Pessoal

Nas UBS também são realizadas ações direcionadas às gestantes, onde pode-se perceber que todas as UBS desenvolvem ações para diagnóstico e tratamento de doenças. Das seis unidades, apenas 66,7% (4) delas realizam o planejamento e a imunização das gestantes e 33,3% (2) relataram ter diversas ações para promoção da saúde das gestantes.

Relacionado às ações de diagnóstico, apenas uma ESF não realiza diagnóstico e classificação do risco gestacional.

As ferramentas que são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde da mulher, diz que a classificação de risco gestacional deve ser realizada desde a primeira consulta de pré-natal e nas subsequentes, identificando possíveis fatores de risco e evitando mortes potencialmente evitáveis, a fim de favorecer o atendimento para que este, seja realizado com qualidade (MORAES *et al.*, 2019).

A Figura 4 apresenta os documentos que são registrados os atendimentos às gestantes.

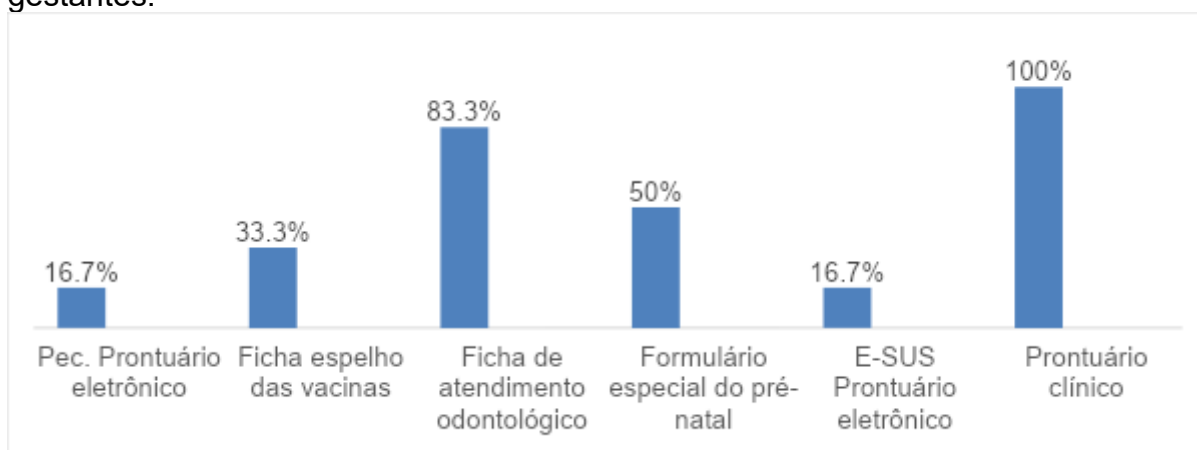


Figura 4. Tipo de documento de registro de atendimento as gestantes
Fonte: Arquivo Pessoal

No que se refere ao preenchimento dos dados de cada gestante, foi verificado que os mesmos são sempre registrados no prontuário clínico da paciente, apenas uma unidade relatou que faz registro dos dados no prontuário eletrônico, logo, são revisados periodicamente, semanalmente ou mensalmente. O principal objetivo destacado pelos enfermeiros da unidade foi verificar gestantes faltosas, em seguida verificar completude dos registros e verificar data provável de parto.

A pesquisa evidencia que 100% (6) dos enfermeiros conversam com as gestantes sobre dicas de alimentação saudável. Em relação a curva de peso 33,3% (2) às vezes explicam o posicionamento do ganho de peso e 66,7% (2) sempre explicam sobre o posicionamento. 100% (6) chamam atenção para a data da próxima vacina. 16,7% (1) às vezes chamam atenção para saúde bucal, enquanto 83,3% (5) falam sobre o assunto. 100% (6) dos profissionais demonstraram conversar sobre as práticas do aleitamento materno e sobre os cuidados com o recém-nascido. 16,7% (1) às vezes conversam sobre a prática de atividade física e 83,3% (5) sempre conversam. 100% (6) dos entrevistados revelaram que conversam com as pacientes sobre os riscos do tabagismo, álcool e drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto, sobre recomendação para que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e também entre 30 e 42 dias de pós-parto.

Segundo o Ministério da Saúde (2019) durante o pré-natal, a gestante deve receber informações acerca dos seus direitos, hábitos saudáveis relacionados à alimentação e exercícios físicos, assim como sobre medicamentos que devem ser tomados durante a gravidez. Todos os profissionais entrevistados solicitam o cartão da gestante na hora da consulta, para adicionar os dados da nova consulta.

Bravim *et al.*, (2020) relatam que para um efetivo controle do acompanhamento pré-natal, foi criado um sistema informatizado que está disponível no Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), este é o Sistema de Informações Sobre o Programa e Humanização no Pré-natal e Nascimento (SISPRENATAL), o sistema é de uso exigido nas unidades básicas de saúde e possibilita o monitoramento do estado de saúde de cada gestante acompanhada pelo sistema. Porém, apenas 16,7% (1) utilizam o sistema do SISPRENATAL em sua ESF sob responsabilidade do enfermeiro e 83,3% (5) não utilizam.

A Figura 5 apresenta os profissionais que participam das atividades de grupo com as gestantes, além do enfermeiro.

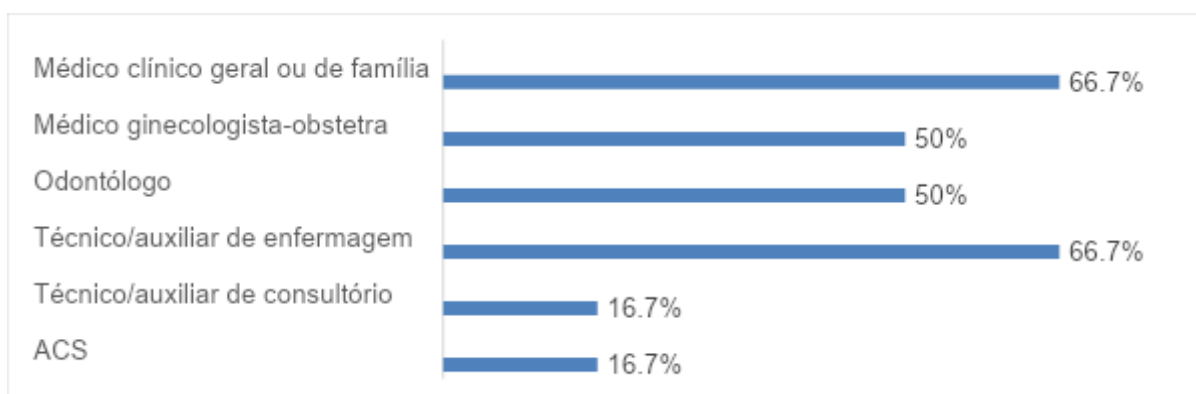


Figura 5: Profissionais que participam das atividades de grupo com as gestantes
Fonte: Arquivo Pessoal

Dos enfermeiros entrevistados, 100% (6) relataram que a equipe da ESF realiza atividades em grupo com as gestantes, sendo que o profissional da enfermagem sempre está presente durante essas atividades e realiza o planejamento dos profissionais que também deverão estar presentes. Relatou-se na pesquisa que 83,3% (5) das atividades em grupo são realizadas no âmbito da unidade. Tendo presente além do enfermeiro, o médico clínico geral ou de família, técnico e ou auxiliar de enfermagem, médico ginecologista-obstetra, odontólogo, técnico e ou auxiliar de consultório e o ACS.

Das seis UBS, apenas 16,7% (1) evidenciou que não há profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal. Dos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação estão o (a) enfermeiro (a) 83,3% (5), médico clínico geral ou de família 33,3% (2) e técnico/auxiliar de enfermagem 50% (3), onde são realizadas reuniões na maioria (66,7%) mensais.

A figura 6 mostra a frequência em que as reuniões ocorrem.

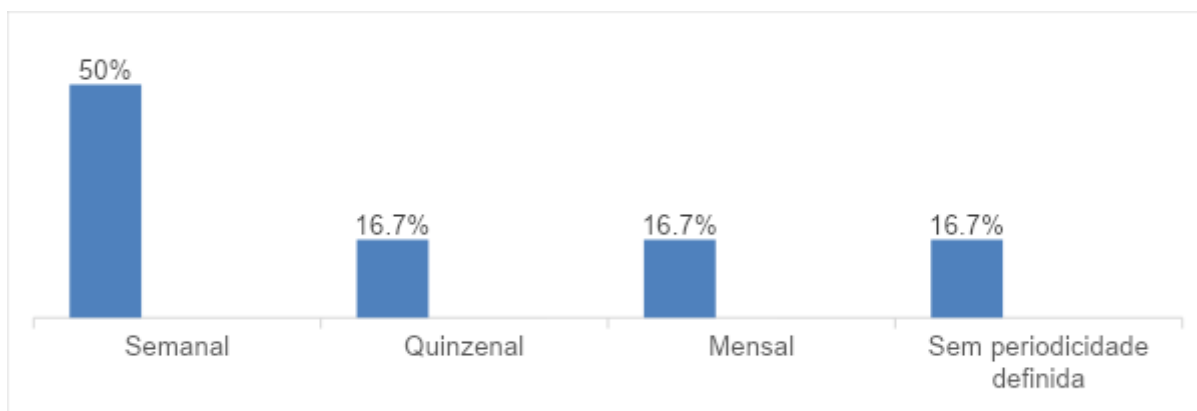


Figura 6: Frequência de reuniões

Fonte: Arquivo Pessoal

Em todas as UBS existem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do Programa de Pré-natal, sendo o enfermeiro em todas as unidades, médico clínico geral ou de família em uma unidade e o técnico/auxiliar de enfermagem em duas unidades. Todos estes profissionais realizam reuniões periodicamente.

A atenção pré-natal se compreende por ações assistenciais e educativas que envolvem procedimentos cruciais para o desenvolvimento de uma gestação. Assim, a gestão do cuidado de Enfermagem constitui um grande desafio para os enfermeiros, uma vez que, cabe ao enfermeiro, a responsabilidade de planejar suas ações em conjunto com a equipe de Enfermagem, para que o cuidado possa ser executado de forma humanizada e eficaz aos pacientes e suas famílias (AMORIM *et al.*, 2022).

De acordo com as respostas, as fontes utilizadas pelos profissionais para realizar a avaliação e monitoramento de Programa de Pré-natal são: SIAB 16,7% (1), registros específicos do pré-natal 100% (6), prontuário 66,7% (4) e busca ativa com ACS 16,7% (1). Dos profissionais que realizam esta avaliação 66,7% (4) produzem relatórios com os resultados encontrados mensalmente, e 33,3% (2) disseram não produzir relatórios. Na referida população, apenas 16,7% mencionaram não se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-Natal.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF, representa parte fundamental de acesso e cuidado, sendo porta de entrada do sistema de atenção à gestante e puérperas. A avaliação do Programa de Pré-natal é o ponto de partida para possíveis intervenções nas práticas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deste modo, o objetivo da pesquisa que era verificar o planejamento, gestão e coordenação do programa pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de uma cidade da zona da Mata Mineira foi alcançado, evidenciando a necessidade de mais ações voltadas às gestantes, assim como, a adoção do Protocolo da Atenção Pré-Natal.

É preciso maior comprometimento por parte da população do estudo, pois, a atuação do enfermeiro é fundamental para garantir maior adesão das gestantes ao pré-natal, fornecendo subsídios cruciais para detectar possíveis intercorrências, proporcionando tratamentos adequados e qualidade de vida as mesmas.

Contudo, espera-se com este trabalho contribuir para a qualidade da assistência prestada às gestantes e puérperas do referido município, proporcionando conhecimento e crescimento para ampliar e aprimorar ações, garantindo um cuidado integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Tamiris Scoz, *et al.* **Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da Assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde.** Orientadora: Marli Terezinha Stein Backes, 2017. Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina. Escola Anna Nery [online], Santa Catarina, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.** 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf Acesso em: 27.abr.2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal.** 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>. Acesso em: 26.mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/DATASUS. **Sisprenatal** – Sistema de Acompanhamento de Gestante. 2008. Disponível em: <http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060305>. Acesso em: 28.mar.2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). **Abre Campo.** 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/abre-campo/panorama>. Acesso em: 20.mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 27.mar.2022.

BRAVIN, Daise *et al.* A assistência de enfermagem no pré-natal: uma revisão. **Revista científica SMG, Maringá**, vol. 8, n.1, p. 01-15, 2020.

CUNHA, Ana Carolina; LACERDA, Josimari Telino; ALCAUZA, Mônica Tereza Ruocco. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Ver. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 19, n. 2, p. 459-470 abr./jun., 2019.

FERNANDES, A. M. *et al.* Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação: Análise Bibliométrica. **Revista Desafio Online**, Campo Grande, v.6, n.1, p.141-159, Jan/Abr, 2018.

GOMES, Celma Barros de Araújo *et al.* PRENATAL NURSING CONSULTATION: NARRATIVES OF PREGNANT WOMEN AND NURSES. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2019, v. 28.

LIMA, Kelly Mikaelly de Souza Gomes *et al.* Assistência de Enfermagem no Pré-Natal de alto risco. **Brazilian Journal of Health Reaview**, Curitiba, v. 2, n 4, p. 3183-3197, jul./ago., 2019.

LUZ, Leandro Alves; AQUINO, Rosana; MEDINA, Maria Guadalupe. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 111-126, out., 2018.

MORAES, Márcia Maria dos Santos de *et al.* Classificação de risco gestacional baseada no perfil de óbitos maternos ocorridos de 2008 a 2013: relato de experiência no município de Porto Seguro, Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Bahia, vol. 28, n. 3, 2019.

OLIVEIRA, Amanda Karolina L. de; DUARTE, Fhabylyle Moreira. **Importância das orientações de enfermagem na consulta de pré-natal: uma revisão integrativa**. Orientadora: Profa. Me. Marina Shinzato Camelo, 2019. 21 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, 2019.

SOUZA, Maria Vera Lúcia Pinheiro de; VIEIRA, Maria José Costa; BEZERRA, Martha Maria Macêdo. Influência do Pré-natal para o parto humanizado: contribuições do enfermeiro da estratégia da saúde da família. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V.13, n. 47, p. 252- 257, out., 2019.

SOUZA, Karine Moraes; MACHADO, Thais Pains; MANGIAVACCH, Bianca Magnelli; LIMA, Carmem Cardilo. A assistência pré-natal dentro do programa de saúde da família: uma revisão integrativa sobre o papel do profissional de enfermagem. **Revista Científica Interdisciplinar**, São Carlos, vol. 6, n. 3, artigo nº 1, set./dez., 2021.

ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: BACHARELADO EM ENFERMAGEM - 2022

PLANEJAMENTO, GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA

ACADÊMICAS: Alice Alves Dutra e Franciane de Jesus Pereira

ORIENTADOR: Prof. M.Sc. Ana Lígia de Souza Pereira.

OBJETIVO: Verificar o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de uma cidade da Zona da Mata Mineira.

ORIENTAÇÕES: Você está recebendo um questionário online, disponibilizado pela plataforma *Google Forms*, que contém 62 questões objetivas. Você terá entre 15/09 a 30/09 de 2022 para responder às questões, após este prazo o questionário não estará disponível. Estima-se que você precisará de aproximadamente 30 minutos para responder.

Questionário adaptado por SILVEIRA *et al.*, (2015).

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

1. **Município:** _____
2. **Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS):** _____
3. **Tipo de UBS:**
(1) ESF (2) Outro. Qual? _____

BLOCO B - ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS SAÚDE DA MULHER PRÉ---NATAL

4. **Sua UBS realiza atendimento pré-natal?**
(0) Não ENCERRE O QUESTIONÁRIO (1) Sim
5. **Sua UBS realiza atendimento pré-natal todos os dias da semana?**
(0) Não (1) Sim
6. **Em quantos dias da semana a sua UBS realiza atendimento pré-natal?**
(1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro (5) Cinco (6) Seis
7. **Nos dias em que sua UBS realiza atendimento pré-natal, ele acontece em todos os turnos?**
(0) Não (1) Sim
8. **Existem gestantes fora da área de cobertura de sua UBS que realizam o pré-natal na sua UBS?**
(0) Não (1) Sim
9. **Do total de gestantes acompanhadas no pré-natal, qual a proporção de gestantes residentes fora da área de cobertura de sua UBS?**
_____ %
10. **Quem realiza atendimento pré-natal em sua UBS?**

Assistente social	(0) Não	(1) Sim
Educador físico	(0) Não	(1) Sim
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim
Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim
Médico psiquiatra	(0) Não	(1) Sim
Nutricionista	(0) Não	(1) Sim
Odontólogo	(0) Não	(1) Sim
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de enfermagem	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim
Outro	(0) Não	(1) Sim

Qual? _____

11. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta programada agendada?

(0) Não (1) Sim

12. Além das consultas programadas de pré-natal, existe demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos?

(0) Não (1) Sim

13. Qual a área de residência das gestantes que demandam atendimento para problemas de saúde agudos?

Área de cobertura da UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA

Fora de cobertura da UBS (0) Não (1) Sim (8) NSA

14. Existe oferta de atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos?

(0) Não (1) Sim

15. Existe excesso de demanda das gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos?

(0) Não (1) Sim

16. Como a equipe lida com a situação do excesso deste tipo de demanda?

Atende mesmo tendo excedido a sua capacidade (0) Não (1) Sim

Agenda atendimento para outra data (0) Não (1) Sim

Orienta a gestante para procurar outro serviço de saúde (0) Não (1) Sim

Outro encaminhamento (0) Não (1) Sim

Qual? _____

17. Existe protocolo de atendimento pré-natal na sua UBS?

(0) Não (1) Sim

18. Quem produziu este protocolo?

Ministério da saúde (0) Não (1) Sim

Secretaria estadual de saúde (0) Não (1) Sim

Secretaria municipal de saúde (0) Não (1) Sim

Equipe de saúde da UBS (0) Não (1) Sim

Outro (0) Não (1) Sim

Qual? _____

19. Qual o ano de publicação do protocolo mais atual?

20. Quais profissionais utilizam o protocolo de atendimento pré-natal?

Assistente social (0) Não (1) Sim

Educador físico (0) Não (1) Sim

Enfermeiro (0) Não (1) Sim

Médico clínico geral ou de família (0) Não (1) Sim

Médico ginecologista-obstetra (0) Não (1) Sim

Médico psiquiatra (0) Não (1) Sim

Nutricionista (0) Não (1) Sim

Odontólogo (0) Não (1) Sim

Psicólogo (0) Não (1) Sim

Técnico/auxiliar de enfermagem (0) Não (1) Sim

Técnico/auxiliar de consultório dentário (0) Não (1) Sim

Outro (0) Não (1) Sim

Qual? _____

21. Quais ações são desenvolvidas em sua UBS no cuidado às gestantes

Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral (0) Não (1) Sim

Diagnósticos e tratamento de problemas de saúde bucal (0) Não (1) Sim

Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental (0) Não (1) Sim

Controle dos cânceres do colo de útero e mama (0) Não (1) Sim

Imunizações (0) Não (1) Sim

Planejamento familiar (0) Não (1) Sim

Promoção do aleitamento materno (0) Não (1) Sim

Promoção de hábitos alimentares saudáveis (0) Não (1) Sim

Promoção da atividade física (0) Não (1) Sim

Promoção da saúde bucal (0) Não (1) Sim

Promoção da saúde mental (0) Não (1) Sim

Outra (s) (0) Não (1) Sim

Qual (is)? _____

22. Os profissionais utilizam alguma avaliação e classificação do risco gestacional?

(0) Não (1) Sim

23. Os profissionais de saúde da UBS utilizam protocolo para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde?

(0) Não (1) Sim

24. Quais protocolos são utilizados?

Encaminhamento para atendimento nas especialidades (0) Não (1) Sim
Encaminhamento para internação hospitalar (0) Não (1) Sim
Encaminhamento para serviços de pronto-atendimento (0) Não (1) Sim
Encaminhamento para atendimento em pronto-socorro (0) Não (1) Sim

25. Onde são registrados os atendimentos às gestantes

Prontuário clínico (0) Não (1) Sim
Formulário especial do pré-natal (0) Não (1) Sim
Ficha de atendimento odontológico (0) Não (1) Sim
Ficha de atendimento nutricional (0) Não (1) Sim
Ficha espelho das vacinas (0) Não (1) Sim
Outro (s) formulário (s) (0) Não (1) Sim
Qual (is)? _____

26. Existe algum arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes?

(0) Não (1) Sim

27. Este arquivo costuma ser revisado periodicamente?

(0) Não (1) Sim

28. Qual a frequência de revisão do arquivo?

() Diária
() Semanal
() Quinzenal
() Mensal
() Bimensal
() Trimestral
() Semestral
() Anual
() NSA

29. Qual a finalidade da revisão do arquivo?

Verificar gestantes faltosas (0) Não (1) Sim
Verificar a completude de registros (0) Não (1) Sim
Identificar gestantes em data provável de parto (0) Não (1) Sim
Identificar gestantes com pré-natal de risco (0) Não (1) Sim
Avaliar a qualidade do programa (0) Não (1) Sim
Outra (0) Não (1) Sim
Qual? _____

30. Quem realiza a revisão do arquivo?

Assistente social (0) Não (1) Sim
Educador físico (0) Não (1) Sim
Enfermeiro (0) Não (1) Sim
Médico clínico geral ou de família (0) Não (1) Sim
Médico ginecologista-obstetra (0) Não (1) Sim
Médico psiquiatra (0) Não (1) Sim
Nutricionista (0) Não (1) Sim
Odontólogo (0) Não (1) Sim
Psicólogo (0) Não (1) Sim
Técnico/auxiliar de enfermagem (0) Não (1) Sim
Técnico/auxiliar de consultório dentário (0) Não (1) Sim
Outro (0) Não (1) Sim
Qual? _____

31. Os profissionais de saúde solicitam a carteira/cartão de pré-natal nos atendimentos?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

32. Quando a carteira/cartão de pré-natal está disponível na consulta, os profissionais de saúde preenchem com as informações atuais da gestante?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

33. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

34. Os profissionais de saúde explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira/cartão de pré-natal?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

35. Os profissionais de saúde chamam atenção para a data da próxima vacina?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

36. Os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gravidez?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

37. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre as práticas de promoção do aleitamento materno?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

38. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre os cuidados com o recém-nascido?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

39. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre a promoção da atividade física?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

40. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

41. Os profissionais de saúde conversam com a gestante sobre anticoncepção no pós-parto?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

42. Os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

43. Os profissionais de saúde recomendam que a gestante realize revisão puerperal entre 30 e 42 dias de pós-parto?

(0) Não (1) Sim, às vezes (2) Sim, sempre

44. Na sua UBS existe o Programa SISPRENATAL do ministério da saúde?

(0) Não (1) Sim

45. Quem é o responsável pelo cadastramento das gestantes do Programa SISPRENATAL?

Assistente social	(0) Não	(1) Sim
Educador físico	(0) Não	(1) Sim
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim
Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim
Médico psiquiatra	(0) Não	(1) Sim
Nutricionista		(0) Não (1) Sim
Odontólogo		(0) Não (1) Sim
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de enfermagem	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim
Outro		(0) Não (1) Sim
Qual? _____		

46. Quem é o responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde?

Assistente social	(0) Não	(1) Sim
Educador físico	(0) Não	(1) Sim
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim
Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim
Médico psiquiatra	(0) Não	(1) Sim
Nutricionista		(0) Não (1) Sim
Odontólogo		(0) Não (1) Sim
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de enfermagem	(0) Não	(1) Sim
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim
Outro		(0) Não (1) Sim
Qual? _____		

47. A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de gestantes?

(0) Não (1) Sim

48. Onde são realizadas as atividades de grupo?

No âmbito da UBS	(0) Não	(1) Sim	
Nas escolas		(0) Não	(1) Sim
Na associação de bairro/comunitária	(0) Não	(1) Sim	
Em indústrias		(0) Não	(1) Sim
Em igrejas	(0) Não	(1) Sim	
Em outros espaços comunitários	(0) Não	(1) Sim	

49. Quantos grupos de gestantes são realizados em média por mês em sua UBS?

_____ grupos

50. Das gestantes atendidas no pré-natal de sua UBS, qual o percentual que participa de atividades em grupo?

_____ %

51. Quais são os profissionais que participam das atividades de grupo com as gestantes?

Assistente social	(0) Não	(1) Sim	
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim	
Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim	
Médico psiquiatra	(0) Não	(1) Sim	
Nutricionista		(0) Não	(1) Sim
Odontólogo		(0) Não	(1) Sim
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de enfermagem	(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim	
Outro		(0) Não	(1) Sim
Qual? _____			

52. Na sua UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-natal?

(0) Não (1) Sim

53. Quem são estes profissionais?

Assistente social	(0) Não	(1) Sim	
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim	
Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim	
Médico psiquiatra	(0) Não	(1) Sim	
Nutricionista		(0) Não	(1) Sim
Odontólogo		(0) Não	(1) Sim
Psicólogo	(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de enfermagem	(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim	
Outro		(0) Não	(1) Sim
Qual? _____			

54. Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de pré-natal realizam reuniões?

(0) Não (1) Sim

55. Qual a frequência destas reuniões?

- (0) Sem periodicidade definida
- (1) Semanal
- (2) Quinzenal
- (3) Mensal
- (4) Bimensal
- (5) Trimestral
- (6) Semestral
- (7) Anual

56. Na sua UBS existem profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do Programa de pré-natal?

(0) Não (1) Sim

57. Quem são estes profissionais?

Assistente social	(0) Não	(1) Sim	
Educador físico	(0) Não	(1) Sim	
Enfermeiro	(0) Não	(1) Sim	
Médico clínico geral ou de família	(0) Não	(1) Sim	

Médico ginecologista-obstetra	(0) Não	(1) Sim		
Médico psiquiatra		(0) Não	(1) Sim	
Nutricionista			(0) Não	(1) Sim
Odontólogo			(0) Não	(1) Sim
Psicólogo		(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de enfermagem		(0) Não	(1) Sim	
Técnico/auxiliar de consultório dentário	(0) Não	(1) Sim		
Outro			(0) Não	(1) Sim
Qual? _____				

58. Os profissionais que se dedicam à avaliação e ao monitoramento do Programa de pré-natal realizam reuniões?

(0) Não (1) Sim

59. Qual a frequência destas reuniões?

(0) Sem periodicidade definida

(1) Semanal

(2) Quinzenal

(3) Mensal

(4) Bimensal

(5) Trimestral

(6) Semestral

(7) Anual

60. Quais fontes de dados são utilizadas pelos profissionais para realizar a avaliação e monitoramento do Programa de pré-natal?

SIAB (0) Não (1) Sim

SINASC (0) Não (1) Sim

Registros específicos do pré-natal (0) Não (1) Sim

Prontuário (0) Não (1) Sim

61. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento do Programa de pré-natal produzem relatórios com os resultados encontrados?

(0) Não (1) Sim

62. Com qual frequência?

(0) Sem periodicidade definida

(1) Semanal

(2) Quinzenal

(3) Mensal

(4) Bimensal

(5) Trimestral

(6) Semestral

(7) Anual

ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE VÉRTICE – UNIVÉRTIX
SOCIEDADE EDUCACIONAL GARDINGO LTDA. – SOEGAR
CURSO: BACHARELADO EM ENFERMAGEM - 2022

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **Planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de uma cidade da Zona da Mata Mineira**. Esta pesquisa tem por objetivo verificar o planejamento, a gestão e a coordenação do programa de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde de uma cidade da Zona da Mata Mineira. O motivo que nos leva a desenvolver essa pesquisa é conhecer a organização do atendimento à demanda das ações de pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS) de uma cidade da Zona da Mata Mineira, sendo possível, desta forma, levantar dados relevantes para conhecer e avaliar a assistência prestada às gestantes do município. A relevância do estudo está pautada em analisar os indicadores da atenção pré-natal, fazer comparações entre as Unidades Básicas de Saúde e se estão seguindo os protocolos da atenção pré-natal, verificar adesão e participação do público alvo, além de verificar a gestão dos enfermeiros da área. Sendo assim possível, avaliar como o programa de pré-natal está sendo desenvolvido nas UBS, pois é através dessa avaliação que poderá se observar qual o resultado obtido em relação a assistência prestada ao público alvo.

Para esta pesquisa você responderá um questionário online adaptado de Silveira, *et al.* (S/D), pelo *Google Forms*. O questionário constituído por 63 perguntas poderá ser respondido no momento e local de sua preferência. Estima-se que você precisará de aproximadamente "30 minutos". A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa. Não existem perguntas obrigatórias, não sendo necessário responder a todas elas se assim você o desejar ou não se sentir à vontade. O questionário estará disponível para ser respondido entre os dias 15/09 a 30/09 de 2022.

Independentemente da sua decisão como enfermeiro(a) em participar ou não da pesquisa, por se tratar de uma pesquisa em instituições integrantes do SUS, ressalta-se que o atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado. Não devendo a pesquisa ser confundida com as atividades de atenção à saúde da UBS.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco psicológico durante a aplicação do questionário/entrevista, no qual poderá sentir-se constrangido (a) frente a alguma questão e preferir não se manifestar, tendo o direito de responder apenas às perguntas que desejar, evitando assim esse risco psicológico. Quanto aos riscos para quebra de sigilo e anonimato, garante-se a manutenção do sigilo e da privacidade da participação durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. Entretanto, por usar a plataforma, "nuvem" eletrônica (ambiente virtual), para armazenamento das respostas, há limitações para assegurar a total confidencialidade e, por isso, uma vez terminada a coleta de dados será realizado o "download" dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local do pesquisador responsável, apagando todo e qualquer registro da plataforma virtual ("nuvem"). Em relação ao risco de extravio, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados, mas poderão ocorrer extravio dos dados decorrentes de furto ou perda, assim serão tomadas todas as providências necessárias para manter o sigilo, a saber: a) identificação dos indivíduos nos questionários por números; b) limitar o acesso aos questionários apenas pelo tempo determinada pela pesquisa, posteriormente será arquivado pelo pesquisador responsável; c) suspensão da pesquisa, caso seja detectado perda ou roubo de documentos.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador.

Este estudo tem como benefício analisar os indicadores de atenção pré-natal, fazer comparações entre as UBS e se estão seguindo os protocolos da atenção pré-natal, verificar adesão e participação do público-alvo, além de verificar a gestão dos enfermeiros da área.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Asseguramos que seu nome ou o material que indique sua participação na pesquisa não serão liberados sem a sua permissão. Os resultados da pesquisa não serão divulgados a terceiros contendo dados individuais, apenas a compilação para publicação em eventos científicos e acadêmicos. Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos científicos e publicação em eventos científicos e acadêmicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na **Faculdade Univértix** e a outra será fornecida ao Sr.(a) via e-mail. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de **5 ANOS** após o término da pesquisa. Depois desse tempo, eles serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **PLANEJAMENTO, GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA CIDADE DA ZONA DA MATA MINEIRA**. De maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Ana Lígia de Souza Pereira (Coordenadora da pesquisa)
Rua Palestina Muniz Pereira, 236, Retiro, Matipó
Telefone: (33)999714363
E-mail: analigiasouzapereira@gmail.com

Alice Alves Dutra
Rua Antônio Brandão Sobrinho, 10, centro, Santa Margarida
Telefone: (31) 98103 0641
Email: alice.dutra_@outlook.com

Franciane de Jesus Pereira

Rua Vereador Xisto da Cruz, 60, Sol Nascente, Sericita

Telefone: (31) 98343 1867

Email: francianesericita@outlook.com

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar O CEP da Faculdade Vértice – Univértix que é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

CEP/UNIVÉRTIX – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Rua Bernardo Torres, nº180, Bairro Retiro, Bloco C, térreo, sala 05

Faculdade Vértice – UNIVÉRTIX

Telefone: (31) 3873-2199, ramal 213

E-mail: cep.univertix@gmail.com

Matipó, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador (Coordenadora da pesquisa)

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

