

Tanise Nazaré Maia Costa  
(Organizadora)

# PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

## O ENSINO DURANTE A PANDEMIA

Tanise Nazaré Maia Costa

(Organizadora)

# **PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE**

O ENSINO DURANTE A PANDEMIA

1ª edição

**Editora Itacaiúnas**

Ananindeua - Pará

2021

**Conselho editorial / Colaboradores**

Márcia Aparecida da Silva Pimentel - Universidade Federal do Pará, Brasil José

Antônio Herrera - Universidade Federal do Pará, Brasil

Márcio Júnior Benassuly Barros - Universidade Federal do Oeste do Pará, Brasil

Miguel Rodrigues Netto - Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

Wildoberto Batista Gurgel - Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Brasil

André Luiz de Oliveira Brum - Universidade Federal do Rondônia, Brasil

Mário Silva Uacane - Universidade Licungo, Moçambique

Francisco da Silva Costa - Universidade do Minho, Portugal

Ofelia Pérez Montero - Universidad de Oriente- Santiago de Cuba, Cuba

Editora chefe: Viviane Corrêa Santos - Universidade do Estado do Pará, Brasil

Editor e webdesigner: Walter Luiz Jardim Rodrigues - Editora Itacaiúnas, Brasil

Editor e diagramador: Deividy Edson Corrêa Barbosa - Editora Itacaiúnas, Brasil

©2021 por Tanise Nazaré Maia Costa (Org.)

©2021 por vários autores

*Todos os direitos reservados.*

1ª edição

**Editoração eletrônica/ diagramação:** Deivid Edson

**Organização e preparação de originais:** Walter Rodrigues

**Projeto de capa:** Tanise Costa

**Bibliotecário:** Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD**

P964 Projeto de intervenção em saúde na comunidade [recurso eletrônico] : o ensino durante a pandemia / organizado por Tanise Nazaré Maia Costa. – Ananindeua : Itacaiúnas, 2021.  
245 p. : il. ; PDF ; 6.77 MB.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-88347-83-6 (Ebook)

DOI: 10.36599/itac-ed1.090

1. Medicina. 2. Ensino. 3. Pandemia. 4. Intervenção. 5. Comunidade. I. Coelho, Jorge Luiz. II. Costa, Nazaré Maia. III. Título.

2021-850

CDD 610

CDU 61

**Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva - CRB-8/9410**

#### **Índice para catálogo sistemático:**

1. Medicina 610

2. Medicina 61

---

O conteúdo desta obra, inclusive sua revisão ortográfica e gramatical, bem como os dados apresentados, é de responsabilidade de seus participantes, detentores dos Direitos Autorais.

*Esta obra foi publicada pela [Editora Itacaiúnas](#) em março de 2021.*

# SUMÁRIO

## **APRESENTAÇÃO ..... 11**

Tanise Nazaré Maia Costa

## **TERRITORIALIZAÇÃO DA MICROÁREA 1 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DESEMBARGADOR PAULO FROTA ..... 12**

DOI: 10.36599/itac-ed1.091

Jorge Luiz Coelho  
Ian Desengrini da Rocha  
Larissa Silva Maneschi  
Luísa Daun  
Lorena Monteiro de Britto  
Mariana Cayres Vallinoto  
Verônica Coelho Lobão

## **“CÂNCER DE MAMA SE LIGUE NESSE ASSUNTO”, UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA HOMENS E MULHERES NA CIDADE NOVA 8 ..... 23**

DOI: 10. 10.36599/itac-ed1.092

Claudia Marques Santa Rosa Malcher  
Érica Furtado Azevedo Coelho  
Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães  
Amanda Ayako Yamamoto  
Amanda Benone Sabbá de Lima  
Ayan Machado Ferreira  
Cássio Kenzo Câmara Yamada  
Roberta Louise Dias Rodrigues

## **CARTAS DE ORIGAMI PARA A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA..... 33**

DOI: 10.36599/itac-ed1.093

Claudia Marques Santa Rosa Malcher  
Camila Rodrigues Maciel  
Gabrielly Leite Andrade  
Jordanna Eduarda Sant'ana Alves  
Maria Vitória Dias do Carmo  
Mauricio Lima de Oliveira  
Paulo Victor dos Santos Sarmento

**A PREVENÇÃO DA PARASITOSE INTESTINAL ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE ..... 40**

DOI: 10.36599/itac-ed1.094

Mariana do Socorro Quaresma Silva  
Deyvid Barata De Santis  
Marina de Araújo Moura  
Nicole Ribeiro Borges  
Raquel Machado Pinto  
Thiago Cavaleiro de Macedo Souza  
Thiago Gomes de Oliveira

**A FEBRE CHIKUNGUNYA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS NO ENSINO FUNDAMENTAL I ..... 49**

DOI: 10.36599/itac-ed1.095

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos  
Andréa Câmara Rodrigues  
Larissa Pinheiro Viana  
Laura Closset  
Luiz Felipe Coutinho Dias  
Maíra Helena Farias Martins  
Maryelly Damiana Oliveira de Carvalho dos Reis

**DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA COM ÊNFASE NA DEPRESSÃO ..... 65**

DOI: 10.36599/itac-ed1.096

Cibele Maria de Almeida  
Isis Batista de Oliveira  
Juliana Ayumi Azevedo Kurosawa  
Leandro Hiago Moura Furtado

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA PARA SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL NA USF PEDREIRINHA ..... 75**

DOI: 10.36599/itac-ed1.097

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque  
José Dorcele Paiva Rabelo Júnior  
Laís Miléo Gomes Sá  
Luig Matias Barreiros Pires  
Manuelle Pinto Sotero  
Maria Laura Pereira Crisóstomo  
Ricardo Piqueira de Andrade Acatauassú

**RECICLAGEM COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL E ALÍVIO DO ESTRESSE NA PANDEMIA DE COVID ..... 95**

DOI: 10.36599/itac-ed1.098

Claudia Marques Santa Rosa Malcher  
Ana Josefina Gonçalves Salomão  
Luiza da Costa Barbosa  
Samya Cristina de Souza Calixto

**O DESCARTE INADEQUADO DE RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA TRANSMISSÃO DE LEPTOSPIROSE ..... 103**

DOI: 10.36599/itac-ed1.099

Ivete Moura Seabra de Souza  
Alice Maria Bastos Pereira  
Gabriel de Lima Priante  
Lorena Soriano de Melo Lima  
Manoella Silvana dos Anjos Matos  
Pedro Santana Quaresma Neto

**A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO SANEAMENTO BÁSICO PARA A SAÚDE DA COMUNIDADE DA PEDREIRINHA, ANANINDEUA, PA..... 113**

DOI: 10.36599/itac-ed1.100

Valnice Ferreira Campos Lodi  
Fernanda Rocha de Lima  
Juliana Ruffeil Tavares Hesketh  
Mateus Adjair da Silva Pereira  
Pedro Henrique Fonseca de Araújo

**ABORDAGEM SOBRE ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES NO ESTADO DO PARÁ COM GESTANTES E MÃES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JÚLIA SEFFER..... 122**

DOI: 10.36599/itac-ed1.101

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos  
Eduardo de Pinho Domingues  
Fábio de Castro Rodrigues Pinheiro  
Gabriel Pacheco Rymsza  
Juliana Silva dos Remédios  
Luma de Melo Medeiros

**PRODUÇÃO AUDIOVISUAL COM FERRAMENTA DE ENSINO A DISTÂNCIA NO COMBATE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL EM DUAS ESCOLAS EM ANANINDEUA – PA..... 130**

DOI: 10.36599/itac-ed1.102

Bruno Souza dos Santos  
Taynah Mayara Monteiro e Silva Riker  
Amanda Wosny Guimarães  
Ana Paula Sales de Araújo  
Iameme Fadul  
Izabela Carneiro de Queiroz  
Joseline Barbosa Aboim  
Juliana ValenteAlves  
Laís Carneiro dos Santos  
Letícia Viana Martins Beltrão  
Lucas Solano Araújo da Silva  
Natália Crespo Grandi  
Roberto Conceição Damasceno  
Walkyria Abraham Pegado

**AÇÃO EM SAÚDE QUANTO A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO  
MATERNO EXCLUSIVO NA USF TENONÉ ..... 140**

DOI: 10.36599/itac-ed1.103

Tanise Nazaré Maia Costa  
Alessandra Andrade Falqueto  
Daniel Chagas Barreto  
Demmy Chaves Amaral Monteiro  
Michelle Luiza da Silva Chaves  
Paulo Henrique Pinheiro Pereira

**PREVENÇÃO DE QUEDAS NA FAIXA ETÁRIA IDOSA - PROJETO DE  
INTERVENÇÃO ..... 148**

DOI: 10.36599/itac-ed1.104

Évila Fernanda Lameira de Melo Sodré  
Amanda Aguiar Martins Nunes  
Fernanda Caroline de Sousa Ribeiro  
Isabella Siqueira Ferreira  
Julia Henrique Sabino  
Paulo André Dias da Silva  
Raiza Pontes Aood  
Wagner Wilson Santos de Souza

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS, NOS DESAFIOS  
DA SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES - PICS ..... 156**

DOI: 10.36599/itac-ed1.105

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos  
Juliana Lara Barni  
Juliana da Silva Sousa Soares  
Karina Rodrigues de Sousa  
Luana Keuffer Cavalleiro de Macêdo  
Viviane Nazaré Lopes de Souza  
Rodrigo de Andrade da Silva

**HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE ..... 176**

DOI: 10.36599/itac-ed1.106

Bruno Souza dos Santos  
Bruna Letícia Kzan Pedrosa  
Daniel Santos Esteves  
Manuela Dias Leite  
Natasha Pimentel Santos  
Sara Pimenta Conceição  
Victoria Oliveira da Costa

**O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO RECONHECIMENTO DOS SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE..... 192**

DOI: 10.36599/itac-ed1.107

Cybelle Cristina Pereira  
Eduarda Teixeira Braga Bastos  
Gilda Oliveira Rotella  
Henrique Leão de Almeida  
Jessica Lima Duarte  
Thayna Cristinne Oliveira Gomes  
Vitória Serralva Bonneterre

**ORIENTAÇÕES ACERCA DAS MEDIDAS DE HIGIENE E PROTEÇÃO CONTRA O COVID-19: COMO LIDAR COM O POSSÍVEL FIM DO ISOLAMENTO SOCIAL?..... 206**

DOI: 10.36599/itac-ed1.108

José Joaquim Oliveira Neves  
Amanda Vallinoto Silva de Araújo  
Ana Flávia Bastos Arraes  
Bruna Gomes Cavalcante  
Carolina Pismel Xavier Pinto  
Giovanna Barcelos Fontenele Pereira  
Letícia Sampaio de Souza  
Vinícius de Almeida Rodrigues da Silva e Souza

**RODA DE CONVERSA COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E COMBATE AO USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR MENORES EM UMA ESCOLA MUNICIPAL ..... 212**

DOI: 10.36599/itac-ed1.109

Vanessa Vilhena Barbosa  
Gabrielly Carolline Machado Chaves  
Georges Antoine de Pinho Ishak  
Juliana Ribeiro das Chagas  
Karen Ranieri Pacheco  
Mariana Valente de Oliveira  
Matheus Novaes de Carvalho

**ORIENTAÇÕES GERAIS DE CUIDADO PARA OS MORADORES DO BAIRRO DA GUANABARA POR APLICATIVO DE MENSAGENS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19..... 218**

DOI: 10.36599/itac-ed1.110

Claudia Marques Santa Rosa Malcher  
Ronaldo Costa Monteiro  
Ana Carolina Carvalho da Silva  
Andressa Lima Azevedo  
Gabriela Camara Machado  
Hule Costa dos Santos  
Isabela Parente e Silva de Medeiros  
José Marcus Farias Guimarães Nunes  
Luíza Helena Leão Oliveira  
Pedro Pastorini Franco  
Rafael de Souza Natividade Lopes  
Tammyle Reis Coelho

**DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: MITOS E VERDADES.....226**

DOI: 10.36599/itac-ed1.111

Cybelle Cristina Pereira  
Andréia Ximendes de Araújo  
Felipe Aguiar Parente  
Lorena Gabrielly da Silveira Santos  
Jéssika Araújo Ferreira  
Natália Cruz Rabelo  
Wilson Ribeiro da Silva Júnior

**CAPACITAÇÃO SOBRE SARAMPO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS  
DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA VIII – BELÉM/PA ... 237**

DOI: 10.36599/itac-ed1.112

Valnice Ferreira Campos Lodi  
Daniela Bittencourt dos Santos  
Gabriela Elenor dos Santos Lima  
Isabella Maria Figueiredo Tuma da Ponte  
João Pedro pinto do Couto  
Lorena Luciano Sá  
Wigson Yan dos Santos Tappembeck

**DOAÇÃO DE SANGUE: CONSCIENTIZAÇÃO E ESTÍMULO A POPULAÇÃO  
DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE..... 245**

DOI: 10.36599/itac-ed1.113

Ivete Moura Seabra de Souza  
Amanda dos Santos Duarte  
Carlos Henrique Lopes Martins  
Daniel da Silva Ferreira  
Eliza Matos de Melo  
Jade Pinto de Queiroz Guerra  
Vitória Santos da Silva Tavares

## APRESENTAÇÃO

O Projeto de Intervenção em Saúde na Comunidade (PISC) é uma ferramenta fundamental no ensino/aprendizado dos alunos do curso de Medicina, na qual os discentes arquitetam durante todo o semestre vigente, uma maneira de intervir positivamente na comunidade seja por palestras, jogos ou brincadeiras com orientações e esclarecimentos sobre determinado assunto a uma população-alvo (melhorando indicadores de saúde, incrementando promoção e educação em saúde).

Tal engenhoso projeto (baseado na Diretriz Curricular do Curso de Medicina / 2014) faz parte do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC) da Instituição de Ensino Superior Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) com intuito de, além do imenso ganho para o trinômio alunos, docentes e sociedade, também como forma de avaliação.

Por ser iminente e intimamente prático, no período de pandemia do Covid-19, lockdown e espera de resoluções governamentais quanto ao retorno às atividades presenciais, o PISC precisou ser reinventado. De que maneira reinventado? Como seria realizada uma intervenção efetiva na comunidade? E a comprovação do aprendizado nesse momento?

Em tempos atuais, o mundo digital cria e permite cenários em todas as esferas (pessoal, mercado de trabalho, ensino, etc). Partindo dessa premissa, houve a brilhante ideia de utilizar esse instrumento sempre atual e universal em forma de produto (com todas as informações pertinentes) divulgado em mídias sociais para as agentes comunitários de saúde e pacientes após observação prévia da maior necessidade daquela comunidade e em comum acordo com a ementa do MISC em cada semestre.

Essa concepção tornou-se em uma ação-chave de grande sucesso, atingindo o objetivo do Ensino e do benefício à comunidade além de surpreender os docentes, pois os alunos puderam se superar em um “palco” de adversidades e incertezas nesse período tão conturbado na história da saúde mundial.

Para a confecção do e-book, é mister que o leitor compreenda que os docentes escolheram apenas alguns projetos realizados nessa época baseados no quesito qualidade e importância a comunidade.

Boa leitura!

*Profa. Tanise Nazaré Maia Costa*  
Organizadora



## 1

**TERRITORIALIZAÇÃO DA MICROÁREA 1 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DESEMBARGADOR PAULO FROTA**

DOI: 10.36599/itac-ed1.091

Jorge Luiz Coelho<sup>1</sup>  
Ian Desengrini da Rocha<sup>2</sup>  
Larissa Silva Maneschi<sup>2</sup>  
Luísa Daun e Lorena Monteiro de Britto<sup>2</sup>  
Mariana Cayres Vallinoto<sup>2</sup>  
Verônica Coelho Lobão<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas, especializações em Medicina do Trabalho, Saúde Coletiva, Geriatria e Gerontologia, docente do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (desde 2006 até o presente - MISC/Internato em Saúde do idoso), Universidade do Estado do Pará - UEPA (de 2001 à 2019 - Módulo de Saúde da Família), ex-coordenador do curso de medicina da UEPA, gestão 2008 a 2010, Mestre em Ensino em Saúde da Amazônia pela UEPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 1º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

O ensino da medicina no século XX ocorreu em dois diferentes momentos: a primeira estabeleceu-se por meio do Relatório de Flexner – publicado nos Estados Unidos no ano de 1910 – e a segunda através do Relatório de Lalonde – publicado no Canadá, 1970. Enquanto o Relatório de Flexner “tentou direcionar o ensino médico americano por uma consistente formação em ciências básicas com a aprendizagem fazendo uso de um método hospitalista como centro e com pouca importância na prevenção e promoção da saúde”<sup>1</sup>, o Relatório de Lalonde denotou uma diferenciada ótica para as ideias de prevenção e promoção da saúde, fazendo com que o ser humano e as doenças pudessem ser entendidos a partir de uma visão global.<sup>1</sup>

Em 1978, ocorreu em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde, a qual reforçou justamente o modelo ideológico da Medicina Integral, cuja visibilidade se deu com o Relatório de Lalonde, oito anos antes. Nela também se reforça a importância da Atenção Primária à Saúde, o que culminou na meta “Saúde Para Todos no ano 2000”.<sup>1</sup>



Dez anos após, em resposta a meta estipulada na Conferência de Alma-Ata, foi criado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e constitui a maior política de inclusão social já existente no Brasil. O SUS tornou a saúde no país um direito de todo e qualquer cidadão brasileiro e um dever do Estado<sup>2</sup>, demonstrando assim o seu caráter universal, o qual garante que todos tenham acesso aos serviços de saúde que necessitam, independentemente da complexidade ou dos custos envolvidos.<sup>3</sup>

O Artigo 198 da Constituição Federal descreve os princípios do Sistema Único de Saúde, os quais são descritos como descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.<sup>4</sup> Entretanto, apesar de ter tido sua criação no ano de 1988, através da Constituição Federal, só foi verdadeiramente normatizado a partir da lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990 a qual, de acordo com o Artigo 1, as ações e serviços de saúde devem ser regulamentados em todo território nacional, de maneira única ou agrupada, em ordem perene ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.<sup>5</sup>

Em virtude do cunho universal frente a instituir a todo cidadão o direito de ter acesso a saúde, o Estado observou a precisão em haver uma readaptação de âmbito territorial para que os serviços de saúde pudessem estar alinhados, de forma que os usuários tivessem facilidade para conseguir essa assistência sem qualquer percalço. Portanto, buscou-se estruturar e organizar uma rede de atenção em saúde que fosse capaz de fornecer "descentralização" político administrativa, difundindo as ações e serviços por várias instâncias de atenção, por carências diferentes e variadas e por dinâmicas territoriais específicas".<sup>3</sup> Sendo assim, em 1994, irrompe o Programa Saúde da Família (PSF), que em 2006 passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos melhores modelos para a Atenção Primária em Saúde (APS) no país.<sup>3</sup>

No que concerne a Estratégia Saúde da Família, a portaria 2436/17 analisa essa estratégia como prioridade na de atenção à saúde e objetiva ao realinhamento da Atenção Básica no país, em comum acordo aos preceitos do SUS. É apontada como estratégia de crescimento, qualificação e estabilização da Atenção Básica, por permitir um redirecionamento do processo de trabalho



com alta potência em aumentar o poder de resolução e impactar na condição de saúde das pessoas e coletividades, além de permitir uma exuberante relação custo-efetividade.<sup>6</sup>

O número de ACS em cada equipe deverá ser decidido com base na população, com critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, considerando a definição local. Em locais de maior distanciamento territorial, áreas de risco e fragilidade social, deve ser instaurada a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.<sup>6</sup>

A localização dos serviços no território deve respeitar os princípios fundamentais da resolutividade e da economia de escala. A Atenção Básica de Saúde (ABS) é o único nível de atenção que se faz presente em todo o território nacional, e a partir de suas relações intermunicipais e com sistemas regionais, a população pode acessar os demais níveis, secundários e terciários. Ou seja, qualquer projeto territorial do SUS constitui-se de uma base a qual funciona como porta de entrada ao sistema.<sup>7</sup>

A APS tem princípios, dentre eles a territorialização é uma das tenras hipóteses que carregam este braço do SUS.<sup>3</sup> O conceito mais habitual de território é "o de um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas que hoje dão origem a bairros, cidades, estados e países".<sup>8</sup> Existem diversas concepções e definições de território, porém, na Atenção Básica, este é visto com um olhar mais ampliado, não limitando-se apenas às questões e delimitações geográficas e espaciais. Na APS, leva-se em consideração que cada território é portador de particularidades que diferem no perfil geográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político. Portanto, os profissionais que aí atuam devem levar estes pontos em consideração para criar diálogo com os moradores desta região e assim atuem com conhecimento sobre a realidade da área.<sup>8</sup>

Sendo assim, para obter resultados a partir do processo de produção de saúde na comunidade, o território deve ser entendido como um espaço vivo apto a produzir saúde, logo, um espaço que deve passar por um diagnóstico epidemiológico para reconhecer os fatores e condições relevantes aos processos de saúde e doença de determinada região. Além disso, ele deve ser compreendido como espaço dinâmico, passível constantemente de mudanças e alterações nos mais variados aspectos, como história, demografia,



epidemiologia e cultura; e por consequência, sujeito a inúmeros riscos e fragilidades, atributos que se espelham na administração, política, tecnologia e sociedade dentro de seus arredores.<sup>9</sup>

A territorialização, portanto, é uma ferramenta fundamental para o planejamento das ações de saúde em uma determinada região de um município. A territorialização permite o conhecimento não só acerca dos aspectos ambientais, geográficos e sociais, mas também das condições de saúde da população que ali habita, garantindo assim que a equipe de saúde elabore intervenções e atividades em prol das necessidades da comunidade.<sup>3</sup>

Segundo o Conselho Nacional de Secretaria em Saúde, os territórios podem ser: território-distrito, território-área e território-microárea. O território-distrito, de cunho político administrativo, compõe municípios de grande porte, com áreas de atenção à saúde e uma população adscrita, que objetiva a organização urbana e ações intersetoriais, possibilitando a aproximação entre a administração pública e população. O território-área pertence a uma Unidade Saúde da Família (USF), sendo área de atuação de no máximo três equipes de saúde, as quais objetivam promover ações e serviços que atendam às necessidades de saúde de indivíduos e famílias que vivem no território. E território-microárea, corresponde à área de atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), onde grupos populacionais homogêneos, de risco ou não, fazem parte, dentro da APS, de programas e acompanhamentos das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde.<sup>10</sup>

Segundo a Portaria 2436/17 do Ministério da Saúde, as regiões de saúde são como um delineamento de lugares estratégico visando o planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em certo lugar, e a hierarquização como maneira de estruturação de pontos de atenção da RAS entre si, com fluências e sugestões estabelecidas previamente. Sendo assim, a territorialização e a adstrição possibilitam a arquitetura, a planificação descentralizada e a ampliação de ações setoriais e intersetoriais com enfoque em uma localidade específica, com expectativa na conjuntura, nos predisponentes e determinantes da saúde dos indivíduos e coletividades que se inserem naquele espaço e estão, portanto, adjuntos a ele.<sup>6</sup>



Ainda de acordo com a portaria supracitada, deve-se apresentar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Empreendendo como o cerne da comunicação entre os inúmeros sítios de atenção, comprometendo-se pelo zelo aos clientes em qualquer destes locais por meio de uma relação horizontal, contínua e integralizada, com objetivo de produzir a gestão em conjunto com a atenção integral. Unifica também outros pontos das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Os anseios da saúde da população sob sua responsabilidade, priorizando as necessidades da população em relação às outras zonas de atenção à saúde, permitindo que o planejamento das ações, bem como, a programação dos serviços de saúde, parta das carências de saúde das pessoas.<sup>6</sup>

## **OBJETIVO**

Realizar uma análise crítica da territorialização da Unidade Básica de Saúde Desembargador Paulo Frota do município de Ananindeua/PA.

## **METODOLOGIA**

A análise tem base nas observações empíricas obtidas durante os encontros do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade durante o primeiro semestre de 2020, a respeito do processo de territorialização da microárea 1 da Unidade Básica de Saúde Desembargador Paulo Frota.

## **IMPRESSÕES DO GRUPO SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS**

A UBS Desembargador Paulo Frota foi inaugurada em 2011 e tem como objetivo ofertar atendimento à população da Cidade Nova II, sendo localizada na Travessa WE 31, 178. De sua área de atuação, a Alameda São Domingos, que faz parte da microárea um, será o foco do trabalho, tendo em vista que foram nela realizados os momentos de contato do grupo com a comunidade antes da interrupção das atividades devido a pandemia do Sars CoV-2.



Em relação aos pontos positivos notados durante as semanas de contato, destacam-se a presença de ruas pavimentadas e a predominância de construções em alvenaria, que constituem um ambiente menos propício às doenças infectocontagiosas, por agirem como barreiras na atuação de seus agentes causadores.

Em contrapartida, não pôde deixar de se notar a presença, mesmo que em menor quantidade, de casas de madeira, que tem efeito oposto ao desejado, expondo seus moradores a esses agentes. Juntamente a elas nos perigos à comunidade, encontra-se a presença constante de materiais de construção que ocupam as calçadas.

Foram também identificados pontos negativos no que se refere ao saneamento básico, como a coleta inadequada de resíduos, esgoto à céu aberto e poças de água. Todos esses pontos relacionados diretamente à qualidade de vida da população afetada, sendo principalmente relevante quando se relaciona à saúde infantil.

Sendo assim, a área analisada, apesar dos pontos positivos, ainda tem questões a serem resolvidas para melhorar a qualidade de vida da comunidade e, portanto, necessita de projetos que visem essas mudanças, como por exemplo a cartilha desenvolvida por este grupo, que visa ajudar ACS no período da Pandemia de COVID-19.



PRODUTO - Cartilha de orientação ao ACS

# Higienização e uso correto de EPI

A importância da correta utilização de EPI por ACS no contexto da Pandemia de Covid-19

**Autores**  
 Ian Desengrini da Rocha  
 Larissa Silva Maneschi  
 Luísa Monteiro de Britto  
 Mariana Cayres Vallinoto  
 Verônica Coelho Lobão

**Orientador**  
 Professor Jorge Coelho

ATUAL PARADIGMA

Em 2020 deu-se início à Pandemia da Covid-19, doença causada pelo Sars CoV-2, vírus de transmissão aérea com alta taxa de contaminação e ainda sem vacinas ou tratamentos eficazes.

**CONSIDERAÇÕES**

Dado o atual cenário e considerando-se o tipo de atividade exercida pelos ACS (em especial as vistas domiciliares), faz-se necessário a tomada de novas atitudes e cuidados, visando a proteção do profissional, assim como dos pacientes e famílias que com ele entrarão em contato.

**OBJETIVOS**

Tendo isso em vista, este documento pretende passar a esses profissionais as corretas técnicas de higienização e de manuseio e descarte de EPI, tendo como base instruções repassadas por organizações nacional e internacionalmente reconhecidas.





## Lavagem das mãos



**1**

Molhe suas mãos antes de aplicar o sabão



**2**

Esfregue o sabão pelas palmas, pelas costas das mãos e entre os dedos



**3**

Faça esse processo por pelo menos 20 segundos antes de enxaguar



**4**

Seque suas mãos com uma toalha limpa ou com papel toalha, evitando esfregar com muita força

## Como usar uma máscara cirúrgica de forma segura



### Fazer

- ✓ Lave bem as mãos com água e sabão antes de tocar na máscara
- ✓ Verifique se na máscara há rasgos ou buracos
- ✓ Encontre o lado superior, onde a peça de metal ou borda rígida se localiza
- ✓ Se assegure de que o lado colorido esteja voltado para fora
- ✓ Posicione a peça de metal ou borda rígida sobre o nariz
- ✓ Cubra sua boca, nariz e queixo



### Fazer

- ✓ Ajuste a máscara sem deixar folgas laterais
- ✓ Evite tocar na máscara
- ✓ Use as tiras para remover a máscara
- ✓ Mantenha a máscara longe de você ou de qualquer superfície ao removê-la
- ✓ Descarte a máscara logo após o uso, de preferência em uma lixeira fechada
- ✓ Após descartá-la, lave suas mãos



## OUTROS EPI NECESSÁRIOS

Durante a Pandemia, a tomada de novos cuidados será necessária para evitar a continuidade do rápido avanço que o número de contaminações vem tendo, evitando assim o superlotamento dos sistemas de saúde

### Não fazer

- ✗ Não use uma máscara úmida ou rasgada
- ✗ Não use a máscara apenas sobre a boca ou sobre o nariz, ambos devem ser cobertos
- ✗ Não use uma máscara folgada
- ✗ Não toque a parte frontal da máscara
- ✗ Não faça outras coisas que necessitem tocar na parte frontal da máscara
- ✗ Não deixe uma máscara usada ao alcance de outras pessoas
- ✗ Não reutilize uma máscara

#### PROTETOR FACIAL

Aumenta a eficácia das máscaras e evita a infecção pelos olhos



#### AVENTAL IMPERMEÁVEL DE MANGAS LONGAS

Evita contaminação da pele e das roupas



#### LUVAS DE PROCEDIMENTO

Evita contaminação das mãos e consequentemente de outras áreas do corpo





**DESCARTE DE EPI**

À fim de evitar o contágio do covid-19, cuidados com o descarte de EPI se tornam mais que essenciais neste momento de Pandemia. O processo é dividido em duas etapas: verificação do EPI e descarte propriamente dito.

**VERIFICAÇÃO**  
Os EPI devem ser verificados para determinar se ainda estão em condições de uso, não oferecendo riscos ao seu utilizador

**DESCARTE**  
Os resíduos devem ser acondicionados, em sacos vermelhos com o símbolo de substância infectante, que devem ser substituídos sempre que atingirem 2/3 da capacidade ou a cada 48 horas

**OBSERVAÇÃO**  
Antes mesmo do descarte das luvas, sua retirada deve ser realizada com cuidado, puxando as extremidades próximas aos pulsos e então retirando-as por completo, do avesso.

**INSTITUIÇÕES**

Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua - SESAU  
Unidade Básica de Saúde Desembargador Paulo Frota  
CESUPA - Curso de Medicina - MISC

**FONTES**

Organização Mundial da Saúde - OMS  
Ministério da Saúde  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Ananindeua/Pará 2020

## REFERÊNCIAS

1. Tempesk, P; Borba, M. O SUS como Escola. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. 03, p. 319-320. 2009. Disponível em: [http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/cedem\\_49\\_sus\\_como\\_escola\\_\(1\).pdf](http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/cedem_49_sus_como_escola_(1).pdf)
2. Mendes, EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estudos Avançados, v. 27, n.78, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>
3. Araújo, GB; Filho, FWPA; Santos, RS; Lira, RCM. **Territorialização em Saúde como Instrumento de Formação para Estudantes de Medicina: relato de experiência.** Sanare Sobral, v.16, n.01, p. 124-129, Jan/Jun.2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/1103-2662-1-SM.pdf>.
4. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
5. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
6. BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.
7. Faria, R.M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. Cien Saude Colet Mai/2019. Citado em 10/07/2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-territorializacao-da-atencao-basica-a-saude-do-sistema-unico-de-saude-do-brasil/17225?id=17225>
8. Colussi, Claudia; Pereira, Katiúscia. **Territorialização como Instrumento do Planejamento Local na Atenção Básica.** Florianópolis - UFSC, 2016. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO\\_LIVRO.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf)



9. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab Educ Saúde (Rio de Janeiro). 2011;8(3):387-406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>
10. Conselho Nacional de Secretaria em Saúde. **Planificação da Atenção Primária à Saúde: Oficina 3 – Territorialização em Saúde.** Goiás, abr/2016. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/images/imagens\\_migradas/uploads/2017/07/manu\\_al-oficina-3-territorializacao.pdf](https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2017/07/manu_al-oficina-3-territorializacao.pdf).



## 2

**“CÂNCER DE MAMA SE LIGUE NESSE ASSUNTO”, UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA HOMENS E MULHERES NA CIDADE NOVA 8**

DOI: 10.36599/itac-ed1.092

Cláudia Marques Santa Rosa Malcher<sup>1</sup>  
Érica Furtado Azevedo Coelho<sup>2</sup>  
Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães<sup>3</sup>  
Amanda Ayako Yamamoto<sup>3</sup>  
Amanda Benone Sabbá de Lima<sup>3</sup>  
Ayan Machado Ferreira<sup>3</sup>  
Cássio Kenzo Câmara Yamada<sup>3</sup>  
Roberta Louise Dias Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Doutora em Oncologia e Ciências Médicas (PPGOCM/UFPA) e Mestre em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFPA). Tutora, Supervisora e Conteudista do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade do Estado do Pará (UEPA).

<sup>2</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestra em Saúde na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

<sup>3</sup> Graduandos do 1º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

O câncer de mama é causado por células anormais que se multiplicam, formando um tumor.<sup>1</sup> Apesar de acometer ambos os sexos, é responsável por menos de 1% de todos os cânceres no sexo masculino, podendo chegar em até 15% ao longo de suas vidas. Nos homens, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama são a idade avançada, histórico familiar de câncer de mama, exposição à radiação e desequilíbrio hormonal.<sup>2</sup> Nas mulheres, o câncer de mama se destaca por ser o câncer mais comum no gênero feminino em todo o mundo, representando 24,2% do total de casos em 2018 e com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos,<sup>3</sup> sendo também o segundo maior câncer no Mundo.<sup>4</sup>

Contribuem para os desafios em lidar com essa neoplasia a dificuldade de diagnóstico e tratamento precoce<sup>5</sup> repercutindo no aumento de mortes no



mundo, especialmente em mulheres.<sup>6</sup> No Brasil, por exemplo, em 2018, foram registrados 17.572 óbitos por câncer de mama em mulheres e com 13,84 óbitos/100.000 mulheres. Em 2020, houve 66.280 novos casos, o que denota uma incidência de 43,74 casos a cada 100.000 mulheres. Destes, a estimativa no Estado do Pará em 2020, é de 780 novos casos, com uma taxa de incidência de 18,24 casos para 100.000 mulheres e na capital Belém são estimados 320 novos casos, com uma taxa de incidência de 37,80 casos por 100.000 mulheres também em 2020.<sup>1</sup>

Os fatores que contribuem para o câncer de mama são a idade, histórico familiar de câncer, consumo de álcool e tabaco, má alimentação e sedentarismo.<sup>3</sup> Destes, o envelhecimento é o fator de risco mais relevante, onde a incidência e mortalidade tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos. Abaixo de 40 anos, ocorrem menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres, e a partir de 60 anos esse risco é 10 vezes maior.<sup>1</sup> Outro aspecto importante é que quase um quarto dos casos de câncer de mama estão relacionados à história familiar, ou seja, mulheres com a mãe ou irmã com câncer de mama, têm maior chance para desenvolver este câncer. Ademais, o aumento do risco de câncer de mama também está associado a estilos de vida modernos como o consumo excessivo de álcool e ingestão de gordura na dieta.<sup>7</sup>

Recentemente diversos países passaram a adotar a estratégia do *breast awareness*, que significa estar consciente para a saúde das mamas estimulando o seu diagnóstico precoce e identificação de sinais suspeitos para o câncer de mama e, portanto, desestimulando o emprego de uma técnica padronizada para o autoexame das mamas por não haver uma redução da mortalidade com sua execução. Assim, as mulheres são orientadas a estar confortáveis para realizar a palpação das suas mamas, porém sem a necessidade de uma técnica a seguir ou uma periodicidade fixa.<sup>1, 8</sup>

Nas fases iniciais, o câncer de mama pode ser suspeito em cerca de 90% dos casos pela presença de nódulo, fixo e geralmente indolor, mas também podem ocorrer a mama avermelhada, retraída ou semelhante a casca de laranja, alterações no formato do mamilo, nódulos nas axilas ou pescoço e descarga papilar de líquido anormal. Esses sinais e sintomas devem sempre



ser investigados e a postura ativa em relação à saúde das mamas e alterações suspeitas são fundamentais para a detecção precoce do câncer.<sup>1</sup>

A mamografia de rastreamento tem sua recomendação para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos, segundo orientações do Ministério da Saúde.<sup>1</sup> A decisão de começar o rastreamento com mamografia antes dos 50 anos deve ser uma decisão individualizada, considerando se há risco elevado ou alteração no exame clínico. Dessa forma, o aumento da detecção precoce do câncer de mama seja por estratégia dirigida à sinais e sintomas suspeitos ou rastreamento mamográfico, possibilitam tratamentos menos agressivos e com melhores taxas de sucesso.<sup>9</sup> Para isso, apesar de que a maior parte dos cânceres de mama são descobertos pelas mulheres, tanto homens como mulheres devem ser estimulados a conhecer o seu corpo.<sup>1</sup>

Nesse sentido é de extrema importância educar a população sobre essa neoplasia. Logo, organizou-se uma atividade educativa na sala de espera de atendimento do Centro de saúde Dr. Carlos Guimarães na Cidade Nova 8, no Município de Ananindeua, no Estado do Pará, sendo abordado o que é o câncer de mama, os seus sinais e sintomas, fatores de risco e tratamentos. Além disso, onde se estimulou o incentivo às pessoas a estarem alertas as alterações em suas mamas, foram reforçados a prática de hábitos de vida saudáveis, a realização de exames periódicos e a procurar assistência médica assim que se observam os primeiros sintomas.

## PROBLEMA

Os alunos de Medicina do 1º semestre do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) observaram na Unidade de Saúde Cidade Nova 8, no Município de Ananindeua, no Estado do Pará, a prática de ações temáticas alusivas ao “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”, os levando a refletir na seguinte questão norteadora para este projeto de intervenção no que diz respeito a “como proporcionar as mudanças para as práticas significativas de saúde nessa comunidade assistida, em busca da prevenção do câncer de mama em homens e mulheres?”



## JUSTIFICATIVA

A instituição de práticas de saúde envolventes e permanentes junto a população, são capazes de tornar o indivíduo que as compartilha um ser mais autônomo de seus cuidados. Com isso, são ativados disparadores de saúde que despertam o alerta para situações de saúde que possam estar passando despercebidas ou mesmo sendo negligenciadas e que no caso do câncer de mama necessitam o quanto antes ser diagnosticado para aumentar as chances de cura e reduzir a ocorrência de óbitos, justificando-se dessa forma a importância desta intervenção.

## OBJETIVOS

### GERAL

Realizar a conscientização do câncer de mama visando à promoção, proteção, prevenção e educação em saúde.

### ESPECÍFICOS

- a) Esclarecer o que é câncer de mama e seus sinais e sintomas.
- b) Orientar quanto exames diagnósticos e tratamento da doença.
- c) Informar os fatores de risco associados ao câncer de mama.
- d) Estimular a participação ativa na atividade de educação em saúde.
- e) Incentivar a autonomia nos cuidados quanto ao câncer de mama

## METODOLOGIA

A priori, houve esclarecimento para as pessoas envolvidas que se trata de um projeto de intervenção, visando a promoção da saúde por meio de ato educacional com a participação voluntária dos participantes.

O desenho da intervenção surgiu como uma proposta idealizada durante o decorrer da disciplina do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC), do primeiro semestre de graduação do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA). Nesta disciplina, os princípios do SUS, os atributos da atenção primária à saúde, o reconhecimento do território e suas potencialidades e a composição das equipes das unidades de saúde na



atenção primária foram apresentados na teoria e na prática aos alunos, constantes na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).<sup>10</sup>

A partir dessas bases firmadas na PNAB, e a fim de aproximar os alunos de seu potencial de mudança e retorno à sociedade previsto nas Novas Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina,<sup>11</sup> o MISC adota em seu contexto também a realização do Projeto de Intervenção em Saúde na Comunidade (PISC), onde se escolheu o tema e *slogan* “*Câncer de Mama se ligue nesse assunto*”. Tal tema foi definido pelos estudantes, em conjunto com a orientadora e apoiado pelos agentes comunitários de saúde, gestão do local e demais membros da equipe de saúde, os quais contribuíram enormemente fazendo a divulgação da Ação sobre o “câncer de mama”. A ideia foi motivada pelas campanhas do Outubro Rosa e Novembro Azul 2020, com o intuito de ampliar a conscientização sobre a importância da saúde da mulher e do homem.

Essa temática que foi fortalecida no *slogan* “*Câncer de Mama se ligue nesse assunto*” foi escolhida e idealizada em rodas de conversas em um espaço destinado as reuniões semanais dos alunos do Curso de Medicina, no Centro de Saúde Dr. Carlos Guimarães na Cidade Nova 8. Neste espaço, foram organizadas as reuniões para a discussão com os Agentes Comunitários de Saúde e gestão local, bem como o desenvolvimento para o cronograma das atividades, e que contou com rodas de conversas na organização das etapas de:

- a) Escolha do tema e reuniões de planejamento para elaboração da atividade e a seleção dos tópicos a serem desenvolvidos nas etapas.
- b) Convite prévio e divulgação à comunidade do Evento por meio de arte gráfica impressa e digitalizada.
- c) Realização da atividade propriamente dita com a participação da comunidade e equipe da unidade básica de saúde
- d) Reunião para avaliação do pós-atividade.

A atividade com a comunidade então iniciou no Centro de Saúde Dr. Carlos Guimarães, na Cidade Nova 8, em 27 de outubro de 2020, no turno da manhã. Tendo em vista a necessidade de crescer o conhecimento da população acerca de temas de saúde da mama, para assim estimular sua autonomia de forma responsável. Optou-se por realizar a ação educativa para



os usuários da Unidade Básica de Saúde, com linguagem oral simples e didática, sendo o mais possível acessível à população. Em seguida, da apresentação dos participantes responsáveis pela Ação o material de apoio didático (folder digital) foi distribuído impresso aos presentes.

Utilizou-se ainda como instrumento anatômico didático na apresentação ao público, a visualização de uma prótese de “mama” identificada comercialmente como “mama amiga” para observação e palpação de nódulos. Assim, a abordagem transcorreu na sala de espera para consulta, na qual os alunos explicaram de forma dialogada com a comunidade diversos tópicos como: o que é o câncer de mama, fatores de risco, sinais e sintomas, medidas preventivas e tratamento. A cada tópico foi disponibilizado um período para participação do público, desenvolvendo uma escuta ampliada para a comunicação, interação e esclarecimento de dúvidas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na figura 1, está ilustrada a formalização do convite para as ações educativas em saúde desenvolvidas neste projeto de intervenção, convidando a população para a construção de novos conhecimentos e o desenvolvimento de uma prática consciente de comportamentos preventivos permanentes sobre o câncer de mama. Dessa forma é possível que as experiências vividas acerca da saúde e doença neste projeto perpassem a trajetória histórica das famílias participantes, reproduzindo os conhecimentos adquiridos com mudanças visíveis ao longo do período de geração em geração.<sup>12</sup> Para isso, os apoiadores em saúde devem levar em conta, por meio do seu trabalho educativo o emprego e preocupação com a relação entre a vida dos indivíduos e o corpo da sociedade em que eles estão inseridos, para estimular um agir autônomo dos sujeitos em suas próprias vidas.<sup>13</sup>





**CÂNCER DE MAMA  
SE LIGUE NESSE  
ASSUNTO**

Ajude a conscientizar seus familiares!

Os alunos do curso de medicina do CESUPA (1º semestre), vem através desta convidar você para participar da atividade educativa sobre prevenção ao câncer de mama

Temas a serem abordados:

- \* O que é o câncer
- \* Fatores de risco, causas e prevenção
- \* Sinais, sintomas e diagnóstico
- \* Tratamento, cura e vida pos câncer

Além dessa programação especial, os alunos juntamente com o Bazar Seja a Esperança tem a honra de convidá-los a participar do sorteio de cestas básicas

Centro de Saúde Dr. Carlos  
Guimarães Cidade Nova 8,  
Ananindeua, Pará

Figura 1: Convite à população para participar da atividade “*Câncer de Mama se ligue nesse assunto*”

Em uma segunda etapa junto a comunidade, e por meio desse projeto de intervenção se permitiu a vinculação por meio de uma linguagem simples e acessível onde prendeu-se a atenção dos 60 usuários presentes no salão de espera da unidade básica de saúde para a importância do tema proposto, auxiliando em uma promoção de uma prática de educação em saúde permanente dessa comunidade, podendo trazer-lhes maiores esclarecimentos, ou mesmo reforçando informações que já são de domínio de muitos, e que em uma ação coletiva podem se tornar excelentes ferramentas de apoio de aprendizado, como reforça Freire (1987)<sup>14</sup> “*Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo*”. Nessa perspectiva, Freire (1996)<sup>15</sup> afirma que “*ensinar exige respeito aos saberes dos educandos*”, saberes esses “*socialmente construídos na prática comunitária*”.



Desse modo, os alunos do CESUPA aproveitaram nas mobilizações que ocorreram durante o Outubro Rosa para explicar e tirar as possíveis dúvidas sobre o assunto do câncer de mama em questão. Além disso, a intervenção que ocorreu em meados de outubro e novembro, também incentivou a conscientização nas pessoas que os cuidados com as mamas precisam continuar em todos os períodos do ano, para homens e mulheres e não apenas em outubro, devido às campanhas.

Para os alunos do Curso de Medicina, essa intervenção em saúde apresentou um caráter relevante de cunho formativo e social significativa, visto que contribuiu diretamente para os conhecimentos acadêmicos dos estudantes envolvidos, através dos relatos de experiências de mulheres da comunidade que estavam referindo sintomatologia sugestiva para o câncer de mama relacionado a descarga papilar, e com fatores de risco associados a obesidade. Outrossim, foram esclarecidas dúvidas sobre a realização da mamografia e a idade mais recomendável. Foi também chocante conhecer a história de mulheres que haviam realizado mastectomia, mas estavam felizes por terem obtido a cura do câncer de mama. As mulheres também informaram que conheceram jovens que haviam apresentado câncer de mama aos 25 anos de idade, e que essas jovens possuíam em sua história familiar genitoras que também desenvolveram o câncer de mama. Por sua vez, os homens se mostraram bastante participativos ao questionar sobre a possibilidade de câncer de mama em homens e o que poderiam fazer para evitar.

Na figura 2, portanto, a intenção desse projeto ao explicitar e esclarecer para a população a importância dos cuidados com a mama, em mulheres e homens, atingiu seu objetivo de promover a prevenção do câncer de mama como política indutora de saúde e obter a integração do tripé ensino, serviço e gestão.



## PRODUTO

**4** Prevenção

- Manter o peso corporal adequado 
- Adotar uma alimentação saudável 
- Praticar atividade física 
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas 

Mulheres entre 50 e 69 anos devem fazer mamografia a cada dois anos



**CÂNCER DE MAMA SE LIGUE NESSE ASSUNTO**



A PREVENÇÃO COMEÇA COM A CONSCIENTIZAÇÃO





**1** O que é câncer de mama?

É uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos.

Há vários tipos de câncer de mama. A maioria dos casos tem boa resposta ao tratamento, principalmente quando diagnosticado e tratado no início.

A causa do câncer de mama não é conhecida. Qualquer mulher pode desenvolvê-lo e apesar de ser raro, homens também podem ter.

**2** O que pode aumentar o risco de ter câncer de mama?

- Ter mais de 50 anos
- Histórico familiar
- Excesso de peso
- Má alimentação
- Sedentarismo
- Ingerir muita bebida alcoólica

**3** Quais são os sinais e sintomas do câncer de mama?

- Caroço (nódulo) endurecido, fixo e geralmente indolor
- Pequenos nódulos nas axilas e/ou no pescoço
- Pele da mama avermelhada ou retraída
- Saída de líquido de um dos mamilos
- Alterações no formato do mamilo

Essas alterações precisam ser investigadas o quanto antes, fiquem atentos! Procure um médico se possuir algum sintoma.

A P [HTTPS://WWW.INCA.GOV.BR/TIPOS-DE-CANCER/CANCER-DE-MAMA](https://www.inca.gov.br/Tipos-de-Cancer/Cancer-de-Mama)

Figura 2: Produto digital representado no folder informativo em sua parte interna e externa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um cidadão bem informado, com suas dúvidas sanadas ou que foi capaz de resgatar na memória um conhecimento prévio a respeito de práticas básicas e essenciais, torna-se uma importante fonte de disseminação desse conhecimento dentro da sua família, da sua comunidade, do seu círculo social como um todo. Como resultado, foram incentivadas as boas práticas de saúde nessa população no fazer de uma roda de conversa e com esclarecimentos

que fortaleçam o processo de prevenção e promoção da saúde no combate do câncer de mama, fazendo do cidadão o protagonista dessa história.

## REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Tipos de câncer, câncer de mama. 2020. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>.
2. Abdelwahab Yousef AJ. Male Breast Cancer: Epidemiology and Risk Factors. *Semin Oncol.* 2017;44(4):267–272. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29526255/>. Access on 21 nov. 2020
3. Winters S, Martin C, Murphy D, Shokar NK. Breast Cancer Epidemiology, Prevention, and Screening. *Prog Mol Biol Transl Sci.* 2017;151:1-32. Available from < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29096890/>>. Access on 21 nov. 2020
4. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods, and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 2015;136: 5, E359-E386. Available from < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210>>. Access on 21 nov 2020.
5. Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological research*, 2017;50(1), 33. Available from < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28969709/>>. Access on 21 nov. 2020.
6. Ginsburg, O., Bray, F., Coleman, M. P., Vanderpuye, V., Eniu, A., Kotha, S. R., ... & Gralow, J. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet.* 2017;389:10071, 847-860. Available from <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616313927>>. Access on 21 nov. 2020.
7. Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... & Zhu, H. P. Risk factors and preventions of breast cancer. *International journal of biological sciences*, 2017;13:11, 1387. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29209143/>. Access on 21 nov. 2020
8. Thornton, H., & Pillarsetti, R. R. 'Breast awareness' and 'breast self-examination' are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do?. *European Journal of cancer*, 2008;44:15, 2118-2121.
9. Assis, M. D., Santos, R. O. M. D., & Migowski, A. Detecção precoce do câncer de mama na mídia brasileira no Outubro Rosa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2020;30: e300119. [Acessado 21 Novembro 2020], e300119. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300119>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300119>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> »<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, 8-11.
12. Ferreira, M. D. L. D. S. M., Ayres, J. A., & Correa, I. Educação em saúde-revisão bibliográfica de 2005 a 2007. *Revista Mineira de Enfermagem.* 2009; 13:2, 275-282
13. Stotz, E. N. Enfoques sobre educação e saúde. Participação popular, educação e saúde: teoria e prática, 1993; 164: 11-22.
14. Freire, Paulo. "Pedagogia do oprimido". Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
15. Freire, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura).



## 3

**CARTAS DE ORIGAMI PARA A SAÚDE MENTAL DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA**

DOI: 10.36599/itac-ed1.093

Claudia Marques Santa Rosa Malcher<sup>1</sup>  
Camila Rodrigues Maciel<sup>2</sup>  
Gabrielly Leite Andrade<sup>2</sup>  
Jordanna Eduarda Sant'ana Alves<sup>2</sup>  
Maria Vitória Dias do Carmo<sup>2</sup>  
Mauricio Lima de Oliveira<sup>2</sup>  
Paulo Victor dos Santos Sarmento<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Doutora em Oncologia e Ciências Médicas (PPGOCM/UFPA) e Mestre em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFPA). Tutora, Supervisora e Conteudista do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade do Estado do Pará (UEPA).

<sup>2</sup> Graduandos do 2º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

É inegável que os profissionais da área da saúde possuem um dos mais importantes papéis no combate a pandemia do COVID-19, prestando assistência ativa aos doentes e ao restante da população, através da conscientização com participação ativa na informação sobre prevenção e assistência médica. No entanto, esses trabalhadores além de cuidar da população, também mantém a preocupação com seus próprios familiares, que podem vir a adoecer, visto que, esses profissionais estão mais susceptíveis ao contrair o vírus, devido ao convívio diário com os infectados por COVID-19, devendo ser fortalecido os cuidados de distanciamento social e medidas de autocuidado na rotina de trabalho. Nesse cenário, a importância do acolhimento desses profissionais pelo serviço de saúde tornou-se imprescindível.<sup>1</sup>

A pandemia do novo coronavírus registrou o primeiro caso confirmado no Estado do Pará em 18.03.2020,<sup>2</sup> mas a doença já havia sido declarada como pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro do



mesmo ano, afetando fisicamente e psicologicamente todos os brasileiros,<sup>3</sup> com uma das preocupações em destaque àqueles que trabalharam na “linha de frente”, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros profissionais de serviços essenciais. Na difícil adaptação ao novo “normal” foram realizadas inúmeras medidas de higienização, entre elas tornou-se imediatamente imprescindível o uso de equipamentos de proteção como as máscaras, o distanciamento social e a recomendação da utilização de higiene<sup>1</sup> com álcool em gel, por exemplo. Houve mudanças na despedida de entes queridos, já que não se podiam velar os falecidos, para evitar aglomerações, o que foi causando impactos psicológicos<sup>4</sup> e motivo para estressores, assim como veiculação de informações falsas.<sup>3</sup> O COVID-19 trouxe à tona problemas sociais, com relação à saúde, à educação e à política, no que tange à falta de insumos e a inexistência de conscientização de uma parte da sociedade mesmo em um momento de vulnerabilidade.<sup>3</sup> Enquanto não há uma vacina para o COVID-19<sup>1</sup> o ACS é quem está mais próximo da população para a orientação familiar e comunitária, e auxílio pra a reorientação dos serviços na Política Nacional de Atenção Básica.<sup>5</sup>

Dessa forma, o modelo de assistência em saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) se torna a principal porta de entrada para a rede de atenção à Saúde, sendo essencial na garantia do acesso à saúde no SUS. Na PNAB<sup>5</sup> a equipe de saúde da família (eSF) e na atuação do ACS promovem à saúde no território e qualidade de vida da sua população assistida. No dia 21 de setembro de 2017, a portaria 2436 que aprova a PNAB, foi publicada no Diário Oficial da União, priorizando a ESF no âmbito da atenção básica, atacando e respeitando os princípios, fundamentos e diretrizes da atenção básica e do SUS. Na PNAB<sup>5</sup>, também estão reunidas as diretrizes orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais reconhecendo as especificidades loco regionais, ressaltando a diversidade do território e a existência de populações únicas de cada região, mesmo que itinerantes e dispersas, e que também são de responsabilidade da eSF enquanto estiverem na área de abrangência.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) é um aliado incorporado à PNAB<sup>5</sup>, constando de uma atribuição



comum a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), para promover a integralidade da atenção à saúde podendo ser desenvolvida por meio de ações individuais e coletivas. Neste trabalho, por meio da PNPIIC optou-se em utilizar a prática do origami que é uma técnica japonesa, na arte de dobradura de papel, para criação de objetos ou seres como animais. A existência dessa prática tem relatos há mais de um século. Seu estilo ousado com diversas formas geométricas se traduz em uma arte de comum aceitação popular, encantando crianças e adultos. Na origem da palavra, “ori” significa dobrar e “gami” papel. Existem relatos de seu uso na saúde pelo seu baixo custo e para restabelecimento de doenças. Além de ter um caráter simbólico podendo ser representado como paz, liberdade e vida, este recurso lúdico auxilia a criar um espaço de integração favorecendo a humanização do cuidado na área da saúde<sup>6</sup> que foi proporcionado aqui em parceria com os alunos do segundo semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

Estes alunos desta Instituição de Ensino Superior têm em sua programação semestral a oportunidade de experienciar suas vivências do 1º ao 8º ano em um projeto de intervenção no Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC) e assim, possibilitando o desenvolvimento de habilidades para o tornar um futuro profissional mais preparado para o enlace com o retorno aos anseios e necessidades da sociedade. Isso, está previsível nas novas diretrizes curriculares do curso de Medicina, onde se conjectura, entre outros, uma abordagem mais humanista, que objetiva também, um empenho maior com a dignidade e a busca de uma reflexão em equipe sobre a atenção básica e a saúde da comunidade.<sup>7</sup> Essa forma de aprendizado que é instigada por meio da problematização e interação local permite ao aluno visualizar, entre outros, como as doenças se relacionam tanto com o estilo de vida e trabalho.<sup>8</sup>

Na literatura há relatos de que na pandemia de COVID-19 foram relevantes os problemas de saúde mental afetando os indivíduos em sintomatologias que variam desde uma sensação de inutilidade e desesperança, fadiga, transtornos do sono, tristeza, sintomas depressivos, perda de vontade de exercer as atividades<sup>3</sup> e que podem se agravar em períodos de crise até mesmo com pensamento suicida aliado às dificuldades



financeiras.<sup>9</sup> Com isso, a escrita de cartas para os ACS foi identificada como importante recurso terapêutico e para o estímulo a estes trabalhadores que vivem em função da comunidade do bairro do Paracuri, no Distrito de Icoaraci no Município de Belém, no Estado do Pará, e estendem rotineiramente seus cuidados para a manutenção da saúde da sua localidade assistida e regionalidade. Figura 1.



Figura 1. Localidade do Bairro do Paracuri em Icoaraci (google.imagens)

No caso da situação da pandemia assim se possibilitou formular a hipótese de que a crise causada pelo COVID-19, estaria impactando na saúde mental dos profissionais que trabalham na saúde, motivando essa proposta da intervenção.

## METODOLOGIA

Utilizou-se o mês temático do “*Setembro Amarelo*” alusivo a prevenção contra o suicídio, no sentido de levantar uma ação em 2020 para acolher os profissionais ACS e os fazer sentir mais equilibrados principalmente, durante a crise sanitária mundial que foi o COVID-19. Diante de tantas incertezas, o contato direto com adoecimentos e mortes e o temor de transmitir o vírus às suas famílias, então a fim de minimizar essa situação foi proposto a confecção de cartas e canetas personalizadas com seu nome, devidamente higienizadas.

Cada participante aluno do grupo escolheu dois ACS para escrever uma carta pessoal para, assim, promover um contato mais íntimo com cada um e com isso passar uma mensagem de apoio emocional. Além disso, todas



as cartas foram modificadas para se tornarem um origami, com a finalidade de serem esteticamente mais bonitas e práticas de portar. Quanto as canetas, todas possuem o nome dos seus remetentes e foram anexadas dentro das cartas, dessa forma, a mensagem de carinho será lembrada no dia a dia de cada ACS, por meio das canetas com seu nome e que serão utilizadas em seu trabalho diário.

Como aspectos éticos os participantes foram esclarecidos de que este se trata de um projeto de intervenção e sem nenhuma forma de pagamento pelas atividades promovidas, mas que fazem parte de uma importante estratégia para melhorar as políticas de saúde para um atendimento da equipe mais integral à população e que neste trabalho expressam sua preocupação para isso com a saúde do trabalhador no âmbito de profissional da saúde e que assim, todos os participantes que deste projeto desejarem participar tem a sua contribuição diretamente e indiretamente inseridos de forma estritamente voluntária, podendo desistir sem nenhum prejuízo a qualquer momento e tendo sua confidencialidade preservada, conforme determinam os preceitos éticos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As cartas com função terapêutica ou solidária demonstraram na pandemia de COVID-19 e para os profissionais de saúde o reconhecimento e a valorização do seu trabalho que é essencial ao bem-estar das vidas. Neste trabalho de intervenção a Universidade por meio de seus alunos do Curso de Medicina, quiseram que o profissional de saúde ao recebê-las perceba o quanto seu trabalho é valorizado e assim sintam-se estimulados para atuar. Esta ainda é uma estratégia pouco aplicada, mas significativa tanto para quem emite quanto para quem recebe a carta. No Distrito Federal, o serviço universitário adotou como plano de contingência em saúde mental as “cartas solidárias” elaboradas pela comunidade acadêmica dirigidas aos profissionais de saúde atuando na linha de frente de cuidado das pessoas infectadas pela Covid-19.<sup>10</sup> Porém nosso trabalho traz como diferencial a aplicação da técnica de origami na confecção das cartas e o fato de cada aluno ter escolhido o ACS que iria receber a carta, tornando a experiência mais individualizada e personalizada. Figura 2.



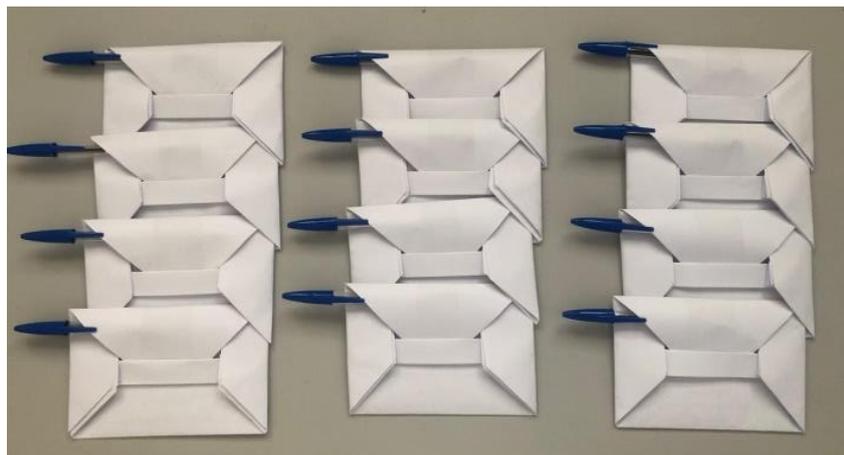


Figura 2: Origami das cartas e canetas anexadas

No Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, os profissionais de saúde também receberam cartas feitas pela comunidade em agradecimento pela atuação frente à pandemia descrito no seguinte relato:<sup>11</sup>

Caríssimos profissionais de saúde, venho por meio desta, agradecer o essencial trabalho dos que fazem parte da saúde, em especial, aos que estão na linha de frente no combate à covid-19. Uma boa parte da sociedade está presenciando, através dos meios de comunicação, a árdua rotina em que vocês entraram e que exige tanto para tentar minimizar os efeitos dessa doença que veio para ceifar milhares de vidas.

Reforçamos que desconhecemos o uso de cartas terapêuticas na APS sendo feitas pela comunidade universitária na pandemia de COVID-19 e com uso da aplicação da técnica de origami, isto no Brasil. Cartas são excelentes campos de reflexões, trocas de experiências, seguimentos e recomendações em tratamentos, uso em despedidas e convites sendo aplicável aos diversos públicos.<sup>12</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É válido ressaltar, que o uso de cartas terapêuticas é raro<sup>12</sup> e foi uma forma bastante prática de abordagem que os alunos do segundo semestre do Curso de Medicina do CESUPA decidiram para realizar o seu “Projeto de Intervenção em Saúde na Comunidade” respectivamente ao “Módulo de Interação em Saúde na Comunidade”. Conseguiu-se realçar e valorizar a importância do trabalho do ACS, demonstrando afeto e confortando-os com as palavras de apreço e gratidão, e buscando suavizar qualquer tipo de sentimento doloroso enfrentado antes, durante, ou pós período pandêmico.



Como perspectivas futuras espera-se que o cuidado e atenção maior a saúde mental, proporcione não apenas uma significativa melhora na produtividade e resoluções de problema, mas também nas relações com a comunidade e profissionais da saúde

## REFERÊNCIAS

1. Fiho José Marçal Jackson, Assunção Ada Ávila, Algranti Eduardo, Garcia Eduardo Garcia, Saito César Akiyoshi, Maeno Maria. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 12]; 45: e14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en). Epub Apr 17, 2020. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>.
2. Agência Pará. 2020. Site do governo do estado do Pará, Secretaria de Planejamento e Administração. <https://seplad.pa.gov.br/2020/03/18/confirmado-o-primeiro-caso-de-covid-19-no-para/>
3. Cogo, Adriana Silveira, et al. "Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19"; 2020.
4. Barros, Marilisa Berti de Azevedo, et al. "Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19." *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 29. 2020; e2020427.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>  
»<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
6. Sasaki, Sandra Midori Kuwahara, et al. "Estudo sobre a prática do origami em pacientes cardíacos internados no Hospital São Paulo." *Rev. bras. med. fam. comunidade*. 2012; 50-50. DOI: 10.5712/rbmfc7(1)586. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/586>. Acesso em: 6 out. 2020.
7. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, 8-11.
8. Villardi, Marina Lemos; Cyrino, Eliana Goldfarb; Berbel, Neusi Aparecida Navas. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos. 1.ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2015.
9. Sher, Leo. An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2020; 42:3 239-240. Epub April 30, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0989>
10. Plano de Contingência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para Enfrentamento do Novo Coronavírus (SARS-CoV-2) para a Universidade de Brasília. UnB/DAC/DASU/Coes/Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial/Coes. 1a Versão. Abril; 2020.
11. Ministério da educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Profissionais do HC-UFPE/Ebserh recebem cartas de agradecimento pela atuação frente à pandemia. 2020. Disponível em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/profissionais-do-hc-ufpe-ebserh-recebem-cartas-de-agradecimento-pela-atuacao-frente-a-pandemia>
12. Paiva, Ludoana Pousa Corrêa de, & Rasera, Emerson Fernando. O uso das cartas terapêuticas na prática clínica. *Psicologia Clínica*. 2012; 24: 1 193-207. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652012000100013>.



## 4

## A PREVENÇÃO DA PARASITOSE INTESTINAL ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DOI: 10.36599/itac-ed1.094

Mariana do Socorro Quaresma Silva<sup>1</sup>  
Deyvid Barata De Santis<sup>2</sup>  
Marina de Araújo Moura<sup>2</sup>  
Nicole Ribeiro Borges<sup>2</sup>  
Raquel Machado Pinto<sup>2</sup>  
Thiago Cavaleiro de Macedo Souza<sup>2</sup>  
Thiago Gomes de Oliveira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especialista em infectologia pela Sociedade Brasileira de Infectologia, mestre em Medicina Tropical pela UFPA, doutora em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical (UFPA), docente do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará e UFPA,

experiência como médica de família e comunidade.

<sup>2</sup> Graduandos do 2º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

A infecção parasitária, que afeta grande parte da população mundial, de acordo com Neves<sup>1</sup>, pode ser definida como a penetração e desenvolvimento, ou multiplicação, de um agente infeccioso no homem ou animal. Nesse sentido, a infecção por helmintos pode ocorrer nas mais variadas faixas etárias, entretanto, um dos grupos populacionais mais acometidos são crianças em idade escolar. Atribui-se maior vulnerabilidade a esta faixa etária devido à falta de conhecimentos básicos sobre higiene e o constante contato com o solo contaminado. Estima-se que a prevalência de geo-helmintos no Brasil pode chegar até 70% na população escolar, principalmente nos municípios com baixo índice de desenvolvimento humano.<sup>2</sup>

As parasitoses englobam um amplo espectro de doenças. Dentro deste espectro encontram-se: viroses (por vírus), bacterioses (por bactérias), protozooses (por protozoários) e verminoses (por helmintos). Considerando a demanda do atual projeto, e seu potencial transmissor – em especial entre as crianças – uma discussão mais profunda se faz necessária sobre as chamadas



helminthíases – ou verminoses, ampla gama de enfermidades causadas por animais de dois filós bem definidos: platelmintos e nematódeos.<sup>3</sup>

As helmintíases, possuem agentes etiológicos diversos, dentre os quais se destacam o *Áscaris lumbricóides*, *Ancilóstoma duodenale*, *Taenia solium* e *Saginata*, *Schistosoma mansoni*, *Enterobius vermiculares* e *Trichiuris trichiuris*.<sup>3</sup>

Segundo Prestes<sup>4</sup>, um dos principais fator de risco para adquirir a infecção, além da faixa etária, são as condições ambientais precárias sem o devido tratamento de água e esgoto, sendo assim, elas são altamente endêmicas em áreas e regiões onde as condições básicas de saneamento e higiene são inexistentes ou, ao menos, precárias. Dessa forma, em áreas rurais e periferias de algumas cidades são consideradas problema de saúde pública.<sup>5</sup>

A região Norte do Brasil é a que possui a pior situação de tratamento de esgoto, na qual 67% de todo o esgoto gerado não recebe nenhum tipo de tratamento.<sup>6</sup>

Os sinais e sintomas das parasitoses intestinais podem ser variados desde quadros de diarreia de caráter leve até danos mais proeminentes, tais como: patologias nutricionais e digestivas, transtornos cognitivos e de crescimento, e em alguns casos podem até demandar procedimentos cirúrgicos para desobstrução intestinal, como no caso da ascaridíase complicada.<sup>4</sup>

De acordo com Marins<sup>7</sup>, a desnutrição que acomete crianças até cinco anos de idade tem seus agravos adicionados em modificações na estatura e massa corporal, ademais, acarreta danos ainda o desenvolvimento socioemocional e psicomotor, deixando sequelas muitas vezes irreversíveis e permanentes.

O nível de adoecimento pelas helmintíases é diretamente relacionado a carga parasitária, a qual será marcador consistente para a gravidade da doença.<sup>8</sup>

A Organização Mundial de Saúde aponta duas opções como forma de solucionar a questão da helmintíase no mundo. A opção definitiva seria a melhoria das condições ambientais e de saneamento, entretanto, esta opção é menos viável devido aos investimentos necessários e questões políticas.



Também se recomenda o uso da quimioterapia profilática como uma medida de controle rápido, porém temporário.<sup>4,8</sup>

A educação, como forma de intervenção, é imprescindível no controle destas doenças e seu controle depende de ações que vão além do tratamento curativo, pois é importante que haja um protejo de conscientização que vise informar alunos, professores, população de um modo geral, assim como a equipe de saúde sobre as parasitoses e sua prevenção para obter diminuição da prevalência das mesmas.

Neste contexto, a melhoria das práticas de higiene mediante a educação em saúde vem para complementar as duas medidas descritas anteriormente com intenção de reduzir a transmissão das helmintíases nas comunidades. As três estratégias implementadas juntas potencializam a prevenção e controle deste tipo de infecção parasitária.<sup>4,8</sup>

Considerando que a melhor forma de intervenção ao problema seja através da educação e que o público mais afetado sejam as crianças, deve-se atentar para as melhores estratégias capazes de atingi-lo, lembrando sempre que, em se tratando desse alvo específico, estas estratégias devem sempre ser desenvolvidas de forma estimulante, divertida e ao mesmo tempo responsável, no intuito de passar o conhecimento e o hábito aos menores.

## **PROBLEMA**

Será que as crianças da escola situada na área de abrangência da ESF Cidade Nova VIII, no município de Ananindeua – e a população possuem orientação adequada sobre noções de higiene?

## **JUSTIFICATIVA**

As denominadas verminoses intestinais são uma verdadeira atribulação na saúde pública de cunho mundial e de complexa conclusão. Essas afecções estão interligadas com níveis socioeconômicos mais baixos e condições precárias de saneamento básico, representando um sofrimento, sobretudo para as populações mais carentes.<sup>9</sup>



Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade<sup>10</sup>, as parasitoses são as doenças mais comuns do mundo, atingindo cerca de 25% da população mundial (1 em cada 4 pessoas). Sua transmissão depende das condições sanitárias e de higiene das comunidades.

A OMS estimou, em 2008, que mais de 2 000 milhões de pessoas no mundo estavam infectadas por vermes intestinais e que a maioria das crianças dos países subdesenvolvidos estava parasitada.<sup>11</sup>

Segundo Monteiro<sup>12</sup>, investir na melhoria da educação da população pode efetivamente colaborar para conscientização da população, incidindo desta forma, no cumprimento de ações para prevenção e tratamento, evitando-se, assim, danos à saúde da criança devido a falhas no conhecimento sobre essas doenças nessa parcela populacional.

O presente projeto justifica-se pela caracterização sócio econômica e cultural da população e pela alta prevalência de parasitose intestinal observada pela equipe da Estratégia Saúde da Família e pela equipe do CESUPA durante os atendimentos ambulatoriais nessa região. Pautado nessa perspectiva e nas questões abordadas acima, a relevância deste projeto centra-se na importância de elaborar um projeto de intervenção para desenvolver estratégias de prevenção das Parasitoses nas crianças da área de abrangência da ESF da Cidade Nova VIII. As atividades de prevenção desenvolvidas podem contribuir não apenas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos participantes como também permite que estes possam atuar como agentes multiplicadores de informações preventivas em seu meio social.

## OBJETIVO

**Geral:** Realizar educação em saúde sobre higiene pessoal.

**Específico:** Aumentar o nível de informação da população sobre como se transmite a doença, suas complicações e como evitar; incentivar a prática de higiene diária entre as crianças; mostrar de forma lúdica a higiene pessoal.



## METODOLOGIA

### Projeto de intervenção:

A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura de diferentes realidades. Nesse sentido, considerando a faixa etária do público-alvo em questão, foi escolhido pelos alunos, realizar uma atividade dinâmica com a participação ativa de um grupo de crianças, cujo objetivo é tornar o processo de aprendizagem das práticas de higiene mais lúdico e acessível a esse público.

O termo “lúdico” tem origem latina e seu significado está ligado a “jogos e brincadeira” onde estão inclusos todos os tipos de atividades divertidas à criança. O universo infantil é cheio de criatividade e imaginação e incentivar esses elementos é o que pode alavancar o desenvolvimento como ser humano. Não é à toa que a pré-escola e as etapas educacionais seguintes têm como proposta o ensino lúdico. Para Martini e Salomão<sup>13</sup> “o ato de brincar estimula o uso da memória, que ao entrar em ação se amplia e organiza o material a ser lembrado...”. Dessa forma, pode-se ver a importância da ludicidade no processo de ensino aprendizagem infantil.

Ainda nesse pensamento, com o intuito de reforçar a importância do brinquedo no processo de construção do conhecimento nas idades iniciais, pode-se destacar Vygostsky<sup>14</sup>, grande nome da psicologia, o qual afirma que a influência do brinquedo, na infância, é imprescindível para seu desenvolvimento. O mesmo autor continua discorrendo e ratifica que é no brinquedo, ou seja, no lúdico, que a criança aprende a agir em uma esfera cognitiva.

Conforme se constrói essa linha de raciocínio, faz-se necessário discorrer sobre a importância do jogo de tabuleiro para a assimilação de conhecimento. Um dos ícones da educação infantil, Kishimoto (1996)<sup>15</sup>, afirma que durante a utilização de jogos na educação, o jogo não pode ser visto como o fim, mas sim como o caminho que dá direção a um conteúdo didático específico, e produz como fruto da utilização do lúdico a aquisição de informações e construção de um novo conhecimento. Nesse sentido, conclui-



se que o jogo de tabuleiro é uma ferramenta utilizada para adentrar no mundo infantil como uma ponte entre duas realidades, trazendo como resultado a aproximação da criança com o conteúdo ensinado.

Nessa linha de raciocínio, após construir o convencimento de que a melhor linha de ação adotada para a abordagem educacional a ser utilizada com o público-alvo no presente projeto é a utilização de jogos didáticos, foi desenvolvido um jogo de tabuleiro composto por várias casas nas quais se encontram informações e tarefas a serem cumpridas pelos participantes. O referido jogo será utilizado com o auxílio de dados e pinos que serão utilizados pelos participantes que terão acesso a vários conhecimentos na prevenção de doenças parasitárias durante a partida conforme a ilustração do tabuleiro em anexo.

Primeiramente, será realizada uma breve palestra explicando aos alunos, com linguagem acessível e ferramentas lúdicas, o que são as verminoses, a importância do combate e prevenção, e quais as melhores formas de prevenção. Após o término da palestra, haverá espaço para responder as dúvidas dos alunos e terá início a dinâmica preparada pela equipe organizadora.

A turma será dividida em grupos de alunos, de forma que o maior número de alunos participe ativamente da brincadeira. A dinâmica é uma adaptação de um jogo de tabuleiro, contendo um número casas, nas quais haverá um questionamento acerca do que foi explicado na palestra e conforme os alunos acertam a resposta, avançam no jogo e ganham premiações.

Em algumas casas poderá ter atividades de simples execução relacionadas ao tema.

#### **Considerações éticas:**

Importante salientar que antes e durante o prosseguimento do projeto será explicado para os voluntários que de maneira alguma haverá qualquer retorno financeiro aos envolvidos, incluídos aí os palestrantes. Dessa forma todos se comprometerão para que se tenha como retorno a conscientização coletiva na esperança de se alcançar um objetivo em comum: atenuar a incidência e prevalência de verminoses no território a partir de hábitos de higiene simples.



**Local do projeto de intervenção:**

O projeto de intervenção será realizado em uma escola, a qual faz parte área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Cidade Nova VIII.

**Público-alvo:**

O projeto irá atingir crianças na faixa etária de 9 a 12 anos de idade que se encontram devidamente matriculados.

**Metas a serem atingidas:**

**1º Passo:** a educação e conscientização das crianças acerca de hábitos corretos de higiene, tal como suas práticas, é um fator capaz de alterar, significativamente, a realidade endêmica das verminoses, no contexto da Cidade Nova VIII?

**2º Passo:** agendar uma reunião na escola com direção ou com a coordenação pedagógica para discutir o projeto. Nesta reunião será escolhida uma data para a execução do projeto e uma sala do Ensino Fundamental, com alunos da faixa etária pré-definida, para desenvolvermos a atividade.

**3º Passo:** realizar uma breve palestra explicando aos alunos, com linguagem acessível e ferramentas lúdicas, o que são as verminoses, a importância do combate e prevenção, e quais as melhores formas de prevenção.

**4º Passo:** após o término da palestra, haverá um momento para responder as dúvidas dos alunos, e então, eles serão convidados a participar da dinâmica preparada pela equipe organizadora.

**5º Passo:** a turma de educação fundamental será dividida em grupos de Y alunos, de forma que o maior número deles participe da brincadeira.

**6º Passo:** será dado início ao jogo de tabuleiro que foi adaptado pelos alunos do curso de Medicina do CESUPA.

**7º Passo:** em algumas casas poderá ter atividades de simples execução relacionadas ao tema.

**8º Passo:** toda a atividade será supervisionada pela professora (do CESUPA) responsável pelo projeto em desenvolvimento.

**9º Passo:** instrumentalizar a equipe de educação infantil (professora da turma selecionada e coordenadora pedagógica) sobre como trabalhar o problema, através da observação da dinâmica aplicada e distribuição de material informativo (panfleto), para que o processo de educação em saúde



tenha continuidade e não seja pontual, disseminando para os demais alunos da escola.

## RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

Contribuir para a redução do índice de casos de parasitose na ESF da Cidade Nova 8 através da educação em saúde.

Espera-se que a partir da divulgação de material didático (folder) e da realização de palestras, as crianças possam aprender hábitos de higiene pessoal e higienização de alimentos sendo capazes de se prevenir da contaminação de parasitoses.

Espera-se ainda que a aplicação de um jogo lúdico facilite a compreensão dos conteúdos ministrados para as crianças aumentando a probabilidade de colocarem em prática os novos hábitos de higiene que serão aprendidos no dia da intervenção.

Também se espera que o material distribuído possa alcançar uma população mais ampla, ao ser levado pelas crianças da escola para suas casas e seus familiares, disseminando as informações e consolidando hábitos mais saudáveis, contribuindo para a qualidade de vida da população adstrita.

### PRODUTO – Cartaz



## REFERÊNCIAS

1. Neves, D. P. Parasitologia Humana, 11<sup>o</sup> ed, Vol único; 2005
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Técnico da Campanha Nacional de Hanseníase e Geo-helmintíases. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/22/Informe-Tecnico-e-Operacional.pdf>> Acesso em: 29 maio 2020
3. Amabis e Martho. Biologia em contexto, 4<sup>o</sup> ed, Vol único. 2013.
4. Sheila P. Campanha Nacional de verminoses: impacto e análises das infecções por geohelmintos em escolares no município de Belém estado do Pará, Brasil. Belém. Instituto Evandro Chagas, 2018. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Epidemiologia e Vigilância em Saúde.
5. Nadima T. Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. Porto Alegre. Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, departamento de Microbiologia e Parasitologia, 2007. Trabalho educativo.
6. Agência Nacional De Águas (ANA). Atlas Esgotos. Despoluição de Bacias Hidrográficas. 2017. Governo do Brasil. Disponível em: <<http://www.ana.gov.br> > Acesso em: 31 Mai. 2020.
7. Vania M. Perfil Antropométrico de Crianças de 0 a 5 anos do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. [1995]. Acesso em 14 de maio de 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000200008>.
8. World Health Organization (WHO). Helminth control in school age children: a guide for managers of control programmes. 2.ed.Geneva, 2011. Disponível em: <[www.who.int/neglected\\_diseases/resources/9789241548267/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/resources/9789241548267/en/)> Acesso em: 31 maio 2020.
9. Mark Beininger; Rocksane Norton; Joel Lamounier. Parasitoses intestinais. RMMG, 2006, 16.2, 84-87.
10. Benevides, B. S. Parasitoses Intestinais. SBMFC. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&Paginald=516](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&Paginald=516) >. Acesso em: 01 julho. 2020.
11. OMS alerta sobre infecção de parasitas intestinais em países em desenvolvimento. Centro de Notícias ONU. OMS. 2008. Disponível em: <<http://www.un.org/News/story.asp?NewsID=13222#.Vz8Yu5HhDIU>>. Acesso em: 01 de Julho de 2020.
12. Monteiro, A. M. C., et al. Parasitoses Intestinais em Crianças de Creches Públicas Localizadas em Bairros periféricos do município Coari, Amazonas. Brasil. Revista de Patologia Tropical, Goiás. 2009; 38 (4): 284-290. Disponível em: [https://revista.iptsp.ufg.br/n/5007-2009\\_38\\_4](https://revista.iptsp.ufg.br/n/5007-2009_38_4) . Acesso em: 30 junho. 2020.
13. Martini, M.; Salomão, H. A. S. A importância do lúdico na educação infantil: enfocando a brincadeira e as situações de ensino não direcionado. Cacoal-RO, 2007.
14. Vygotsky L. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
15. Maria S. Barbosa. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. Vol.18 no.59. Campinas, 1997. Acesso em 17 de maio de 2019. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73301997000200011>



## 5

## A FEBRE CHIKUNGUNYA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS NO ENSINO FUNDAMENTAL I

DOI: 10.36599/itac-ed1.095

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos<sup>1</sup>Andréa Câmara Rodrigues<sup>2</sup>Larissa Pinheiro Viana<sup>2</sup>Laura Closset<sup>2</sup>Luiz Felipe Coutinho Dias<sup>2</sup>Maíra Helena Farias Martins<sup>2</sup>Maryelly Damiana Oliveira de Carvalho dos Reis<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, residência médica em Medicina de Família e Comunidade, médica da Atenção Básica/ESF, mestra em Ensino em Saúde na Amazônia, docente do Curso de Medicina do CESUPA, preceptora da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (CESUPA), supervisora do PMMB, Life Coaching Practitioner pelo Instituto de Desenvolvimento Sistêmico IDESIS, Terapeuta Gaudium de Terapia Sistêmica pelo IDESIS.

<sup>2</sup> Graduandos do 2º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

A chikungunya é uma arbovirose, causada por vírus de mesmo nome, podendo o agente etiológico também ser identificado como CHIKV. Esse patógeno apresenta três genótipos diferentes já identificados na natureza, sendo apenas dois deles encontrados em território brasileiro, possuindo em todas as suas variações genoma de RNA positivo de fita simples. Pertence ao gênero *Alphavirus* e família *Togaviridae*, e tem como principais vetores os mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, mas podendo também ser encontrado em variações.<sup>1</sup> A primeira espécie, de ação antropofílica, é encontrada em locais de grande aglomeração humana, realizando alimentação hematófaga e repousa dentro de habitações. Já o *Ae. Albopictus* tem comportamento alimentar extenso, frequentemente presente em áreas de menor aglomeração humana, alimentando-se e repousando no espaço peridomiciliar.<sup>2</sup>

Trata-se de uma patologia que pode ser iminente consumida e enfraquecida devido a apresentação corriqueira e amiúde de um quadro de dor



crônica que afeta as articulações, provocando inflamação e uma subsequente artralgia. Deste último sintoma, inclusive, surgiu o nome para a doença, já que *chikungunya* no idioma Makonde (dialeto predominante na região em que surgiu a enfermidade) significa “andar curvado”.<sup>2</sup>

O CHIKV foi identificado pela primeira vez na África. A primeira epidemia ocorreu no sul da Tanzânia em Makoude Plateau no ano de 1952, local onde o vírus foi isolado, já a segunda ocorreu no Quênia em 2004, se alastrando durante os anos posteriores por diversas ilhas do oceano Índico, atingindo depois a Índia e o sudeste asiático, com o *Ae. aegypti* sendo o principal vetor da doença. Em 2006, devido uma mutação viral, houve uma nova epidemia com maior transmissão pelo *Ae. albopictus* nas Ilhas da Reunião do continente africano. Esse mesmo vetor também foi detectado na Itália e França em uma transmissão autóctone.<sup>2</sup>

Em 2013, o CHIKV chegou as américas pelas ilhas do Caribe, em Saint Martin, gerando inúmeros casos. Então, finalmente a transmissão local foi detectada no Brasil em setembro de 2014 na cidade de Oiapoque, no estado do Amapá. Ao longo desse mesmo ano foram confirmados 2772 casos da doença *chikungunya*. No ano seguinte, em 2015, foram confirmados 1513 casos autóctones, em que o genótipo identificado foi o africano<sup>2</sup>. Já no último ano de 2019, foram confirmados 15.352 casos da enfermidade em todo o território nacional, segundo dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2020). Desde seu aparecimento, a parcela numérica de enfermos teve enorme incremento ao longo dos anos, remetendo a grandeza da ciência de sua sintomatologia, terapêuticas e formas de prevenção.<sup>3</sup>

Com relação à transmissão do agente etiológico, esta pode se dar por meio da picada das fêmeas das espécies vetoras, verticalmente ao se tratar de partos de gestantes virêmicas, o que provoca infecção neonatal grave, ou por meio da via transfusional.<sup>1</sup> O primeiro caso de transmissão vertical na febre *chikungunya* foi relatado nas Ilhas da Reunião, e pode ocorrer em cerca de 50% dos casos de mulheres infectadas em trabalho de parto, quando a gestante possui alta carga viral nesse momento. Recém-nascidos infectados durante o trabalho de parto geralmente apresentam no mínimo um sintoma grave, incluindo a encefalopatia, presente em 53% desses casos.<sup>2</sup>



No que tange ao período de incubação do vírus, nos seres humanos é de cerca de 3 a 7 dias após a picada da fêmea do mosquito *Aedes* vetor, mas pode variar também entre o 1º ao 12º dia. Com relação à susceptibilidade de manifestação da doença nos diferentes indivíduos, existe íntima ligação com a quantidade de vezes em que houve exposição do indivíduo ao vírus anteriormente, uma vez que é necessária apenas se infectar uma vez para desenvolver imunidade contra o CHIKV.<sup>1</sup>

Quando o vírus adentra o corpo humano pela circulação sanguínea, ele possui assim a capacidade de colonizar diversas regiões, como tecidos musculares, articulações e encéfalo.<sup>3</sup> A sintomatologia de febre e artralgia são fortes indícios para diagnosticar a febre chikungunya, mas podem ser confundidos com casos de dengue, malária e estafilococcia.<sup>2</sup> Por isso, pessoas com o quadro clínico de febre alta com início súbito e artralgia intensa quando não explicados por outras condições, são prováveis casos de da doença, sendo posteriormente confirmados com sorologia (PCR, IgM e IgG) em laboratório.<sup>4</sup>

As manifestações clínicas em 15% dos indivíduos apresentam-se assintomáticas, já nos demais casos, os sintomas podem evoluir para três fases características: aguda, subaguda e crônica. A fase aguda abrange as 3 primeiras semanas após o início dos sintomas. É comum que se apresente febre alta (acima de 39°C), mialgia, cefaléia e poliartralgia, sendo este último o mais notório (presente em 80% dos pacientes), acometendo muitas articulações simultaneamente, tornando assim difícil a realização de movimentos que antes eram rotineiros por vezes durando até mais de 1 ano. Nessa fase, também é possível a manifestação de exantemas maculopapulares.<sup>2,3,4</sup>

A fase subaguda tem início aproximadamente 21 dias após a primeira manifestação sintomatológica e pode durar cerca de 3 meses. Tendinite, artrite, bursite e manutenção da poliartralgia são referidos processos inflamatórios que comumente são desenhados como intensa fadiga e modificação em enfermidades prévias no paciente. A fase crônica ocorre quando a artralgia se estende por mais de 3 meses, podendo durar até anos, sendo variante o número de indivíduos afetados que chegam a essa fase.<sup>3</sup>



Esta doença tem apresentado também manifestações oculares que decorrem de uma resposta imunológica associada a reação de hipersensibilidade, efeito direto do vírus ou à toxicidade medicamentosa, apesar de poucos estudos as relatarem. Foram também identificados casos associados de conjuntivite, ureíte anterior bilateral e aumento da pressão intraocular. Outros sintomas como a dor retro orbitária, injeção ciliar, irregularidade da pupila, fotofobia, hiperemia conjuntival, elevação da escavação do disco óptico, olho seco, ceratite, retinite, coroidite, neurorretinite e até perda visual aguda foram também encontrados em trabalhos científicos.<sup>4</sup>

Além disso, a febre chikungunya pode variar suas manifestações em casos graves e eventualmente há óbitos que ocorrem em pacientes idosos e crianças recém-nascidas, devido à esta causar também distúrbios neurológicos. As alterações oculares relatadas na literatura começam tanto na fase aguda quanto após semanas de infecção. A terapêutica para esta patologia é baseada na clínica apresentada, não existindo ainda um tratamento de cunho específico contra o patógeno e nem vacinas contra o CHIKV.<sup>2,4</sup>

No grupo das doenças infecciosas, as arboviroses, como a febre chikungunya, são consideradas um importante desafio para saúde pública. O Brasil é um cenário ótimo para casos de epidemias de CHIKV, devido a uma ampla presença no território brasileiro dos dois principais vetores da enfermidade, além de ser um país com grande extensão territorial, o que conseqüentemente prejudica a vigilância efetiva.<sup>2</sup> Também é sabido que é comum o descarte inadequado de lixo em nosso país, sendo frequentemente despejado em lixões a céu aberto, gerando criadouros para os mosquitos Aedes, e, portanto, colocando em risco a população circunscrita na área.

Somando-se a tal, destaca-se a relevância que o clima quente e úmido, típico de regiões tropicais, exerce na disseminação do vetor e, conseqüentemente, da doença.<sup>3</sup> Diante disso, é evidente como o Brasil e, notadamente a região amazônica, são espaços geográficos endêmicos da Chikungunya desde o ano de 2014. Sendo assim, tornou-se necessário uma vigilância efetiva, que indiscutivelmente depende de diagnóstico rápido, reconhecimento precoce da transmissão e controle dos vetores.<sup>2</sup> Para efetivo sucesso, o exercício da educação em saúde com as comunidades circunscritas às respectivas Unidades Básicas de Saúde é de extrema relevância, uma vez



que a mobilização social voluntária ajuda a prevenir, e então posteriormente a diminuir o número de casos no país.

“Tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”. A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como fundamento básico a realização de um processo de aprendizado concreto e consolidado em estratégias que promovam a construção do conhecimento de forma coletiva e, além disso, que conduzam a uma relação com base do diálogo, na qual cada indivíduo que compõe o SUS (profissionais, usuários e gestores) possa ensinar, aprender, desconstruir concepções, e compartilhar ideias e noções sobre a saúde.<sup>5</sup> Assim, a execução dessa prática de tempos em tempos com a população é fundamental para a diminuição de casos da febre Chikungunya, certamente se as ações forem ensinadas a menores em fase escolar que cursam o ensino fundamental I, já que essas crianças, se educadas desde tenra idade, se tornarão cidadãos mais conscientes e mais propensos a reproduzirem o que lhes fora ensinado durante a infância.

Com o objetivo de alcançar conscientização da prevenção e permitir um correto conhecimento ao público-alvo, existem ações como por exemplo atividades em caráter lúdico, com brincadeiras de perguntas e respostas, com o fornecimento de revistas portando conteúdo ilustrado, voltado para educação infantil, assim também como jogos dos sete erros, caça-palavras e historinhas que revelam as circunstâncias e chamem a atenção de como se deve evitar o *Ae. Aegypti* e o *Ae. albopictus*. Nesse caso, a eliminação de criadouros em ambiente domiciliar é um ponto chave, uma vez que é frequente a reprodução dessas duas espécies em locais onde há reservatórios de água parada.

A Atenção Primária em Saúde (APS), no Brasil, pode ter como uma de suas principais representações a Estratégia Saúde da Família. Sendo assim, a inserção da atenção primária na comunidade circunscrita consegue se realizar de uma maneira mais orgânica, já que, como por exemplo, se utiliza de instituições já inseridas nesse meio que a ESF alcança, como escolas, e ONGs que agem em conjunto para essa população. Pelo exposto, intervenções educativas em instituições de ensino, nesse segmento social, é de intenso valor e capacidade para se tomar a frente nas questões de saúde pública, uma vez que se consegue englobar mais efetivamente um processo de educação



continuada sobre os meios de prevenção contra o CHIKV, mantendo assim a relação educação e saúde de maneira organizada e articulada.

A educação em saúde é considerada uma prática social, devendo ser como cenário principal na problematização cotidiana, e nesse caso, em como realizamos ações individuais no combate ao CHIKV, assim como na valorização da experiência de seres humanos e grupos sociais, e na leitura das diferentes realidades. A educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamento de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas.<sup>6</sup> Sendo assim, trabalhando essa ideia com crianças em idade escolar, é indicado a promoção de atividades lúdicas, adequando então o conhecimento à realidade desses indivíduos.

O tema educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma forma de evitar patologias. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes: (1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação. Desta forma, deve ser valorizada a relevância do papel do profissional em saúde ao promover ações educativas, exatamente por ser um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais.<sup>6</sup>

Na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, enfatizou-se a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança no relacionamento do binômio profissionais e usuários, almejando a conversa perene com todas as formas de sapiência, especialmente com a cultura popular. Dois anos anteriores, em 1994, apareceu a Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, somando e ratificando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais eventos supracitados e em conjunto possibilitam o fortalecimento no Brasil da ideia de laborar com o modelo da vigilância da saúde, com a atribuição da equipe de saúde pela população



moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais, procurando reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada.<sup>6</sup> Assim, fica evidente como no território brasileiro a educação em saúde, para com as comunidades circunscritas às áreas abrangidas por suas respectivas Unidades Básicas de Saúde, é fundamental no combate à febre Chikungunya.

### **PROBLEMA**

Os alunos do ensino fundamental I estão informados sobre os métodos de prevenção contra a Chikungunya?

### **JUSTIFICATIVA**

O debate acerca da Chikungunya, especialmente em ambiente escolar da área abrangida pela Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, delimita a preocupação no que tange ao cenário propício à endemia dessa enfermidade na região norte do país.

Com relação à formação acadêmica em medicina, a relevância do tema em questão remete à importante incidência de patologias infectocontagiosas no município de Ananindeua, com destaque às arboviroses, mostrando-se então como parte essencial da edificação profissional ao longo dos anos de estudo dos alunos do curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Nesse contexto, expressa-se de forma imprescindível a integração dos serviços prestados dos núcleos de formação acadêmica para a sociedade, através da UBS, da equipe de saúde da família e dos alunos do ensino fundamental I de uma escola, com foco na pesquisa de doenças e educação em saúde.



## OBJETIVO

**Geral:** Despertar o interesse dos alunos do ensino fundamental I de uma escola para as formas de prevenção contra a febre Chikungunya.

**Específicos:** **Compartilhar conhecimento com as crianças do ensino fundamental I de uma escola sobre as ações de prevenção no combate à Chikungunya; criar uma ferramenta lúdica que facilite a compreensão do público-alvo e assim possa ajudar na redução dos focos de disseminação dos vetores; e, propor aos docentes e coordenadores pedagógicos da escola para que haja uma continuação do projeto ao longo de todo o ano letivo e até mesmo nos anos subsequentes.**

## METODOLOGIA

### Projeto de intervenção:

O PISC é um projeto desenvolvido pelos alunos do Centro Universitário do Pará (CESUPA), o qual tem por objetivo levar orientações acerca de doenças e agravos prevalentes nas áreas das Unidades Básicas de Saúde, assim como promover educação em saúde à comunidade local. Este projeto irá abordar a febre Chikungunya, sua forma de transmissão, seu vetor, seus fatores agravantes, sintomas e suas formas de prevenção.

Uma cartilha será elaborada por um grupo de acadêmicos de medicina do segundo semestre do CESUPA, na qual irá conter informações gerais sobre a doença de maneira lúdica, já que o público-alvo do projeto serão crianças do ensino fundamental I de uma Escola. No final da cartilha estarão atividades educativas, para fixação das orientações recebidas. Em seguida, os alunos do CESUPA irão explicar cada parte da cartilha de forma simples e com linguagem acessível às crianças.

### Considerações éticas:

Este PISC se trata de um projeto de intervenção que possui o intuito de levar informações para crianças do ensino fundamental I. Não haverá nenhum tipo de pagamento pelas atividades desenvolvidas, sendo assim toda a equipe envolvida e os demais participantes relacionados, voluntários para essa ação.



Ressaltamos ainda que seu objetivo final é contribuir para a melhora do quadro endêmico da febre Chikungunya na região.

**Local do projeto de intervenção:**

Escola de Ensino Fundamental, no município de Ananindeua (PA).

**Público-alvo:**

Crianças estudantes do ensino fundamental I

**Metas a serem atingidas:**

**1º Passo:** A precariedade de informações acerca da febre Chikungunya, acrescida de todas as suas causas e consequências, diante do cenário educacional da escola faz com que haja um aumento da incidência dessa patologia na região em específico?

**2º Passo:** Realizar uma oficina com os alunos do ensino fundamental I da escola, pelos próprios autores deste projeto, abordando estratégias lúdicas que poderão ser usadas para conquistar a atenção do público-alvo em participar do projeto, sempre enfatizando o objetivo de transmitir as informações com o máximo de qualidade e clareza.

**3º Passo:** Após a oficina, objetiva-se ter uma roda de conversa com a docente orientadora Roseane dos Santos para delimitar os principais pontos positivos que foram observados durante a dinâmica e discutir sua efetividade.

**4º Passo:** Incentivar os docentes e coordenadores pedagógicos da escola para que haja uma continuação do projeto ao longo de todo o ano letivo e até mesmo nos anos subsequentes, para que os benefícios deste projeto atinjam os novos alunos matriculados na escola.

## RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

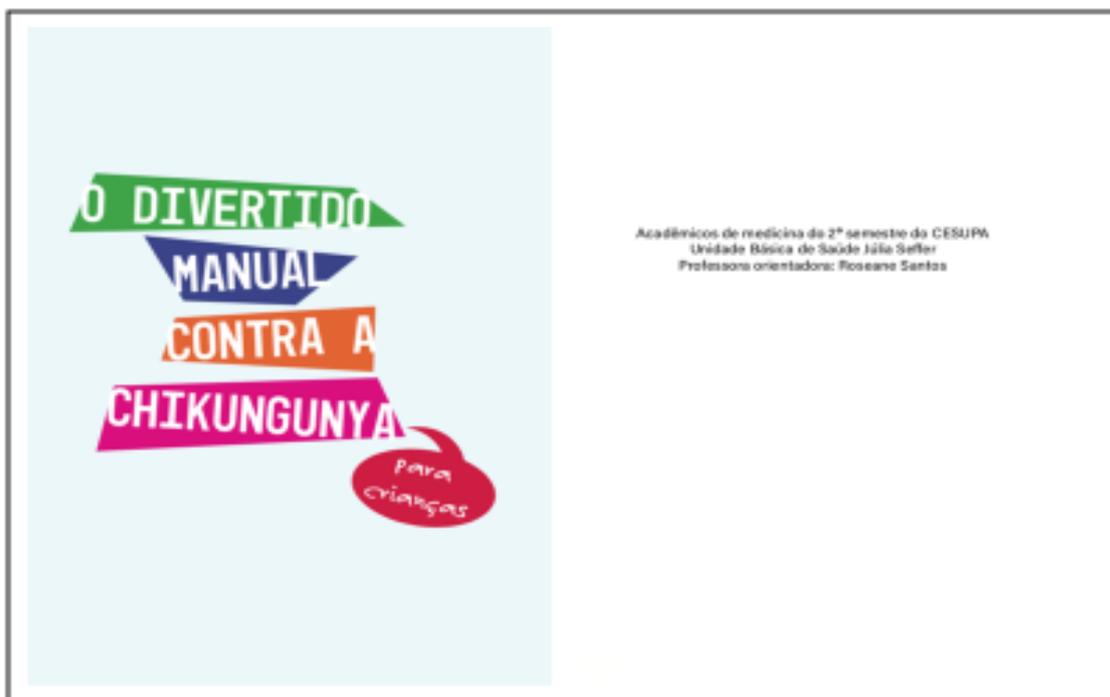
Conseguir contribuir efetivamente para o aprendizado das crianças matriculadas no ensino fundamental I da escola, acerca da prevenção e controle da febre Chikungunya e seus vetores.

Além disso, almeja-se que a adoção de práticas educativas advindas de ferramentas lúdicas se torne um hábito regular no local de intervenção, trazendo uma redução constante dos focos de disseminação dos vetores no território abrangido pela Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, e fazendo, portanto, deste trabalho uma estratégia de reprodução de conhecimento no



combate a Chikungunya, resgatando a preocupação acerca deste tema tão relevante e recorrente no Pará pela comunidade local.

### PRODUTO - Revistinha



APRESENTAÇÃO	SUMARIO
<p>Nós criamos essa revista com o intuito de levar conhecimento de um jeito interativo e simples para as crianças da comunidade atendida pela UBS Júlia Seffer, pois acreditamos que a educação transforma vidas e oferece oportunidades, devendo sempre ser compartilhada.</p> <p>O combate à febre chikungunya foi o tema escolhido por nossa equipe porque percebemos que é uma doença pouco abordada e ensinada para crianças em idade escolar, sendo de extrema relevância, uma vez que é uma enfermidade muito relacionada com a dengue, já que, por serem transmitidas pelo mesmo mosquito, possuem as mesmas formas de prevenção, podendo ser então combatidas simultaneamente.</p> <p>Esperamos que vocês se divirtam com o material que selecionamos cuidadosamente para deixar o conhecimento um pouco mais interessante.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p>Andréa Câmara, Larissa Viana, Laura Closset, Luiz Dias, Maira Martins e Maryoly Reis.</p>	<p>Historinha do mosquito Aedes </p> <p>Zezinho e o mosquito </p> <p>História em quadrinhos </p> <p>História em quadrinhos 2 </p> <p>Cante e pinte do seu jeito </p> <p>Vamos colorir </p> <p>Circule os 7 erros </p> <p>Caça-palavras </p> <p>Caça-palavras 2 </p> <p>Cruzadinha </p>

## HISTORINHA DO MOSQUITO AEDES

Ela sempre esteve por perto. Ou melhor: ele!  
E o negócio dela é sugar sangue de gente para garantir que seus filhotinhos vão nascer bem fortes.  
Que horror, será uma vampira?  
É pior: ela transmite uma doença grave, e não é um monstro inventado pela nossa imaginação.  
Se você está pensando no bicho transmissor da chikungunya, acertou na mosca! Ou melhor, na "mosquita"!  
Nessa historinha você vai saber tudo sobre a doença e como fazer para manter o Aedes Aegypti bem longe de você.  
Mas antes de começar, guarde isso na sua cabezinha: a chikungunya não é "febre de verão" e veio para ficar!  
Por isso, cada um precisa tomar os cuidados o ano inteiro. E sempre.

Tudo começa com uma "mosquita dengosa", que veio de longe...  
A danada vive somente 30 dias, mas é o tempo suficiente para infectar um monte de gente.  
Escuro com manchas brancas, o Aedes aegypti veio lá do Egito por isso é "aegypti".  
Que nome tão estranho, né?  
Ele veio parar nas praias brasileiras, junto com a água dos potes que abasteciam os navios negreiros.  
Água?  
Isso mesmo: a água parada é o "berçário" das larvas desse monstrinho, pois é onde a mãe Aedes coloca seus ovos.  
Sem água, as larvas não se desenvolvem, nem geram mosquitos.

Geralmente, os mosquitos aumentam muito no verão, pois o Aedes gosta de clima quente. Se estiver muito quente, ou muito frio, ele some do mapa. Mas é aí que mora o perigo! Como os ovos que o Aedes espalhou ficam quietinhos por aí, eles podem sobreviver até um ano, só esperando o clima ideal para virarem larvas.



Por isso, não adianta nada tomar cuidado só no verão. A gente precisa ficar de olho no mosquito o ano inteiro!

Acontece assim: o *Aedes Aegypti* pica e pode infectar uma pessoa com o vírus que aí pode pegar Dengue, a Zika Virus ou o chikungunya. E todas essas doenças podem matar.

Os sintomas são bem chatos: febre alta, dores em todo o corpo, principalmente nas articulações e nos olhos, dor de cabeça, fraqueza, bolinhas nas axilas, náuseas, vômitos.

Por isso, se você sentir esses sintomas, não perca tempo: procure um médico!

*Aedes* adora morar perto de gente, porque é onde ele encontra o paraíso para seus filhinhos: água parada e sangue fresquinho. Ele só pica durante o dia, e não faz aquele zumbido das pernilongas para avisar que está chegando. Então não tem jeito: é arregajar as mangas e mãos à obra!

- Não guarde pneus velhos ou qualquer outro objeto que possa acumular água.

- Lave sempre as vasilhas de água de seu cachorro ou gato, e também os bebedouros dos passarinhos.

- Coloque areia nas pratinhas das plantas e xaxins, ou bora de café (aquele pozinho que fica no coador). A bora impede o desenvolvimento das larvas.

- Ao jogar a água fora dos pratinhos das plantas, lave-os bem. Os ovos podem ficar escondidos, só esperando uma chovinha.

- Nunca deixar caixas d'água, latões de lixo e outros "berços de mosquito" sem tampa!

- Se estiver em algum lugar com muito inseto, ou perto de algum local conhecido do mosquito, não esqueça de passar repelente.

Autora: Duane Satoiva

## ZEZINHO E O MOSQUITO

Em um terreno baldio,  
Uma sacola jogada,  
Veio a chuva e aí ficou  
Um pouco de água parada.

Uma fêmea de mosquito do chikungunya  
Viveu na região,  
Ao ver a água parada,  
Sorriu de satisfação.

Festou na sacola plástica,  
E achou aquilo excelente,  
Aqui nasceu meu filhote,  
Que vão picar muita gente.

E aí botou seus zinzins,  
Que em pouco tempo se abriram,  
E um monte de mosquitinhos  
Do terreno baldio saíram.

Cresceram rapidamente,  
E um deles contaminado,  
Ficou o menino Zezinho  
Que ficou adentado.

É chikungunya! disse o médico,  
Terá que ser internado,  
E tratado rapidamente  
Ou não ficará curado.

Tratado, Zezinho ficou bom,  
E já brinca com seus amigos,  
E aprendeu com o médico  
De onde vem o perigo.



Lixo e plásticos que são jogados,  
No mar, na rua ou no quintal,  
Criam mosquitos, criam ratos,  
Que vão nos fazer muito mal.

Autor: J. B. ROMAN

## HISTÓRIA EM QUADRINHOS

Veja como o clube da Érica combate o Aedes Aegypti



**HISTÓRIA EM QUADRINHOS 2**  
Mas uma vítima de Chikungunya vai ao médico se tratar...

### CANTE E PINTE DO SEU JEITO

Combata esse mosquito que adoece o ser humano e ajude sua família nas medidas de prevenção.

XÔ XÔ XÔ Aedes!!!  
Aedes xô xô!!!

NEM UM MOSQUITINHO VAI MORAR NA MINHA CASA

NEM UM MOSQUITINHO VAI ME ADOECER

TUDO MOSQUITINHO POR AÍ PODE IR ENDOÇA

XÔ XÔ SENÃO VOCÊ VAI VER

É NA ÁGUA LIMPA QUE ESTIVER PARADA

UM MOSQUITINHO PODE APARECER

LOGO ESVAIZE TUDO COM CUIDADO

BASTA ISSO PARA NINGUÉM ADOECER

### VAMOS COLORIR

Enquanto descobrimos em quais lugares o aedes aegypti mora e a forma da música nos ajuda a combatê-lo

*Quê é a essência do "Xô xô" do mosquito*

### CIRCULE OS 7 ERROS

Esta casa está preservada como o lado?      Esta casa NÃO está preservada, quais as diferenças da casa ao lado?

### CAÇA PALAVRAS

Encontre alguns sintomas de Chikungunya. As palavras estão escondidas na horizontal, vertical e diagonal.

Q	C	H	K	U	N	S	U	N	Y	A	T	F	E	A	S	V		
S	M	O	V	D	O	H	H	A	C	H	P	D	A	P	T			
E	A	P	E	O	P	Y	L	S	L	H	R	G	M	C	I			
E	D	R	E	S	A	H	T	I	C	U	L	A	R	E	S	Y		
C	E	A	T	I	B	I	V	K	E	M	O	Y	O	M	O	H	A	
E	C	R	W	E	L	M	C	D	L	A	S	E	N	I	U	I	L	C
T	A	D	D	O	R	D	E	C	A	S	E	C	A	S	I	L	A	
O	F	W	V	O	B	C	I	H	A	T	Y	L	C	O	I	T		
N	S	T	A	C	O	S	I	I	F	E	Q	N	U	C	N	C		
O	V	R	T	P	A	E	R	M	H	I	P	E	L	Y	O	I		
Y	S	O	D	Y	I	I	T	I	M	T	L	E	S	C	A	D	H	E
I	A	N	T	L	L	A	L	A	T	F	R	R	S	E				

**DOR MUSCULAR**  
**DOR DE CABEÇA**  
**DORES ARTICULARES**  
**CHIKUNGUNYA**  
**FEBRE**

Resposta: \_\_\_\_\_

### CAÇA PALAVRAS 2

Agora encontre as palavras destacadas em cada item.

1. Tocar (toque)
2. Este Acrobata de (gato)
3. Coloque (põe) nos panos
4. Coloque (põe) nos vasos de plantas
5. Não desaper (seja) em lugares infestados
6. Use sempre (aposte)

H	I	O	T	P	J	B	U	X	B	U	A
E	Â	G	U	A	K	E	A	S	A	F	Ç
O	I	O	A	A	B	H	O	C	A	L	
J	E	O	O	X	A	K	A	L	A	L	U
J	N	X	C	O	A	V	V	M	O	I	O
M	P	F	A	R	E	I	A	O	A	X	T
P	M	B	A	A	T	T	C	L	D	O	A
E	E	T	E	F	E	T	I	N	O	I	O
R	R	E	P	E	L	E	N	T	E	O	J
C	B	M	U	A	A	L	A	R	E	Ç	I
G	M	C	M	A	O	A	M	S	E	C	J
K	L	S	R	A	X	E	V	U	W	H	F

### CRUZADINHA

Preencha a cruzadinha abaixo completando as frases.

1. Deixe o \_\_\_\_\_ fechado.
2. \_\_\_\_\_ é uma doença transmitida pelo picado do mosquito Anopheles gambiae.
3. Em caso de suspeita de dengue não ingira \_\_\_\_\_.
4. Coloque terra nos jardins das \_\_\_\_\_.
5. Não deixe acumular água em garrafões e \_\_\_\_\_.



## REFERÊNCIAS

1. Castro Anita Perpetua Carvalho Rocha de, Lima Rafaela Araújo, Nascimento Jedson dos Santos. Chikungunya: a visão do clínico de dor. Rev. dor [Internet]. 2016 Dec [cited 2020 June 27]; 17(4): 299-302.
2. Honório Nildimar Alves, Câmara Daniel Cardoso Portela, Calvet Guilherme Amaral, Brasil Patrícia. Chikungunya: uma arbovirose em estabelecimento e expansão no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 May [cited 2020 June 27]; 31(5): 906-908.
3. Cunha Rivaldo V da, Trinta Karen S. Chikungunya virus: clinical aspects and treatment - A Review. Mem. Inst. Oswaldo Cruz [Internet]. 2017 Aug [cited 2020 June 27]; 112(8): 523-531.
4. Esporcatte Louise Pellegrino Gomes, Portes Arlindo José Freire. Manifestações oculares na febre Chikungunya. Rev. bras.oftalmol. [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 June 27]; 78(5): 338-341.
5. Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em saúde [monografia na internet]. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção a Saúde; 2012 [acesso em 10 mar 2020]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/171?show=full>.
6. Alves Gehysa Guimarães, Aerts Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Jan [cited 2020 June 27]; 16(1): 319-325.



## 6

## DISCUSSÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA COM ÊNFASE NA DEPRESSÃO

DOI: 10.36599/itac-ed1.096

Cibele Maria De Almeida<sup>1</sup>Isis Batista de Oliveira<sup>2</sup>Juliana Ayumi Azevedo Kurosawa<sup>2</sup>Leandro Hiago Moura Furtado<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, pós graduação em medicina do trabalho, especializada em preceptoria em residência médica pelo hospital Sírio Libanês atualmente na atenção primária -Secretaria Municipal de Barcarena, atua como preceptora para alunos da graduação em medicina da UNIFAMAZ e do CESUPA, tem experiência na área de Medicina, com ênfase em atenção primária /urgência-emergência/medicina do trabalho, mestranda em educação em saúde do CESUPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 3º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Este trabalho trata de um estudo sobre a saúde mental dos adolescentes, os fatores de risco, e as suas consequências.

É notório que a sociedade não dá à devida atenção à saúde mental dos adolescentes e isto é alarmante, pois, os problemas de saúde mental em adolescentes que não recebem a terapêutica estão ligados a níveis reduzidos de realização educacional, falta de emprego, uso de drogas, comportamentos de risco, criminalidade, saúde sexual e reprodutiva precárias, automutilação e cuidados pessoais inadequados. O risco de morbidade e mortalidade prematura aumentam com esses determinantes. Tais denotações, constantemente, são culpadas pelos elevados custos sociais e econômicos, pois evoluem para condições de maior desadaptação social e práticas agressivas, com violação de regras.<sup>1</sup>

De maneira contrária, os adolescentes com suas necessidades em saúde mental reconhecidas possuem maior adaptação social, exemplar desempenho escolar e são mais tendenciosos a serem adultos mais ajustados e produtivos que aqueles os quais as precisões não são correspondidas. A promoção da saúde mental, a prevenção e terapias convenientes das



tribulações que aparecem na vivência desse ser em progressiva construção também diminuem a carga sobre os sistemas de saúde.<sup>1</sup>

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), algumas condições são prioritárias na adolescência, como depressão, suicídio e psicoses. Além dessas, também devem ser considerados os transtornos de ansiedade, transtornos de conduta, abuso de substâncias. Objetivando uma correta atenção a essas condições, é importante o desenvolvimento de ações pontuando a saúde mental na infância e adolescência baseadas na compreensão, na intervenção sobre as situações identificadas e na elaboração de diretrizes políticas.<sup>2</sup>

Diante disso, o trabalho foi direcionado à depressão, já que em adolescentes parece estar mais frequente e ocorrendo cada vez mais cedo. No estudo Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project, conforme Olsson e von Knorring (1999), depressão maior foi reportada em 25% dos adultos com o início da patologia acontecendo antes dos dezoito anos de idade.<sup>3</sup>

O quadro clínico da depressão é considerado parecido nos adolescentes e adultos, possibilitando seu entendimento como fenômenos idênticos. No entanto, é importante destacar que a maioria dos autores na área dos transtornos depressivos na infância e na adolescência cita que os sintomas têm grande variabilidade de acordo com a faixa etária, explicitando a importância do processo de amadurecimento e desenvolvimento das distintas etapas do surgimento dos sinais e comportamentos depressivos, o que faz com que se acredite que existe caracterização sintomatológica predominante por idade.

Os adolescentes, em vez de mostrar o sentimento de tristeza, possuem ataques constantes de manifestações de detonação violenta e súbita de ira. Esses jovens têm humor irritado, anedonia, apatia e perda de interesse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, desvalia e culpa, além de, principalmente com os chamados equivalentes orgânicos como hipersônia, anorexia ou aumento de apetite, emagrecimento ou ganho de peso, isolamento e dificuldade de concentração por falta de atenção.

Outras características próprias desta fase são: prejuízo no desempenho escolar, baixa autoestima, queixas físicas (dor abdominal, fadiga e cefaleias), ideias e tentativas de suicídio e graves problemas de comportamento,



especialmente o uso abusivo de álcool e drogas. O entendimento do complexo envolvendo o assunto morte em adolescentes adiciona importância aos pensamentos recorrentes de falecimento e tentativas de ceifar a vida nos quadros depressivos deste grupo etário, com alto grau de vulnerabilidade.<sup>3</sup>

Dessa forma, com objetivo de adequar a atenção primária essa problemática, é mister o empenho de ações que enfatizem os caracteres de resiliência e saúde individual, familiar e coletiva, baseadas pela compreensão e identificação da sintomatologia.

As ações de prevenção de agravos à saúde do adolescente, independentemente do cenário de práticas, devem romper com as visões biomédica e tecnicista, que não consideram a integralidade do adolescente como ser em formação. Por isso as ações em saúde mental devem ser consideradas como algo transdisciplinar, pois os problemas psíquicos e emocionais que afetam o adolescente repercutem nas fases seguintes da sua vida.

## **PROBLEMA**

Diante da demanda trazida por líderes da comunidade como a diretora da escola de ensino médio, por ter havido casos de tentativa de suicídio por parte de um aluno, presente na região do Paracuri II, solicitou uma ajuda acerca da necessidade de maiores informações sobre os sinais e sintomas do transtorno depressivo em adolescentes. Vimos à oportunidade de intervir e realizar a apresentação deste tema de forma descomplicada buscando sanar as dúvidas e democratizar o conhecimento a cerca deste tema tão importante.

## **JUSTIFICATIVA**

Percebe-se que os cuidados diante de adolescentes acerca da saúde mental são essenciais para a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas. Visto que, episódios depressivos vêm ocorrendo mais cedo, surge a necessidade de direcionar uma maior atenção a esse grupo, para que se



necessário ocorra uma intervenção psicológica, ou psiquiátrica com antecedência.

## OBJETIVOS

### GERAIS:

Observa-se à necessidade de esclarecer os sinais e sintomas principais, e ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso orientando os adolescentes a buscar ajuda psicológica, para que futuramente esses indivíduos tornem-se adultos produtivos e mentalmente estáveis.

### ESPECÍFICOS:

Desenvolver habilidades clínicas frente a pacientes com transtornos de saúde mental.

Trabalhar o diálogo e a orientação a respeito de condutas saudáveis que melhoram a qualidade de vida.

Demonstrar formas de reconhecer sinais para buscar ajuda médica.

## METODOLOGIA

Neste trabalho buscamos realizar uma análise de artigos disponíveis na internet e revisões em literaturas acerca do tema central que é depressão na adolescência, seus sinais e sintomas, aspectos clínicos e relação social.

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Esse trabalho foi construído para tentar definir uma melhor abordagem sobre os diversos casos de episódios depressivos dos estudantes de ensino médio em uma escola, na tentativa de sanar as principais dúvidas relacionadas ao assunto.

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse projeto não visa nenhuma forma de lucro, e todos os participantes da proposta de intervenção o realizarão de maneira voluntária. O único objetivo desse trabalho é melhorar a qualidade de vida desses adolescentes



ao prevenir transtornos mentais, fortalecendo os fatores de proteção e melhorando as alternativas aos comportamentos de risco.

### **LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Na escola de segundo grau na região do Paracuri II, em Icoaraci.

### **PÚBLICO-ALVO**

O público-alvo desse trabalho são os adolescentes da rede pública de ensino médio.

### **METAS A SEREM ATINGIDAS**

Esperamos por meio desse projeto de intervenção esclarecer os sinais e sintomas característicos de depressão para adolescentes da região do Paracuri II, visando democratizar o acesso à informação em relação a este tema tão importante na atualidade e com isso reduzir os impactos físicos e sociais em adolescentes que possivelmente estejam passando pela depressão e careçam de mais informações e amparo.

### **RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO**

Por conta da atual pandemia de Covid-19, não foi possível fazer a intervenção na escola do Paracuri II. Porém, será descrito neste projeto o que eventualmente seria apresentado aos estudantes relacionando os principais fatores externos e internos que auxiliam no aparecimento de transtornos mentais, além de um breve resumo sobre o transtorno depressivo maior.

Depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante, abuso de substâncias, são consideradas as psicopatologias mais comuns na infância e na adolescência.<sup>4</sup>

A adolescência é um período de desenvolvimento marcado por múltiplos desafios e novos compromissos, o que produz um aumento na vulnerabilidade para o desenvolvimento de desordens psiquiátricas. Atributos individuais, familiares e da comunidade são possíveis fatores de risco. Essa diferença na categorização dos fatores nos ajuda a relacioná-los a duas dimensões psicopatológicas que agem como base para a identificação de possíveis transtornos: Internalização e externalização.<sup>5</sup>



A internalização, como o nome sugere, refere-se às manifestações de sintomas de ansiedade, depressão, somáticos e obsessivos, caracterizados por aspectos internos. Geralmente podendo ser causada por violência no âmbito familiar, a vivências de eventos traumáticos na dimensão pessoal e ao estilo paterno negativo. A externalização corresponde aos comportamentos agressivos, uso de substâncias, conduta antissocial e delinquência, comumente associados à exposição à violência em geral, situações estressoras e ao estilo paterno negativo.<sup>6</sup>

Relativos à individualidade estão as características do organismo, tais como gênero, idade, temperamento, personalidade e habilidades cognitivas. Essas características variáveis apresentam influência no desenvolvimento e prevalência de um ou outro transtorno psiquiátrico. Como por exemplo, os problemas internalizantes, como ansiedade e depressão, são mais comuns entre meninas adolescentes e os problemas externalizantes, como violação de regras e déficit de atenção/hiperatividade, são mais comuns nos meninos na primeira e na média infância.<sup>7</sup>

O modo de relação entre os pais e as ações de cunho educativo, a expressão do afeto e vínculo, fatores estressores familiares e presença de psicopatologia em algum ou ambos os pais denotam os meios inseridos esse jovem desde as questões emocionais ou sociais. Sendo assim, os hábitos dos genitores manifestados por negligência, desapego a disciplina necessária, omissão, afetividade negativa ou castigos desproporcionais estão associadas à presença de transtornos emocionais.

Para exemplificar, em um trabalho que analisou 48 adolescentes brasileiros mesclados em dois grupos (um era com 24 deles portando o diagnóstico de dependência química), foi averiguado que as atitudes dos pais socialmente indesejáveis estavam presentes no grupo de dependentes. Nesse grupo, a interação com os pais foi descrita como baseada na intromissão, no controle culposo, na autoridade, nas dificuldades de relacionamento e na inconsistência na disciplina.<sup>8</sup>

Percebe-se pelos parágrafos anteriores que a família é um fator de promoção da saúde psicológica, exatamente ao analisar a interrelação do binômio pais-filhos. Essas práticas de socialização organizam-se em torno das dimensões de apoio emocional, afeto e exigência, entendida como a



capacidade dos pais de oferecer suporte emocional e preocupação com o contentamento infantil, denotando comando e vigilância sobre o agir dos filhos, e das proporções de hostilidade/coerção, as quais se estabelecem pelos comportamentos opressores, falseados e sem regras.

Relativos à sociedade estão as condições ambientais básicas, como região de moradia, nutrição, violência urbana, acesso a cuidados básicos de saúde e saneamento básico. Certamente, diferenças na identificação da prevalência dos transtornos emocionais refletem, além de distintos delineamentos, questões contextuais dos grupos investigados.

As inquisições a respeito da violência comunitária apontam o surgimento de efeitos a curto e longo prazo, adentrando com mudanças fisiológicas e psicológicas. Crianças e adolescentes vítimas diretas e indiretas da violência comunitária manifestam primeiramente distúrbios do comportamento, agressividade, distúrbios do humor, e sintomas de estresse pós-traumático, como pesadelos, flashbacks, enfermidades e necessidade de reforços escolares relacionadas ao domínio da cognição. Por longo período, a exibição à violência foi conectada ao comportamento de raiva na juventude e a ligação com drogas e a polícia, além de depressão.

Eventos estressores também se constituem como vivências potencialmente associadas aos transtornos mentais. Dentre as dimensões avaliadas, tais como eventos sociais, familiares, pessoais, escolares e sexuais, algumas situações destacaram-se como mais frequentes. Os transtornos na relação com pais e irmãos, brigas com colegas no âmbito social e término de relacionamento amoroso no lado pessoal foram as condições de estresse com maior recidiva.

A ocorrência de eventos traumáticos ou estressores é comum durante o desenvolvimento humano, porém, o efeito cumulativo ao longo da vida de situações traumáticas intensifica as chances de manifestação de psicopatologia. Experiências de violência, condições de pobreza, rompimentos de vínculos familiares, mortes e doenças crônicas são algumas das situações caracterizadas como fatores de risco crônicos ou agudos para a ocorrência de transtornos mentais, principalmente considerando a intensidade e frequência.

O aspecto mais traumático disso são relativos as perdas familiares e história de abuso sexual, tanto quanto à severidade e número de vezes do



ocorrido. Esses achados constatam que problemas do dia a dia possuem grande frequência, envolvendo questões escolares e relações interpessoais com pares e familiares. Por outro lado, os eventos isolados e com menor frequência foram considerados de maior impacto, principalmente violência sexual, situações de liberdade limitada e de privações dos adolescentes. Em conjunto, esses dados apontam que situações traumáticas de maior intensidade, como separações, mortes e eventos de violência grave, devem receber imediata atenção pelos profissionais envolvidos nos diferentes contextos do jovem (escola, família, comunidade) em virtude de união com maior dano com o abalo psicológico.

Adolescentes com comportamentos agressivos possuem fraqueza no relacionamento com seus pais, o que é denotativo de uma teia familiar com suporte insuficiente. Da mesma maneira, o grande acesso à violência, além de apontar a presença de uma situação violenta, também permite engajamento enorme do adolescente com essa vertente de violência, incluindo brigas, atitudes violentas, porte de armas de fogo, etc.

O espectro da Depressivo Maior comporta uma condição básica de humor deprimido, desinteresse importante ou falta de prazer em todas (ou quase todas) atividades cotidianas, perda ou ganho substancial ponderal, alterações de sono e de psicomotricidade, astenia, sensação de desvalia e culpa, dificuldade de concentração. Para critérios diagnósticos, é mister a presença de pelo menos 5 dos sintomas acima explicitados, sendo obrigatório humor deprimido ou anedonia por período mínimo de duas semanas.

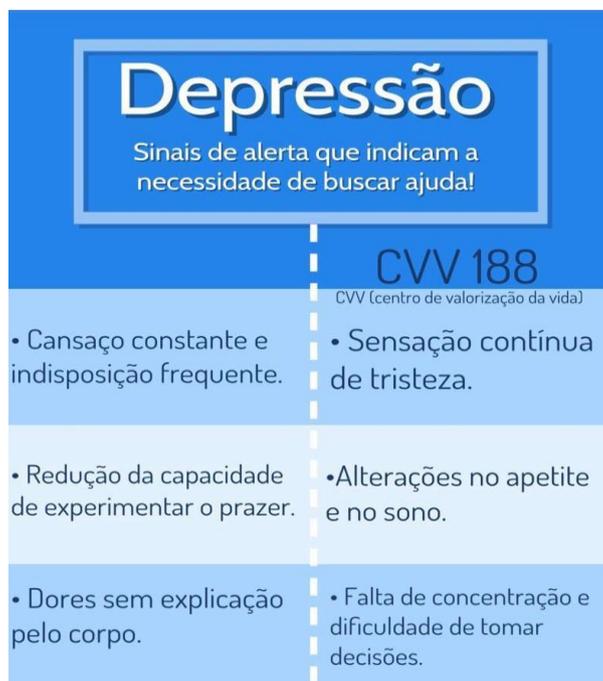
Além disso, o sofrimento clinicamente significativo, o prejuízo do funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo causados por esses sintomas citados no parágrafo anterior sem ter sua causa atribuídos pelos efeitos são os critérios que completam a base do diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior.

Considerando esses aspectos, as práticas parentais paternas de risco, a frequência e impacto dos eventos estressores, principalmente nas dimensões sociais e pessoais, a exposição à violência, tanto direta como indireta, e a presença de violência nos âmbitos familiar, comunitário, escolar e sexual correlacionaram-se com a manifestação de diagnóstico clínico. Pelos motivos supracitados, verifica-se que a dimensão das ações preventivas deve incluir



não somente a perspectiva individual do jovem, mas também aos sistemas proximais como família e escola, além dos sistemas distais como comunidade e sociedade.

### PRODUTO - PANFLETO



### REFERÊNCIAS

- 1-PINTO, Agnes Caroline Souza et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso)>. Access on 02 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000300022>.
- 2-BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, June 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600003&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600003>.
- 3-BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, Curitiba, June 2002. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3193/2556>>. Acesso em: 02 July 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3193>.
- 4-Angold, A., Costello, E., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87. doi:10.1111/1469-7610.00424
- 5-BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 15, n. 3, p. 321-332, Dec. 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-)



- 82712010000300006&lng=en&nrm=iso>.Access  
on 02 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300006>.
- 6-McLeod, J. D., Uemura, R., & Rohrman, S. (2012). Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. *Journal of health and social behavior*, 53(4), 482–497. <https://doi.org/10.1177/0022146512462888>
- 7-GAUY, Fabiana Vieira; ROCHA, Marina Monzanida. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 783-793, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000400009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400009&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 02 jul. 2020. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.4-09>.
- 8-BROECKER, Carla Zart; JOU, Graciela Inchausti de. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. *Psico-USF (Impr.)*, Itatiba, v. 12, n. 2, p. 269-279, Dec. 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712007000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000200015&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200015>.
- 9-BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília v. 21, n. 2, p. 52-61, June 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=en&nrm=iso)>.access on 02 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>



## 7

**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA PARA SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL NA USF PEDREIRINHA**

DOI: 10.36599/itac-ed1.097

Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque<sup>1</sup>  
José Dorcele Paiva Rabelo Júnior<sup>2</sup>  
Laís Miléo Gomes Sá<sup>2</sup>  
Luig Matias Barreiros Pires<sup>2</sup>  
Manuelle Pinto Sotero<sup>2</sup>  
Maria Laura Pereira Crisóstomo<sup>2</sup>  
Ricardo Piqueira de Andrade Acatauassú<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA), Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Docente do Curso de Medicina do CESUPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 3º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

Segundo o Fundo de Populações das Nações Unidas, quase a metade das gestações no Brasil não é planejada. Esse fato decorre de uma demanda não atendida por contraceptivos se encontrar em torno de 7 (sete) %, afetando mais de quatro milhões de mulheres em idade reprodutiva.<sup>1</sup> Ademais, a utilização de métodos contraceptivos é indispensável à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis que, a cada dia, acresce um milhão de novos casos, de acordo com a ONU.<sup>2</sup>

Apesar da atenção em saúde sexual e reprodutiva ser uma das áreas de atenção de maior prioridade da Atenção Básica à Saúde, os profissionais de saúde sentem dificuldades de abordar assuntos relacionados à saúde sexual, por ser uma questão ainda marcada por preconceitos e tabus, e eles não se sentem preparados ou apresentam desconforto em lidar com o tema.<sup>3</sup>

Sob essa ótica, Pinheiro (2016, p. 17)<sup>4</sup> afirma:

“Os impasses na condução de ações de promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva podem estar associados ao contexto histórico, cultural e estrutural de nossa sociedade. Julgamentos morais, o tabu do sexo e da sexualidade, relação de gênero e valores religiosos, intrínsecos à nossa cultura social, podem interferir nas condutas do profissional e no constrangimento dos usuários em abordar questões sexuais.”



Da mesma forma, a falta de disponibilização de métodos contraceptivos no Sistema Único de Saúde, corrobora na violação do planejamento reprodutivo, ou seja, no direito que as pessoas têm de planejar a vida de acordo com as suas necessidades, sendo assim, é imprescindível que a sociedade tenha acesso a informações, meios, métodos e técnicas de contracepção. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem possuir uma infraestrutura adequada, dotada de recursos materiais e insumos suficientes para garantir o direito do cidadão ao sexo seguro e a possibilidade de escolha de uma gravidez planejada ou a sua prevenção, contribuindo para a proteção dos direitos sexuais e reprodutivos dos cidadãos.<sup>3</sup>

Nesse diapasão, embora as últimas décadas tenham proporcionado o aumento de normatizações referentes ao direito sexual e ao direito reprodutivo, orientados pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, com o intuito de resguardar esses direitos da melhor forma possível, infelizmente, a realidade é completamente diferente, conforme podemos vislumbrar pelos dados acima expostos.

Devido a atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva ser uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde, tendo como estratégia prioritária a Saúde da Família, é fundamental o papel que as equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) contêm na promoção desses eixos. Por conta da sua atuação ser limitada a um território e a uma população adscrita, é imprescindível que a equipe multiprofissional da referida unidade conheça as peculiaridades da comunidade local, com intuito de proporcionar um serviço de qualidade.

Nestes termos, a Política Nacional de Atenção Básica<sup>5</sup> dispõe sobre os objetivos das diretrizes de territorialização e adscrição da seguinte forma:

“Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.”



Diante disso, a oferta de ações coletivas pertinentes a educação sexual e reprodutiva é indispensável para avaliar o conhecimento que a sociedade possui sobre os aludidos temas e, ao mesmo tempo, oferecer informações necessárias acerca do assunto, com o afã de sanar todas as dúvidas que venham a existir. Portanto, esse será o enfoque do presente trabalho.

## OBJETIVOS

Analisar o conhecimento prévio dos pacientes presentes na UBS Pedreirinha sobre saúde sexual e saúde reprodutiva.

Realizar atividades educativas pautadas na compreensão do funcionamento dos métodos contraceptivos e sua importância para a saúde sexual.

Informar sobre importância do planejamento reprodutivo à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos.

## METODOLOGIA

O seguinte trabalho seguiu os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando a resolução 466/12 estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde, que buscam garantir a segurança dos seres humanos presentes na pesquisa e realizado após aprovação pelo orientador do trabalho e pelos próprios pesquisados por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este trabalho foi realizado em Belém, capital do Estado do Pará, e caracteriza-se como pesquisa-ação, transversal, consistindo em aplicação de questionário e coleta de dados dos participantes presentes em uma unidade de saúde metropolitana, sendo esta, a Unidade de Saúde da Família Pedreirinha (localizada no bairro da Guanabara, Ananindeua/Pará), no período de março a julho de 2020.

A casuística foi feita após a aplicação de palestras e levantamento de dados obtidos pelos questionários sobre aspectos da saúde sexual e reprodutiva dos participantes, presentes na Unidade de Saúde da Família Pedreirinha, durante o primeiro semestre do ano de 2020, com a participação e



aceitação de 12 pessoas. Deste modo, estimou-se um número de 30 participantes para o período e local alvos do estudo.

Foram incluídos no estudo os pacientes presentes na unidade, sendo estes do sexo masculino ou feminino, na faixa etária de 15 a 60 anos e que aceitaram participar da pesquisa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram excluídos àqueles que não estavam presentes no momento de aplicação dos questionários ou que se recusaram a participar do projeto.

Estes pacientes foram submetidos a realização de questionários impressos distribuídos pelos estudantes de medicina e que abordavam aspectos contraceptivos e sexuais de saúde. Os dados foram retirados de acordo com o protocolo estabelecido pelos autores da pesquisa e validados pelo orientador.

Nos resultados, consta-se as respostas marcadas pelos participantes nas 10 perguntas propostas sobre planejamento reprodutivo, tipos, funções e locais de obtenção dos métodos contraceptivos.

## RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo poderá acarretar como risco, devido às informações requeridas nos questionários, o constrangimento dos pacientes pesquisados devido ao conteúdo íntimo das questões, sendo que estes puderam optar por desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum tipo de retaliação. Também pode acarretar uma memória de traumas ou abusos sexuais decorrentes da leitura das perguntas ou das palestras educativas propostas.

Os estudantes pesquisadores, entretanto, esclareceram que a identidade dos pacientes não será velada e que as informações serão de uso exclusivo a estudos científicos. Além disso, a coleta e análise dos dados foi realizada pelos próprios pesquisadores sem qualquer comunicação a pessoas não participantes do projeto sobre o cunho da pesquisa.

Em contrapartida, o presente estudo oferece como benefício aos participantes e pacientes da USF Pedreirinha, a possibilidade de adoção de melhorias nas condutas, pelos profissionais da saúde, no manejo tangente à



saúde sexual ou reprodutiva. Além disso, os pacientes foram expostos a um maior nível de conhecimento advindo das palestras educativas sobre o uso e benefícios dos métodos contraceptivos, acarretando maiores chances a redução de doenças relacionadas à reprodução.

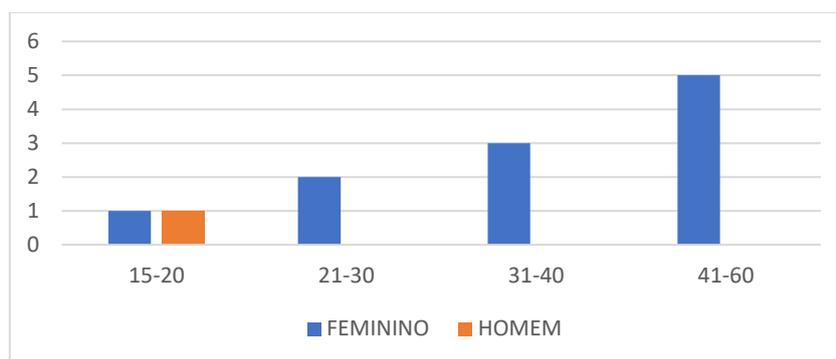
A seguinte pesquisa ofereceu como risco aos pesquisadores, o não aceite dos pacientes à aplicação dos questionários e que acarretaria numa ampliação do tempo proposto à análise do trabalho. Considera-se ainda, o risco de interpretações negativas, por parte dos pacientes, das perguntas de caráter reprodutivo e sexual e da finalidade educativa das mesmas, o que poderia acarretar num desentendimento ou agressões por essa população estudada.

Como benefício, os pesquisadores incrementaram seu conhecimento acerca da realidade referente à educação sexual e reprodutiva da região metropolitana de Ananindeua-Pará, bem como a possibilidade de enriquecimento curricular por publicação do seguinte estudo em congressos e revistas.

O estudo, por fim, oferece risco à comunidade geral a científica, a possibilidade da alteração ou manipulação dos dados e, assim, não serem confiáveis. Para prevenir esse risco, foram desconsiderados na pesquisa, pacientes que não responderam ao questionário no período alvo do estudo, assim como o compromisso dos participantes da pesquisa em apresentarem fielmente os dados coletados. Como benefícios, os dados obtidos corroborarão para que sejam elaboradas políticas públicas, atividades preventivas, e humanização adequadas para o manejo dos pacientes, visando a redução de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis no estado do Pará. E, também, o incremento da literatura científica acerca deste assunto.



## RESULTADOS

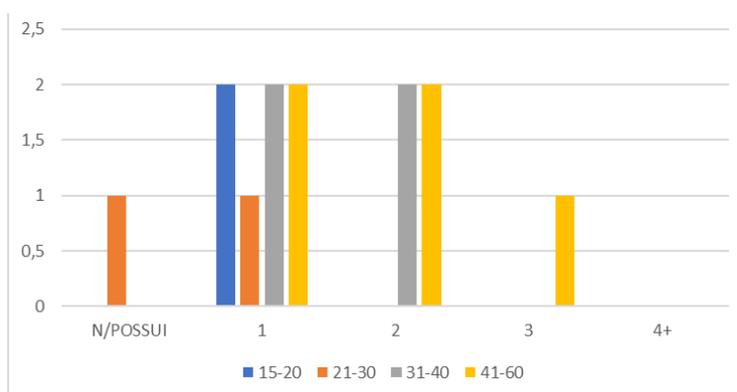


**FIGURA 1** – Identificação do perfil dos participantes da ação sobre saúde reprodutiva quanto a sexo e a idade. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 1** – Identificação do perfil dos participantes da ação sobre saúde reprodutiva quanto a sexo e a idade.

IDADE	MULHER	HOMEM
15-20	1	1
21-30	2	0
31-40	3	0
41-60	5	0

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

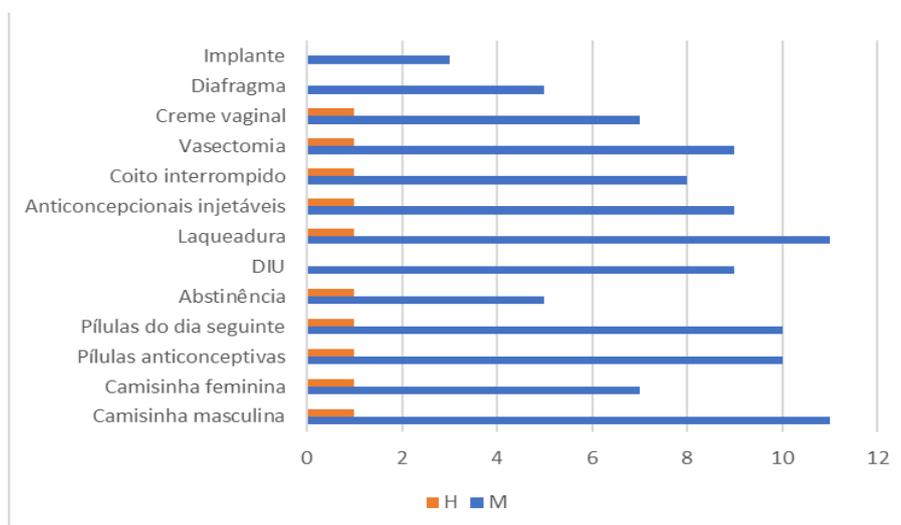


**FIGURA 2**– Quantificação do número de filhos por faixa etária. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 2**– Quantificação do número de filhos por faixa etária.

FILHOS	15-20	21-30	31-40	41-60
NÃO POSSUI	0	1	0	0
1	2	1	2	2
2	0	0	2	2
3	0	0	0	1
4+	0	0	0	0

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

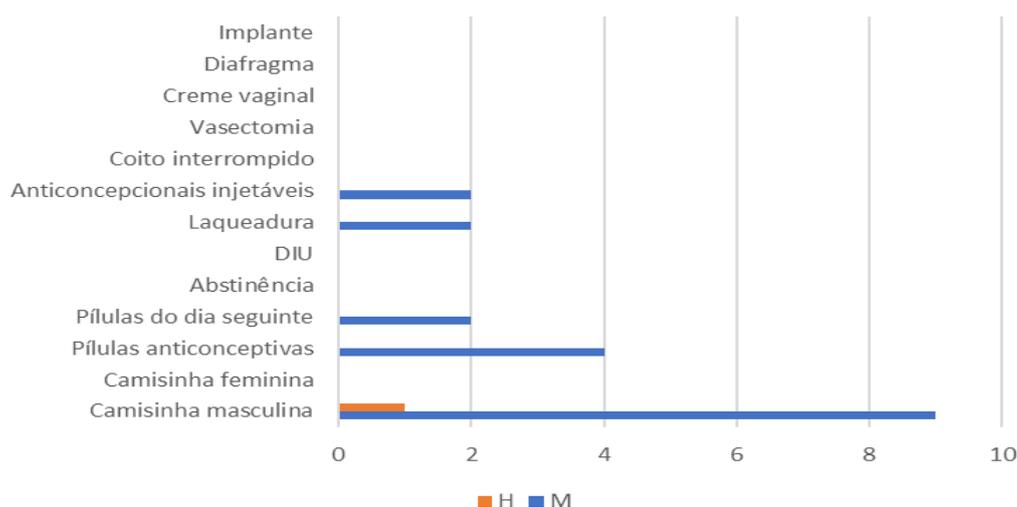


**FIGURA 3** - Métodos contraceptivos conhecidos pelos participantes segundo a idade e sexo. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 3** - Métodos contraceptivos conhecidos pelos participantes segundo a idade e sexo.

METODOS CONHECIDOS	M	H
Camisinha masculina	11	1
Camisinha feminina	7	1
Pílulas anticonceptivas	10	1
Pílulas do dia seguinte	10	1
Abstinência	5	1
DIU	9	0
Laqueadura	11	1
Anticoncepcionais injetáveis	9	1
Coito interrompido	8	1
Vasectomia	9	1
Creme vaginal	7	1
Diafragma	5	0
Implante	3	0

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.



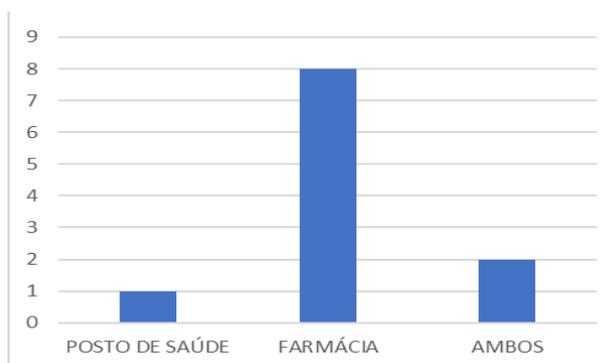
**FIGURA 4** – Métodos utilizados pelos participantes segundo sexo e idade. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 4** – Métodos utilizados pelos participantes segundo sexo e idade.

METODOS UTILIZADOS	M	H
Camisinha masculina	9	1
Camisinha feminina		

Pílulas anticoncepcionais	4	
Pílulas do dia seguinte	2	
Abstinência		
DIU		
Laqueadura	2	
Anticoncepcionais injetáveis	2	
Coito interrompido		
Vasectomia		
Creme vaginal		
Diafragma		
Implante		

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

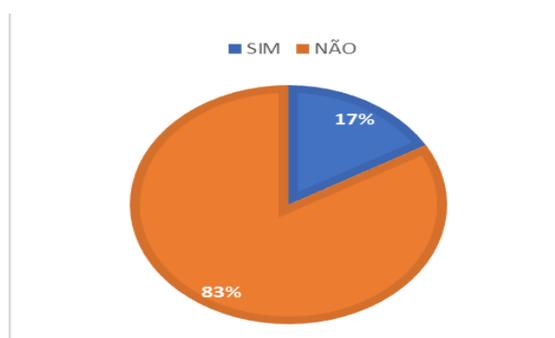


**FIGURA 5** – Local de aquisição dos métodos contraceptivos em uso. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 5** – Local de aquisição dos métodos contraceptivos em uso.

LOCAL DE AQUISIÇÃO DOS METODOS EM USO	
POSTO DE SAÚDE	1
FARMÁCIA	8
AMBOS	2

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

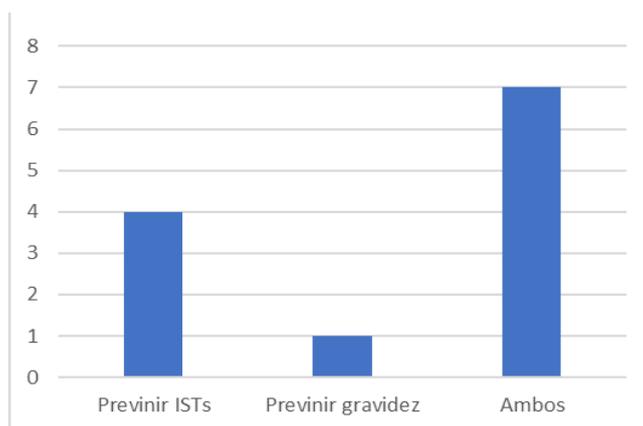


**FIGURA 6** – Métodos contraceptivos desaprovados por um dos parceiros. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 6** – Métodos contraceptivos desaprovados por um dos parceiros.

METODOS DESAPROVADOS POR PARCEIROS	
SIM	2
NÃO	10

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

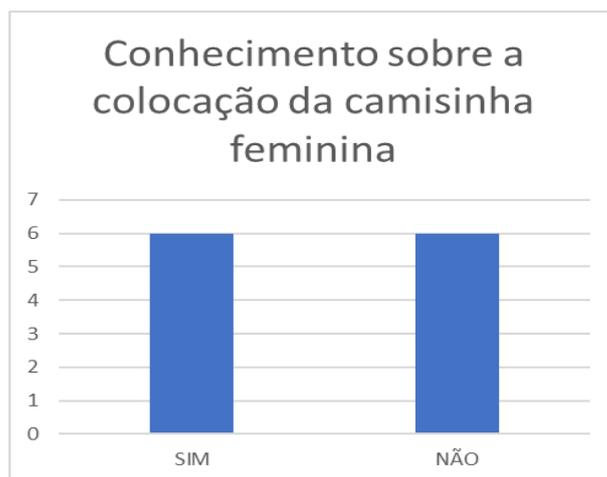


**FIGURA 7** – Conhecimento sobre a função da camisinha masculina. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 7-** Conhecimento sobre a função da camisinha masculina.

CONHECIMENTO SOBRE FUNÇÃO DA CAMISINHA MASCULINA	
Prevenir ISTs	4
Prevenir gravidez	1
Ambos	7

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.



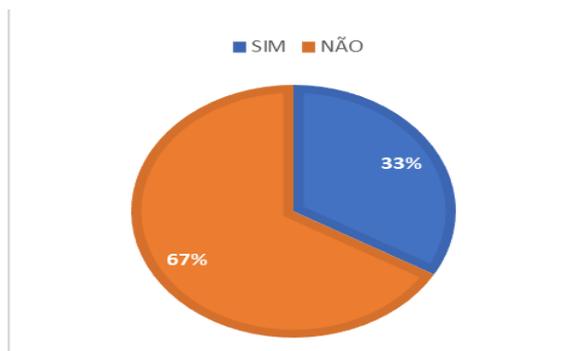
**FIGURA 8** – Conhecimento sobre a colocação da camisinha feminina. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 8** – Conhecimento sobre a colocação da camisinha feminina.

CONHECIMENTO SOBRE A COLOCAÇÃO DA CAMISINHA FEMININA	
SIM	6
NÃO	6

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.



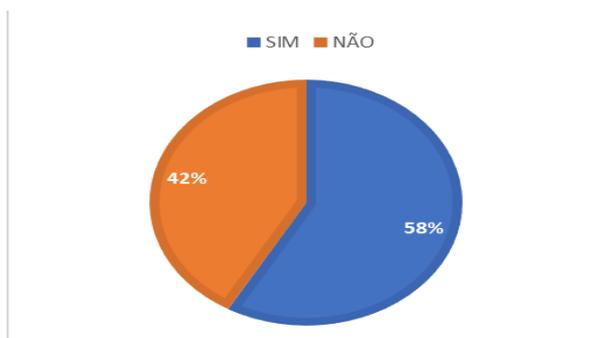


**FIGURA 9**– Desejo de mulheres na concepção de mais um filho(a). Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 9**– Desejo de mulheres na concepção de mais um filho(a) .

DESEJO POR CONCEBER MAIS UM FILHO(A)	PARTICIPANTE
SIM	4
NÃO	8

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

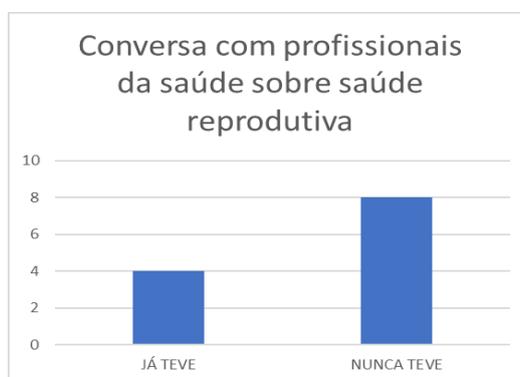


**FIGURA 10** – Consenso do casal quanto a quantidade de filhos. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 10**– Consenso do casal quanto a quantidade de filhos.

CONSENSO QUANTO A QUANTIDADE DE FILHOS	PARTICIPANTES
SIM	7
NÃO	5

Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.



**FIGURA 11** – Indivíduos que já tiveram uma discussão com profissionais da área da saúde a respeito do assunto saúde reprodutiva. Fonte: protocolo de pesquisa, 2020.

**QUADRO 11**– Indivíduos que já tiveram uma discussão com profissionais da área da saúde a respeito do assunto saúde reprodutiva.

<b>CONVERSA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE SAÚDE REPRODUTÓRIA</b>	
JÁ TEVE	4
NUNCA TEVE	8

Fonte: protocolos de pesquisa, 2020.

## DISCUSSÃO

A Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos,<sup>6</sup> foi responsável por tornar a atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva como uma das áreas de atuação prioritária na Atenção Básica à saúde, visando a tutela dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse contexto, apesar dos direitos sexuais e reprodutivos terem sido reconhecidos mundialmente como direitos humanos, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em meados de 1948, eles somente conseguiram conquistar uma proteção acentuada no âmbito da saúde quase sessenta anos depois, por meio da referida Política Nacional.<sup>3</sup>

A partir de então, inúmeros outros documentos proporcionaram grandes avanços na legislação internacional e nacional em relação ao âmbito sexual e reprodutivo. No que se refere aos marcos referenciais internacionais, duas conferências promovidas ONU merecem importância, sendo estas, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e IV Conferência Mundial sobre a mulher (NACIONES UNIDAS, 1995 apud BRASIL, 2013).<sup>3</sup>

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, ao definir os direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, os consagrou como essenciais à dignidade humana, e com isso, abdicou da ideia desses direitos estarem pautados no controle populacional, como forma de combater as desigualdades e a pobreza.

Nestes termos, a CIPD dispõe os direitos reprodutivos da seguinte forma:

“Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de



saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.”<sup>3</sup>

Em seguida, realizou-se a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing no ano de 1995, em que se ratificou os preceitos constituídos na Conferência de Cairo, e assim, corroborou para o progresso da definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.<sup>3</sup> Desse modo, em seu parágrafo 96, conceituou os direitos sexuais nesses termos:

“Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências.”<sup>3</sup>

No âmbito nacional, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos tiveram como marco referencial inicial, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984). Elaborado pelo Ministério da Saúde, esse programa, apesar de não ter sido efetivamente implementado, serviu como base para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher por criar um novo paradigma nas políticas públicas direcionadas a esse segmento da população, pois foi o responsável por descentralizar as ações de saúde ao preconizar a necessidade de uma abordagem global em todas as fases do ciclo de vida da mulher, se opondo ao ideário da época que estava pautado numa atuação quase exclusivamente para o ciclo gravídico-puerperal.<sup>7</sup>

Com o advento da Constituição Federal de 1988<sup>8</sup>, se ampliou os direitos reprodutivos ao dispor sobre o planejamento familiar no § 7º do art. 226:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.”

Em seguida promulgou-se a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Determina em seu art. 2º:

“Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de



constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.”<sup>9</sup>

Ainda sobre o planejamento família, a mesma Lei, em seu art. 9º, estipula:

“Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.”<sup>9</sup>

Em 2004, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que “reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis”.<sup>10</sup>

Essa Política Nacional tem como finalidade:

[...] consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Com base nesse conjunto de documento nacionais e internacionais, foi possível, em 2005, a concepção da Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, responsável pela concepção por estabelecer as diretrizes que visem “garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar”.<sup>10</sup>

Tendo conhecimento a respeito do processo de conquista da área de saúde reprodutiva e sexual, percebe-se que são políticas recentes e que estão começando a ter um impacto maior na sociedade brasileira atual. Por isso, com a pesquisa realizada na USF Pedreirinha, no bairro da Guanabara, Ananindeua-PA, através de um questionário distribuído aos indivíduos presentes na unidade, foi possível observar à falta de informação presente na região, assim como a discordância entre os parceiros a respeito da utilização de métodos contraceptivos, a divergência do consenso quanto à quantidade de filhos e a falta de comunicação entre o médico e o paciente.



Primeiramente, quanto a questão da desinformação vários pontos precisam ser destacados, como pode ser observado nos resultados obtidos a minoria dos participantes conhece o método contraceptivo denominado Implante, somente 3 mulheres afirmaram conhecê-lo, e nenhum homem conseguiu identificá-lo (Quadro 3). Esses resultados também são encontrados pela TANCO no Brasil, de acordo com as pesquisas feitas 15% das participantes “nunca ouviram falar” de Implante Hormonal, sendo o segundo método com a maior porcentagem nessa categoria, dentre os pesquisados. Além disso, 31% deste mesmo grupo só “ouviram falar” sobre este contraceptivo, e afirmam não possuir informações suficientes a respeito do assunto. Assim, observa-se que o desconhecimento a respeito do método não é localizado em uma única região do país, e sim, no Brasil como um todo.<sup>11</sup>

Além disso, cerca de 92% dos participantes refere a utilização da camisinha masculina (Figura 4), e a maioria afirmava sua aquisição em farmácias, enquanto estes estão disponíveis no próprio posto de saúde gratuitamente (Tabela 5). Este quadro é visualizado em diversas literaturas, nas diversas esferas sociais, podendo ser observada na pesquisa feita por Espírito-Santo e Tavares-Neto (2004),<sup>12</sup> realizada em uma comunidade rural da Bahia, na qual foi referida a utilização da camisinha masculina por 98,9% dos participantes como principal método contraceptivo. Acredita-se que isso ocorre pela maior disseminação da informação a respeito da camisinha masculina, sendo esta realizada através dos mais variados meios de comunicação, além do próprio meio familiar e escolar. Essa difusão de conhecimento quanto à disponibilidade do preservativo de forma gratuita nas unidades de saúde não se mostra eficaz na UBS Pedreirinha, o que justifica a aquisição em maior quantidade em outros ambientes.

Apesar de ser o método mais conhecido e usado, quase metade dos participantes desconhece a função da camisinha masculina em sua totalidade (prevenção contra ISTs e a gravidez), o que pode ser observado na Tabela e Figura 7. Esse resultado é contrário ao da pesquisa feita por Espírito-Santo e Tavares-Neto (2004), na qual 64,2% dos participantes afirmam conhecer os mecanismos de ação do método referido. Essa divergência pode ocorrer devido a diferenças na coleta de dados entre as pesquisas, assim como pela diferença de gênero predominante nestas, tendo, no atual documento,



predomínio do sexo feminino, enquanto a outra coleta de dados foi realizada somente por participantes do sexo masculino. Além disso, há diferenças culturais, sociais e econômicas envolvidas, tendo em vista que a população escolhida para o estudo mencionado a do povoado de Cavunge, no Município de Ipecaetá, na Bahia.

Ao contrário da camisinha masculina, a feminina não é utilizada por nenhum dos participantes da pesquisa (Tabela 4), apesar de ser um método reconhecido por mais da metade desses integrantes (Figura 3). O padrão encontrado na UBS Pedreirinha pode ser decorrente da falta de informação a respeito desse método na região, além da não disponibilidade gratuita pelo SUS, o difícil acesso e ter um preço mais alto se comparado a camisinha masculina.

Outro dado alarmante que pode ser analisado através dessa coleta de dados é a falta de conhecimento acerca da correta colocação da camisinha feminina, o que deveria ser amplamente divulgado e reconhecido, assim como no caso da camisinha masculina, mas que, no entanto, não ocorre. Somente cerca de 50% dos participantes da pesquisa sabia a correta aplicação deste método contraceptivo (Tabela 8). Esses dados divergem de grande parte das literaturas encontradas, a pesquisa feita por Andrade et al. (2015)<sup>13</sup> afirma que 48.6% das participantes possuíam um conhecimento moderado a respeito da camisinha feminina e 97.1% possuíam prática inadequada do uso da camisinha, não sabendo como colocá-la de forma correta. Isso mostra que os integrantes da pesquisa da UBS Pedreirinha possuem uma prática melhor que a média analisada em outros documentos. Dessa maneira, pode-se dizer que a população analisada possui uma melhora no acesso à informação relacionados ao assunto, principalmente se comparado com outras regiões brasileiras, e isso traz diversos benefícios para a população, por ser mais um método que pode ser utilizado para prevenção de IST's e da gravidez.

Com base na discussão e dados expostos, críticas sobre a falta de educação sexual na escola, na família e no próprio consultório médico, são fortalecidas por serem insuficientes. Sem o conhecimento total a respeito dos métodos disponíveis para o uso, onde podem ser adquiridos, quais são seus benefícios e malefício e a correta forma de aplicação, os direitos dessa população se encontram negligenciados, assim como as leis e seus artigos



mencionados anteriormente, pois, assim, o indivíduo não possui todos os dados necessários para uma escolha consciente de que método pode ser usado, o qual pode ser aplicado em seu planejamento familiar.

A respeito do planejamento familiar, além da negligência já mencionada, e a falta de orientação médico-paciente (Figura 11), algumas divergências e concordâncias entre os parceiros podem ser observadas. De acordo com a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, a mulher deve ter direito ao controle de decidir livre e responsabilmente sobre as questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência, além de uma relação igualitária e de respeito. No entanto, com as respostas obtidas através do formulário, mais de 58% dos participantes não entraram em consenso com seu parceiro a respeito do número de filhos (Tabela 10). Por outro lado, grande parte dos casais concordam com a utilização do método contraceptivo por eles escolhido, somente 2 casos de discordância nesse aspecto, sendo um ponto positivo (Tabela 6).

Por fim, através da discussão feita nesse material, é possível concluir que, apesar dos avanços do Brasil frente à saúde reprodutiva e sexual, ainda há uma grande lacuna na área da educação sobre esse assunto em todos os âmbitos sociais, afinal a escola, a família e até os profissionais da área da saúde não abordam esse tipo de assunto, ou não o fazem com a frequência e qualidade que deveriam, sendo este o principal desafio a ser combatido.

## CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos neste projeto, pode-se concluir que a promoção eficaz da atenção em saúde sexual e reprodutiva se faz indispensável para o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária, planejamento familiar e da contracepção auto decidida. Apesar de vários desafios, os investimentos na ampliação do acesso a informações corretas, linguagem clara e apropriada com abordagem desconstruídas de tabus, serviços, ações de promoção e atenção à saúde e recursos materiais de saúde reprodutiva tem surtido um



impacto positivo, de modo que a tendência atual de redução de partos entre mulheres jovens vem sendo observada.

Assim, para garantir uma vida sexual saudável como um direito fundamental é imprescindível a iniciativa e o empenho dos profissionais de saúde para abordar o tema acerca da sexualidade de forma natural, respeitando a individualidade de cada paciente, de maneira a normalizar a busca pela conciliação entre segurança e prazer na vivência sexual desde a adolescência, visto que é a fase de descoberta do desejo sexual instintivo, a qual demanda orientações sobre o funcionamento dos métodos de proteção, e assim, possibilitando prevenir os riscos de contágio de infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada.

Ao procurar um serviço de saúde em busca de proteção sexual, as pessoas devem ser devidamente orientadas sobre todos os aspectos da sua sexualidade, onde é preciso serem esclarecidos todos os métodos para contracepção e anticoncepção incluindo suas vantagens e desvantagens, além de reparar todas as dúvidas acerca dos mesmos para que possam optar pelo qual ou quais desejam adotar, garantindo a autonomia individual sem qualquer coesão. Os dados obtidos sugerem que a assistência em planejamento familiar, muitas vezes, não possibilita as mulheres o conhecimento da diversidade dos anticoncepcionais. De acordo com o referencial que define a instrução de qualidade em planejamento familiar, os pacientes devem estar bem informados sobre todas as alternativas de meios de anticoncepção, promovendo assim a participação ativa dos mesmos na escolha do método.

Desse modo, salienta-se a necessidade de capacitação em planejamento reprodutivo para os profissionais da Unidade de Saúde da Família, objetivando que a assistência de anticoncepção seja pautada no fornecimento de conhecimento das indicações, contraindicações, implicações de uso de cada meio usado para prevenir a gravidez, além de incremento na oferta de ações educativas em grupo para os pacientes, com a participação esperada tanto de mulheres quanto homens. A abordagem desse assunto na estratégia de saúde da família implica melhores indicadores, como redução da gravidez precoce, redução de casos de doenças sexualmente transmissíveis, mães bem preparadas e, menor abandono de recém-nascidos, entre outros.



PRODUTO

**CONHEÇA OS PRINCIPAIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS**

- † Camisinha Masculina\*
- † Camisinha Feminina\*
- † Pilulas Anticoncepcionais
- † Pilula do dia seguinte
- † Dispositivo Intra Uterino (DIU)
- † Laqueadura
- † Anticoncepcionais injetáveis
- † Vasectomia
- † Diafragma
- † Implantes

**1**  

 Retire cuidadosamente a embalagem com a mão e retire a camisinha.

**2**  

 Desmantele a camisinha até a base do pênis, segurando a ponta para evitar o ar.

**3**  

 Depois da relação, retire a camisinha do pênis ainda duro, com cuidado, sem não usar.

**4**  

 Use a camisinha uma só vez. Depois de usada, coloque-a no lixo e não reutilize.

**5**  

 Segure a argola com o polegar e o indicador.

**6**  

 Aperte a argola e introduza na vagina com o dedo indicador.

**7**  

 Enrole-o com o dedo indicador.

**8**  

 A argola maior fica para fora da vagina, isso aumenta a proteção.

ORIENTAÇÕES SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

USF PEDREIRINHA



### Você sabe o que é saúde reprodutiva?

É evidente que a concepção de uma família envolve fatores associados ao homem e à mulher. Desse modo, é importante que seja abordado, de forma abrangente, o planejamento reprodutivo (escolha quanto a ter ou não ter filhos) como forma de promover a saúde reprodutiva da população

### Como promover a saúde reprodutiva?

É dever dos profissionais de saúde compreender as expectativas das pessoas, em relação à reprodução, e ajudá-las a concretizarem suas expectativas. Para tanto, deve-se levar em consideração também a corresponsabilidade do HOMEM no envolvimento das ações de saúde sexual e reprodutiva. Desse modo, para promover a saúde reprodutiva deve-se aplicar: o aconselhamento, atividades clínicas e educativas

### A anticoncepção como forma de promoção da saúde

A anticoncepção é compreendida como o uso de métodos que previnam a gravidez e, principalmente, a aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), como a AIDS e Sífilis. Para tanto, deve ser oferecido diferentes opções de métodos para todas as etapas da vida reprodutiva e a preferência pela escolha na dupla proteção (Ex. camisinha + anticoncepcional)

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Podem ser temporários ou definitivos (laqueadura e vasectomia)

### Temporários

#### ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS ORAIS

- ✓ Os anticoncepcionais orais combinados contêm dois hormônios sintéticos, o estrogênio e o progesterônio, semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher
- ✓ Podem ser de baixa dosagem (+ indicada como primeira opção)
  - COMO USAR
  - 1. No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no primeiro dia do ciclo menstrual ou, no máximo, até o quinto dia
  - 2. A seguir, a usuária deve ingerir um comprimido por dia até o término da cartela, preferencialmente no mesmo horário
  - 3. Ao final da cartela, se a cartela for de 21 comprimidos, fazer pausa de sete dias e iniciar nova cartela no oitavo dia.
  - 4. Se esquecer de tomar uma pilula, tomar a pilula esquecida imediatamente e a pilula regular no horário habitual. Tomar o restante regularmente, uma a cada dia.



#### INJETÁVEIS

O tipo mensal leva estrogênio e progesterônio. Já o trimestral só tem progesterona sintética. Essa última pode causar irregularidade do ciclo e inchaço. Ambas são injeções intramusculares aplicadas no braço ou nas nádegas.

#### ANEL VAGINAL

Ele deve ser inserido pela própria mulher, não interfere nas relações sexuais e tem baixa incidência de efeitos colaterais

#### ADESIVO

Devem ser colados na pele semanalmente durante 21 dias, perto do abdômen, coxa, nádegas, ou costas. As doses de estrogênio e progesterônio são liberadas aos poucos. Eles são eficazes e fáceis de usar, mas algumas mulheres se incomodam com a possibilidade de se desprender.

#### DIU DE COBRE

O dispositivo é colocado no útero por um especialista e dura até cinco anos. Seu trunfo é tornar o útero um ambiente hostil aos espermatozoides, dificultando a movimentação deles em direção ao óvulo. contato do dispositivo com o endométrio gera um pequeno processo inflamatório que impede que o óvulo grude ali, caso seja fecundado

#### DIU COM HORMÔNIO

Dificulta a movimentação dos espermatozoides e libera hormônio progesteragênico, que inibe o crescimento do endométrio.

#### DIAFRAGMA

É um anel flexível, coberto por uma fina membrana de borracha. Introduzido na cavidade vaginal, forma uma espécie de tampa protetora do colo do útero, impedindo a passagem dos espermatozoides. Usado com espermicida, deve ser introduzido entre 15 e 30 minutos antes da relação, e retirado de 6 a 8 horas depois.

#### CAMISINHA FEMININA\*

Deve ser introduzida de forma semelhante ao diafragma e retirada após a relação.

#### CAMISINHA MASCULINA

Colocar antes da relação, e não depois que a penetração já ocorreu. É o método mais eficiente contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis

## REFERÊNCIAS

1. UNFPA. O SUS e a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil. 2013. Acesso em: 08/07/2020. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub\\_sus.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pub_sus.pdf)
2. OPAS, Brasil. A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis, 2019. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812). Acesso em 06/03/2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília:



- Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf). Acesso em: 26/02/2020.
4. PINHEIRO, Anna Christina Da Cunha Martins et al. Promoção da saúde sexual de adolescentes na perspectiva dos profissionais de saúde da Atenção Primária de Belo Horizonte. 2016. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2016.
  5. BRASIL, Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436, de 21 set. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250693.html>. Acesso em 26/02/2020
  6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em:25/02/2020
  7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 27/02/2020.
  8. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.
  9. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm). Acesso em: 12/06/2020
  10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf). Acesso em 26/02/2020.
  11. MACHADO, Rogério Bonassi et al. Different Perceptions among Women and Their Physicians Regarding Contraceptive Counseling: Results from the TANCO Survey in Brazil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 255-265, May 2020. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712145>. Access on 14 July 2020.
  12. ESPIRITO-SANTO, D.C; TAVARES-NETO, J. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 562-569, Abri 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200025&lng=en&nrm=iso). Acesso em 14/07/2020.
  13. ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-371, June 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000300364&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300364&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 July 2020.



## 8

## RECICLAGEM COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL E ALÍVIO DO ESTRESSE NA PANDEMIA DE COVID

DOI: 10.36599/itac-ed1.098

Cláudia Marques Santa Rosa Malcher<sup>1</sup>  
Ana Josefina Gonçalves Salomão<sup>2</sup>  
Luiza da Costa Barbosa<sup>2</sup>  
Samya Cristina de Souza Calixto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Doutora em Oncologia e Ciências Médicas (PPGOCM/UFPA) e Mestre em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFPA). Tutora, Supervisora e Conteudista do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade do Estado do Pará (UEPA).

<sup>2</sup> Graduandos do 4º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

A reciclagem consiste na transformação de objetos e materiais usados em novos produtos para que seu uso seja possível mais de uma vez.<sup>1</sup> Por outro lado, na reutilização não há transformação da matéria prima, a qual já está pronta e apenas mudará de propósito.<sup>2</sup> O ato de reciclar se fez uma atividade necessária uma vez que a produção de lixo é inerente a existência humana e que sua prática contribui para a resolução de diversas problemáticas causadas pelo acúmulo de resíduos no meio ambiente.<sup>3</sup> Sendo assim, observa-se a reciclagem como uma estratégia de colaboração com a educação ambiental, visando a induzir dinâmicas sociais cada vez mais amplas e que promovem uma abordagem colaborativa e crítica das realidades socioambientais e possíveis soluções criativas para os problemas que são apresentados por elas.<sup>4</sup> Com essa ação se prolonga então a vida útil do produto atribuindo mais tempo de uso, diminuindo o descarte e produção e possibilitando olhares criativos para seu reaproveitamento.

Nesse contexto, é interessante considerar que o tratamento de resíduos sólidos também consiste em um conjunto de princípios, objetivos, instrumentos, diretrizes, metas e ações adotados pelo Governo Federal na lei



no 12.305, de acordo com a Política Nacional de Resíduos Sólidos,<sup>5</sup> que solitariamente ou com ajuda dos Estados, Distrito Federal, Municípios ou arredores, alcança objetivamente a gestão interligada e a administração ambientalmente correta juntamente com a aprovação do resíduo sólido reutilizável e reciclável como um bem econômico, sustentável e de aplicabilidade social, produtor de trabalho e rendimento e agente da cidadania, com merecido destaque no reconhecimento como uma estratégia de educação ambiental.<sup>6</sup>

Ademais, deve-se observar que o tratamento de resíduos sólidos é um serviço que faz parte do saneamento básico, isto é, o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais que são importantes para o controle de fatores ambientais que podem exercer efeitos nocivos sobre o bem-estar, físico, mental e social dos indivíduos, como o destino do lixo e o tratamento de esgoto, por exemplo. Esses conceitos também podem estar amplamente relacionados a saúde, pois há doenças redutíveis pelo saneamento básico.<sup>7</sup> Além disso, segundo o Ministério da Saúde para cada real gasto em saneamento básico se economizam nove reais em saúde.<sup>8</sup>

O ato de reciclar sob a manipulação de um olhar criativo pode ainda transformar o lixo em verdadeiras obras de arte que despertam o interesse das pessoas pela técnica ou aprimoramento desempenhado nem aparentando serem materiais reciclados, mas permanecendo o objetivo de ajudar na preservação ambiental, além de adorná-lo.<sup>9</sup> Essa união da arte como terapia, reforça os cuidados de si na lógica de uma clínica ampliada a exemplo da valorização da estética.<sup>10</sup>

Para Xavier,<sup>11</sup> o cuidar da reciclagem auxilia na saúde mental em tempos de pandemia, pois embora privado das ações habituais de fora de casa, é possível a realização de atividades prazerosas estabelecendo uma sensação de estabilidade e segurança. Em tempos de pandemia de covid -19, medidas de enfrentando do estresse são necessárias visando a promoção à saúde e a sensação de bem-estar que pode estar abalada de forma emocional e comportamental. Além disso, o trabalho educacional por meio de divulgação do conhecimento científico em material didático, pode auxiliar a comunidade e os serviços de saúde utilizando uma linguagem clara e acessível as suas necessidades.<sup>12</sup> Com isso, este projeto de intervenção se volta a capacitação



da população sobre como por meio de técnicas simples de reciclagem sobretudo de materiais como garrafas polietileno tereftalato (PET), pode se obter uma eficiente estratégia de educação ambiental, e investir na redução do estresse devido a pandemia.

## PROBLEMA

Durante as visitas domiciliares e o processo de territorialização feito nos semestres anteriores na comunidade do bairro da Guanabara em Ananindeua, no Estado do Pará, onde os alunos de Medicina do CESUPA do 4º semestre observaram o despejo inadequado de lixo, em excesso, e sem o uso de separação por meio de coleta seletiva. A partir desta problemática surge então como política indutora de melhorias na saúde coletiva, o aproveitamento de materiais utilizáveis para realização de reciclagem e terapia de lazer durante o isolamento e quarentena no período da pandemia em que as pessoas estavam mais em suas residências. A pergunta norteadora deste projeto foi “A falta de educação ambiental é então a responsável pelo descarte irregular do lixo e o que fazer para conter esse problema, e de que forma a reciclagem poderia intervir para promoção a saúde mental na pandemia de covid?”

## JUSTIFICATIVA

O manejo inadequado de resíduos sólidos apresenta-se como um preocupante determinante social da saúde pelo seu comprometimento do meio ambiente aos moradores do bairro da Guanabara, favorecendo o aparecimento de doenças pela falta de saneamento básico, tais como a febre amarela, dengue, toxoplasmose, leptospirose, febre tifoide e cólera.<sup>13</sup> Dessa maneira, a reutilização de produtos como uma estratégia de educação ambiental é apresentada como uma forma viável para diminuir o impacto do despejo de lixo de forma inadequada, no uso do seu reaproveitamento, agindo como um bem econômico que pode se transformar inclusive em fonte de renda, assumindo caráter sustentável e de valor social para população. Além disso o uso da técnica de reciclagem na pandemia pode aliviar situações de estresse, pelo seu potencial terapêutico especialmente quando empregado na sua construção uma abordagem artística e criativa.



## OBJETIVOS

De forma geral se buscou instruir a comunidade e funcionários da Unidade Básica de Saúde do Guanabara e em parceria com a rede de apoio assistência do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) a respeito do tema educação ambiental em tempos de pandemia, capacitar os participantes a reutilizar garrafa PET para produzir porta caneta e vasos, e reforçando a respeito das doenças redutíveis pelo saneamento básico, instruindo sobre a importância de despejar o lixo de forma adequada, e realização de coleta seletiva sempre que possível, promovendo o pensamento sustentável e mente saudável.

## METODOLOGIA

Foi baseado em uma exposição educativa a respeito do manejo adequado do lixo, tratamento de resíduos sólidos e informando sobre as principais doenças redutíveis pelo saneamento básico. Em seguida, se sucedeu obteve-se o apoio para a realização de uma oficina de reutilização de garrafa PET, com aulas práticas feitas pelos próprios alunos e supervisionada pelos professores.

Os participantes foram informados que não receberão nenhuma forma de pagamento pelas atividades realizadas, porém terão com ganho atender ao objetivo de melhorar o seu conhecimento sobre educação ambiental e sua importância em uma cadeia sustentável agindo de forma direta e indiretamente, e incentivando práticas de promoção à saúde.

Para maior ampliação, divulgação e impacto do projeto de intervenção o CRAS foi escolhido para a realização das oficinas enquanto o planejamento e avaliação ocorreu na Unidade Básica de Saúde do Guanabara em uma sala de aula reuniões que é reservada também para espaço de consulta aos alunos do CESUPA. Neste espaço as discussões ocorreram na metodologia de roda de conversa sempre no final ou antes dos atendimentos dos alunos nas consultas médicas. Assim, foi construído a cada encontro semanal de fevereiro a agosto



de 2020 os passos da intervenção e as reuniões de grupo com os funcionários da UBS.

A meta principal devido a pandemia foi promover o alívio do estresse as pessoas que estavam em situação de quarentena ensinando técnicas de reutilização de materiais de mais fácil acesso doméstico. Para isso, contou-se com a doação de jornais ou revistas, garrafas pets, tesoura, cola, tinta, pincéis e barbante, e uso de mesa e cadeiras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos em duas etapas os resultados. Na primeira, se fez um convite a comunidade do CESUPA, do bairro do Guanabara e da UBS, para trazerem garrafas PET que seriam selecionadas e guardadas para as oficinas. Com isso, mobilizou-se essas comunidades a se engajaram na preparação da atividade fortalecendo o empoderamento para a conscientização da valorização do meio ambiente. Além disso, a participação da comunidade como promotora de mudanças é um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS).<sup>14</sup> Figura 1.



Figura 1: Convite feito à comunidade para coleta de garrafas PET. Barbosa (2020).

Na segunda etapa, a partir de materiais informativos do Ministério da Saúde foi criada uma cartilha educativa. Aqui é fortalecido o atributo da APS da orientação comunitária onde por meio das pesquisas na comunidade foram identificados e trabalhados os problemas de saúde mais prevalentes e que devem ser de conhecimento e foco de atenção dos serviços de saúde para



intervenção.<sup>14</sup> Aqui as abordagens pretendem atingir a dinâmica de um território vivo em suas preocupações atuais. Figura 2.

## PRODUTO

MÓDULO DE INTERAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE- MD4/2020

# CARTILHA DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL PARA OS PARTICIPANTES DO CRAS

A reciclagem e a reutilização de materiais recicláveis como estratégia de educação ambiental aplicada à saúde.



### O QUE É RECICLAGEM?

Reciclar é transformar biologicamente, fisicamente ou físico-quimicamente o material, que pode ou não exercer o mesmo propósito. Ou seja, a mesma matéria prima, que iria pro lixo, será transformada para se tornar nova, podendo gerar o mesmo produto ou outro produto com a mesma matéria prima.

Para isso ocorrer com os lixos que produzimos, devemos separar os locais de despejo de materiais, como uma lata de lixo para papel, outra lata para plástico, outra lata para vidro e, por fim, outra lata para metal. Após isso, devemos entrar em contato com uma Associação de Catadores de Coleta Seletiva para levar o seu lixo separado ao destino adequado. Em Ananindeua, há a Cooperativa de Catadores de Materiais Recicláveis de Ananindeua (COOCAREA) da Cataamazon (Número para contato: (91) 3201-7700)



### O QUE É REUTILIZAÇÃO?

Reutilizar é transformar determinado produto em outro produto, mas sem alterá-lo quimicamente, biologicamente ou fisicamente. Ou seja, a matéria prima continua a mesma, mas há mudança de função, o que prolonga a vida útil e diminui descartes e gastos de produção com energia e água, por exemplo.

Com a reutilização, podemos trazer benefícios para o meio ambiente e benefícios próprios de belos materiais produzidos para sua casa, para presente ou até mesmo para venda, contribuindo financeiramente.



### POR QUE ESSAS MEDIDAS SÃO IMPORTANTES PARA SAÚDE?

Reciclar e reutilizar são ações importantes para diminuir o destino inadequado de resíduos sólidos que contribuem diretamente e indiretamente na saúde no bem estar físico, mental e social da população. Assim, essas medidas colaboram com a promoção da saúde.

Um exemplo disso são as doenças redutíveis pelo saneamento básico, como a dengue que veremos a frente, que diminuem com melhorias no tratamento, no sistema de coleta e no destino adequado do lixo.

**TODOS JUNTOS CONTRA A DENGUE**



### DENGUE:

A dengue é causada por um vírus e transmitida principalmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Esse mosquito se reproduz em um reservatório com água limpa e parada. Por esse motivo, o despejo adequado do lixo é essencialmente para conter a transmissão dessa doença, pois materiais que podem acumular água, como garrafas, pneus e tampas, podem se tornar um bom local para o mosquito se desenvolver.

A infecção por dengue também pode ser assintomática (sem sintomas), leve ou grave. Os sintomas de dengue incluem febre alta > 38,5°C, dores musculares intensas, dor ao movimentar os olhos, mal estar, falta de apetite, dor de cabeça e manchas vermelhas no corpo e, em casos graves, pode levar até a morte.

### COMO FAZER UM VASINHO COM MATERIAL REUTILIZADO?

- Material:
  - Garrafa pet de 2 litros.
  - Jornal.
  - Tesoura.
  - Cola de artesanato.
  - Tinta e pincel, se quiser.
- Modo de fazer
  - 1º Corte a boca da garrafa na altura que preferir o vaso.
  - 2º Pegue as páginas do jornal e dobre enrolando cada uma consecutivamente com cerca de 1cm e cole a última dobra, formando um canudo.





Figura 2: Cartilha educativa. Fotos do arquivo pessoal, Barbosa (2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a ação apoiada pelo CRAS, esperamos que se comece mais a pensar no meio ambiente e na importância da educação ambiental como um importante fator para promoção de saúde, especialmente para a saúde mental em decorrência de estarmos vivendo uma situação de pandemia em que as pessoas permanecem muito tempo reclusas em seus lares. Como perspectivas futuras, também se espera que a reutilização de materiais além de trazer ganhos para embelezar o ambiente, possa ter impacto financeiro e auxiliar na renda familiar, com o desenvolvimento da criatividade para aplicação de novos moldes e comercialização para reciclagem.

## REFERÊNCIAS

- 1.FONSECA, L.H.A. Reciclagem: o primeiro passo para a preservação ambiental. Centro Universitário Barra Mansa, *Revista*. 2013; 1-30.
2. PETRY, J. Responsabilidade ambiental: reciclagem e reutilização de garrafas pet. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau. 2012; 6: 72-86.
- 3.ROSSIGNOLI, M.K. RECICLAGEM, EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE: interlocuções da vivência numa associação de catadores. *Universidade Federal de Juiz de Fora*. 2016.
4. SAUVÉ, Lucie. Educação Ambiental: possibilidades e limitações. 2005;31:317-322. 2005.
5. BRASIL Política Nacional de Resíduos Sólidos. *Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010*. Presidência da República, Departamento da Casa Civil. Brasília, 2010.
6. MAIELLO, Antonella; BRITTO, Ana Lucia Nogueira de Paiva; VALLE, Tatiana Freitas. Implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro. 2018; 52: 24-51.
7. Marchi, C. M. D. F. Novas perspectivas na gestão do saneamento: apresentação de um modelo de destinação final de resíduos sólidos urbanos. *Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*. 2015; 7: 91-105.
8. BRASIL. I Congresso Internacional de Engenharia de Saúde Pública e Saúde Ambiental - I Ciesa. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde, 2017. Disponível [http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset\\_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/-cada-real-gasto-em-saneamento-economiza-nove-em-saude-disse-ministro-da-saude?inheritRedirect=false](http://www.funasa.gov.br/todas-as-noticias/-/asset_publisher/lpnzx3bJYv7G/content/-cada-real-gasto-em-saneamento-economiza-nove-em-saude-disse-ministro-da-saude?inheritRedirect=false)



9. Palhaci, M. D. C. J. P., Palhaci, T. P., Hellmeister, L. A. V., & Nicola, R. L. A importância da arte como meio de reciclagem e como formação de um novo pensamento ambiental. In *Proceedings of World Congress on Communication and Arts*. 2012; 553-557.
10. Cavallini, Flávia de Macedo. CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2020; 32: 40-45. Epub 09 de abril de 2020. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5671>
11. XAVIER, Alessandra. Cartilha de Saúde Mental em Tempo de Pandemia. *Ministério Público do Estado do Ceará*. 2020.
12. ENUMO, Sônia Regina Fiorim et al. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. *Estud. psicol.* (Campinas), Campinas. 2020; 37: e200065. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2020000100502&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100502&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 Sept. 2020. Epub May18, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>.
13. BARROS, R. T. V. et al. Saneamento. Belo Horizonte: *Escola de Engenharia da UFMG*, 1995. (Manual de saneamento e proteção ambiental para os municípios–volume 2).
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.



## 9

## O DESCARTE INADEQUADO DE RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA TRANSMISSÃO DE LEPTOSPIROSE

DOI: 10.36599/itac-ed1.099

Ivete Moura Seabra de Souza<sup>1</sup>  
Alice Maria Bastos Pereira<sup>2</sup>  
Gabriel de Lima Priante<sup>2</sup>  
Lorena Soriano de Melo Lima<sup>2</sup>  
Manoella Silvana dos Anjos Matos<sup>2</sup>  
Pedro Santana Quaresma Neto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, Mestra em Ensino em Saúde pela UEPA e Docente do Curso de Medicina do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade do Centro Universitário do Estado do Pará.

<sup>2</sup> Graduandos do 4º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

O descarte inadequado de resíduos sólidos vem sendo discutido amplamente nas últimas décadas, com isso se passou a notar mais as suas consequências à população, causando prejuízos tanto para o meio ambiente, como a poluição, quanto para a qualidade de vida das pessoas, como os prejuízos econômicos causados pelas enchentes e, sobretudo, os prejuízos à saúde.

Diversos documentos foram elaborados, com o intuito de diminuir o prejuízo à saúde da População. Entre esses documentos estava a Agenda 21 criada pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Eco-92 no Rio de Janeiro, que destinou 1 dos seus 41 capítulos para a discussão dos resíduos sólidos; que demandam soluções integradas, de médio e longo prazos<sup>1</sup>. Era um plano de ações e um instrumento político de construção da cidadania ativa para o desenvolvimento sustentável, desenvolvido em processo participativo e democrático.<sup>1</sup>

O Governo Federal, em 2010, promulgou a Lei nº 12.305/10, que trata da Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), que orienta a



responsabilidade associada com os geradores de resíduos (os fabricantes, importadores, distribuidores, comerciantes e os cidadãos). A eliminação dos lixões é uma meta que está nessa política.<sup>2,3</sup>

A Revolução Industrial, no século XVIII, provocou uma mudança brusca na capacidade produtiva da população, onde se passou a fazer uso intensivo dos recursos naturais, aumento da produção de mercadorias, distribuição e consumo.<sup>4</sup> Antes da revolução os resíduos sólidos eram constituídos basicamente por matéria orgânica, que seria posteriormente absorvida pelo meio ambiente, sem causar grandes prejuízos. Assim, revolução implicou no aumento da produção de mercadorias (resíduos sólidos), assim como no seu consumo e conseqüente descarte.<sup>3</sup>

Dessa maneira, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) define em seu 3º artigo, parágrafo XVI, que:

Resíduos sólidos seriam qualquer material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação final se procede, se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível.<sup>2</sup>

Diariamente é produzido, em média, cerca de um quilo de lixo, incluindo o material reciclável do lixo comum. A população mundial hoje é de mais de 7,5 bilhões de pessoas, o que dá mais de 7,5 milhões de toneladas de lixo por dia, produzidos só pelas pessoas. Esse quadro é composto também, por fábricas, lojas, restaurantes, lanchonetes, escolas, hospitais etc. que também produzem.<sup>5</sup>

Esse descarte inoportuno dos resíduos provoca prejuízo ao meio ambiente, que dependem de muitas particularidades como, principalmente, dos aspectos do material retirado e do lugar de descarte (rio, mar, solo etc.). Cabe ressaltar que materiais diferentes possuem tempos de decomposição ou degradação diferentes; quando maior esse tempo, mais poluente será o material ao meio ambiente. Na tabela abaixo comparamos os tempos de decomposição de alguns materiais.<sup>5</sup>

Tal problemática do descarte inadequado pode ser explicada devido ao crescimento desordenado, ausência de conscientização ambiental e carência de infraestrutura e de políticas públicas que visem uma melhor gestão dos



resíduos sólidos. Com a Pandemia pelo COVID19 as pessoas ficaram mais tempo em casa o consumo aumentou, bem como os descartes inapropriados de máscaras; ficou em evidência a falta de conscientização da população em fazer descartes adequados.

Encontrar máscaras nas ruas é algo muito comum, trazendo com isso uma nova problemática para o meio ambiente. A população tem acesso as informações através da mídia de como descartar a máscara imediatamente após a remoção, para colocá-las num saco plástico até que sejam descartadas no lixo doméstico não reciclável.

O meio ambiente passou a sofrer mais danos de grandes proporções, ocasionados não só pelo descarte e acúmulo de resíduos em locais inadequados, mas também pelo gerenciamento deles. É necessário a implementação de medidas educativas para evitar problemas de ordem ambiental, social e de saúde pública. Entre essas medidas sobressaem-se o acondicionamento, a coleta o transporte, o tratamento e a disposição final dos resíduos.<sup>6</sup>

O problema dos resíduos sólidos em território brasileiro se expande pelas cidades, devido a fatos muito depreciativos que não facilitam a administração desses resíduos, como por exemplo o incremento da população e a falta de infraestrutura e de planejamento dos grandes centros. Isso ficou bem evidente na Pandemia, onde serviços básicos de coletas e limpezas das ruas ficaram suspensos por um período, quando foi decretado o Isolamento Social.

Dessa forma, com o manejo impróprio dos resíduos, surgem locais com Resíduos Sólidos Urbanos (RUSs) acumulado por toda parte, concentrações de entulho, áreas degradadas por disposição inadequada de resíduos, conhecidos como lixões a céu aberto. Dessa forma surgem transmissores potenciais de doenças (moscas, ratos e baratas).<sup>7</sup>

Ao observar os resíduos sólidos, há prevalência de muitas doenças ligadas ao seu descarte inadequado, como por exemplo, a leptospirose, uma das zoonoses que já “ganhou” o mundo, e no Brasil a doença é endêmica em todas as unidades da federação e epidêmica, principalmente, em períodos chuvosos.<sup>8</sup>



Conforme o Ministério da Saúde, leptospirose é uma doença infecciosa proveniente de uma bactéria gram-negativa denominada *Leptospira interrogans*, que está presente principalmente na urina de ratos e, menos comumente, na urina de outros animais. Com o acúmulo de resíduos urbanos, a proliferação de ratos, associado as enchentes nos períodos chuvosos a população fica suscetível a adquirir a doença.<sup>8</sup>

A leptospirose é considerada, no Brasil, como uma doença endêmica, com uma média de 13.000 casos notificados por ano, sendo 3.500 confirmados, com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 11%; esses dados foram apresentados em um perfil epidemiológico no estado de São Paulo<sup>9</sup>. As precárias condições de infraestrutura sanitária e elevada infestação de roedores portadores dos germes estão intimamente correlatas com a enfermidade. As conhecidas enchentes permitem o alastramento da bactéria, facilitando o surgimento de surtos.<sup>8</sup>

## PROBLEMA

Levando em consideração que a cidade de Belém-PA apresenta áreas de frequente inundação nos períodos de chuva, fica uma pergunta no ar: Será que as pessoas estão conscientes de como o descarte inadequado de Resíduos Sólidos Urbanos pode implicar na transmissão de leptospirose?

## JUSTIFICATIVA

É de extrema importância discutir acerca do destino dos dejetos sólidos e da sua relevância sócio-econômico-ambiental, sobretudo para evitar a propagação de doenças e as repercussões dessas doenças para o sistema de saúde pública e para a comunidade de modo geral. Tal afirmação, toma como base que, tal descarte inadequado, é a principal problemática sanitária do Brasil, por sua magnitude e transcendência, representando um alto custo social e um grande impacto na morbimortalidade da população.

O presente trabalho busca informar a comunidade a respeito das consequências do descarte inadequado dos resíduos sólidos, abrangendo, como já foi dito, uma das principais enfermidades de motivação sanitária que



afetam as grandes cidades: a leptospirose; e, dessa forma, colaborar com a melhoria da qualidade de vida da população, informando-os e apresentando-lhes o cenário do lixo na cidade. Pois para que haja mudança no cenário dos RSUs é preciso despertar uma consciência ambiental na comunidade, visando a geração de menores quantidades de resíduos e o seu manejo e descarte adequados. Além disso, denota-se a importância de separar os resíduos sólidos em reutilizáveis, recicláveis, resíduos tóxicos e lixo comum.

Portanto, vemos na educação ambiental, o caminho transformador de tal cenário no Brasil, oferecendo as informações e os meios necessários à comunidade para a melhoria desse quadro.

## OBJETIVOS

O projeto de intervenção tem como intuito: a) Discutir os riscos que a população está exposta com relação a proliferação da bactéria *Leptospira*, buscando estimular medidas de prevenção que abordem, principalmente, o descarte correto do lixo nas comunidades; b) Instruir e estimular o descarte adequado do lixo, visando a melhora da qualidade de vida da comunidade e a contenção da proliferação de doenças relacionadas ao descarte inadequado, como a leptospirose, abrangendo ainda suas repercussões nos mais diversos âmbitos sociais; c) Disseminar métodos sobre o descarte adequado do lixo e d) Explicitar as consequências do descarte inadequado para a transmissão de doenças, com enfoque na leptospirose.

## METODOLOGIA

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Será realizada uma Ação Educativa através da criação de um *Podcast* específico para esse projeto, onde simula uma transmissão via rádio para *smartphones*. Por meio dele, alunos do Curso de Medicina do 4º semestre abordarão sobre o descarte incorreto de resíduos sólidos e suas consequências que implicam na transmissão da leptospirose, mediante uma simulação de uma conversa informal, em que buscou-se tirar dúvidas através



de humor, mas enfatizando a importância do despejo correto do lixo e dos resíduos sólidos para a população.

#### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Será informado às pessoas envolvidas que esse projeto de intervenção tem o objetivo de esclarecer mais sobre o lixo descartado de forma imprópria e suas complicações para a saúde pública. Será apresentado em formato eletrônico e de acesso gratuito, não oferecendo riscos e não havendo pagamento por isso, pois há uma preocupação por zelar a ética e respeito com os envolvidos.

#### LOCAL DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será aplicado em ambiente virtual para os ACS e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Júlia Seffer, via plataforma *WhatsApp*, não possuindo assim um local físico de execução,

#### PÚBLICO-ALVO

O público-alvo será prioritariamente os ACS e profissionais de saúde da UBS, mas devido a linguagem de fácil acesso, também ficou aberto ao público de outras graduações e pessoas que apenas buscaram conhecimento sobre o assunto.

#### METAS A SEREM ATINGIDAS

1º Passo: Escolha do Tema.

- Reunião online com a equipe organizadora.

2º Passo: Instruir e estimular o descarte adequado do lixo, visando a melhora da qualidade de vida da comunidade e a contenção da proliferação de doenças relacionadas ao descarte inadequado, como a leptospirose, abrangendo ainda suas repercussões nos mais diversos âmbitos sociais.

- Instrução através das redes sociais.

3º Passo: Disseminar métodos sobre o descarte adequado do lixo.

- Gravação de áudio no formato de Podcast.

4º Passo: Explicitar as consequências do descarte inadequado para a transmissão de doenças, com enfoque na leptospirose e promover conscientização a respeito dos agravos à essas doenças, como a insuficiência renal

- Divulgação de Podcast\_1 com o Tema



5º Passo: Incentivar a diminuição do consumo exacerbado, como maneira de contenção da geração de mais material sólido. Explicar sobre o descarte adequados das máscaras descartáveis utilizados pela população durante o período da Pandemia

- Divulgação de Podcast\_2 com o tema.

## RESULTADOS ESPERADOS

As metas desse trabalho incluem explicar de forma lúdica a respeito das consequências negativas do descarte incorreto, focando principalmente no surgimento de doenças, como a leptospirose.

Assim, com a finalização do projeto esperamos conscientizar os ouvintes quanto aos riscos do não cumprimento dos métodos de descarte correto, além de incentivar o consumo consciente, com o intuito de diminuir a geração de mais material cujo destino será o lixo.

## PRODUTO

O produto foi pensado buscando transmitir as informações a respeito do descarte de resíduos sólidos de maneira lúdica e de fácil acesso ao público-alvo e ao público geral, tendo em vista que é um tema de interesse geral e deve ser compreendido por todos. Portanto, foi feita a escolha de transmissão pelo formato de *Podcast* com divulgação via plataforma *WhatsApp*, o que facilitaria o acesso, tendo em vista os limites impostos pela pandemia do COVID-19 para a transmissão presencial da mensagem e que boa parte das pessoas tem acesso ao aplicativo, ampliando ainda mais o alcance do trabalho e, conseqüentemente, causando impactos mais significativos para a resolução da problemática do lixo no Brasil.

## ROTEIRO DO PODCAST\_1

Bom dia, boa tarde ou boa noite (depende da hora que você está ouvindo esse áudio).

Hoje, falaremos sobre a implicação do descarte inadequado de resíduos sólidos por meio de uma encenação, que vai simular um programa de rádio, onde vamos receber ligações de ouvintes com dúvidas sobre o assunto.

Mas, espera aí, que vamos falar sobre isso com um toque de humor para que o assunto não entre por um ouvido e sai pelo outro.



Antes disso, deixa eu apresentar a minha equipe: somos estudantes de Medicina do 4º semestre e decidimos fazer esse trabalho de forma descontraída e para tentar passar informação sobre algo tao importante para o máximo de pessoas possível.

\*barulho de telefone tocando\*

OPA! Estamos recebendo uma ligação de um ouvinte. Qual será a dúvida dele?

\*atende o telefone\*

-Alô

-Oi?

- Oi, tudo bom?

-Oi, queria mandar pra minha mãe que mora em ananindeua no conjunto Júlia seffer

- Tá bom, senhora, um beijo pra sua mãe e pra toda galera do Júlia seffer. Qual a sua dúvida?

- Que? Dúvida? ... Ah, ta! que isso aí que tu falou?

- Isso o que senhora?

- Esse negócio de resido sólido aí.

- (Apresentador): Certo, vamos fazer a distinção. Existe uma diferença entre lixo e resíduo sólido. Lixo é o descarte que não tem possibilidade alguma de ser reaproveitado ou reciclado. Por exemplo, aquele lixo do banheiro. Já os resíduos tem bastante valor, pois podem ser reaproveitados ou reciclados, a partir de uma coleta seletiva bem feita. No Brasil, às vezes o grande problema é no seu destino final não há reciclagem e/ou qualquer outro tratamento adequado para reaproveitamento. Segundo o Diagnostico do Manejo de Residuos Solidos Urbanos 58,4% do total coletado foram destinados para os aterros sanitários, mesmo sendo um local adequado não houve um tratamento eficiente. Sendo assim, mesmo após ser descartado o lixo ainda permanece como sendo nossa responsabilidade. Basicamente, a diferença seria essa. O lixo é algo que não tem possibilidade de ser reaproveitado, enquanto o resíduo sólido ainda tem algum valor.

Conseguiu me entender?

- Sim, tá!

(Desliga o telefone)

- Muito bem, já começamos o programa bem. Agora vamos ver se recebemos outra ligação.

\*telefone toca outra vez\*

- Opa, vamos atender. Hoje as ligações estão a todo vapor

\*Atende\*

-AAAAAlô

- Oi.

- Quem fala?

- Ronaldo.

- Certo Ronaldo, qual sua duvida?

-Como que eu joga fora meu lixo de forma certa?

-Bom Ronaldo, é importante que o lixo das residências seja depositado corretamente, em sacolas fechadas e no local apropriado para recolhimento da prefeitura. O descarte de resíduo sólido é uma ação que vai depender assim, da colaboração individual de cada um além de ser uma prática diária né?! Não adianta nada fazer coleta seletiva em casa se você sai pra dar role com seus amigos e joga latinha (de seja qual for o suco que vocês bebem) no chão. É preciso também que ocorra o direcionamento correto para o tipo de material que vai ser descartado. A famosa coleta seletiva, aquela que talvez tenham te ensinado no fundamental, mas que agora provavelmente você não sabe qual é a cor da lata de lixo dos plásticos?

- Que é vermelha a propósito... Um beijo Tia Lúcia, obrigada por me alfabetizar e não obstante me tornar uma guru da reciclagem, quase uma mãe Lucinda..

- Caramba se eu fosse a tua professora do fundamental eu estaria bem triste agora...Bom... como não acontece esse descarte bonitinho, parte do entulho e lixo não são separado da forma certa e são jogados na rua a céu aberto, podendo trazer doenças à população, já que atraem baratas, ratos, moscas, mosquitos e todas as 7 pragas. Para a resolução dessa problemática, foi criada no Brasil a Política Nacional de Resíduo Sólido (PNRS).

A Lei nº 12.305/10, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS)

Prevê a prevenção e a redução na geração de resíduos, propondo a prática de hábitos de consumo sustentável e um conjunto de instrumentos para propiciar o aumento da reciclagem e da reutilização dos resíduos sólidos e a destinação ambientalmente adequada dos rejeitos.

Essa lei institui a responsabilidade compartilhada dos geradores de resíduos:



Ou seja não só quem descarta o lixo de forma incorreta (você e seus amigos com a latinha de suco) como o próprio fabricante do suco em latinha, as importadoras, as distribuidoras, os comerciantes... todo mundo tem responsabilidades a cumprir. o que é proposto por essa lei é importante pois foi tudo devidamente pensado para contribuir com a eliminação dos lixões e a instituição de instrumentos de planejamento nos níveis nacional, estadual, microregional, intermunicipal e metropolitano e municipal; além de impor que os particulares elaborem seus Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Um fato curioso: 1 em cada 12 brasileiros não tem coleta regular de lixo na porta de casa, fato esse que dificulta o direcionamento correto, levando a galera a jogar lixo em qualquer canto, onde atraem baratas, moscas, mosquitos... ratos.. O rato que é um dos piores, pois não é nada como em ratatouille onde o rato faz a tua comida, puxando o teu cabelo ou sei lá Muito provavelmente se um rato se que encosta na tua comida é leptospirose na certa. Entendeu, Ronaldo?

\*cri cri cri cri\*

- É... eu acho que o Ronaldo não entendeu, mas tudo bem.

Ok, gente, provavelmente Ronaldo foi descartar seu lixo de forma correta... Bom, assim nós encerramos nossa ligação de hoje.

\*TELEFONE TOCA\*

Opaa! Já recebendo a terceira aqui.

- Alô, quem fala?

- Jobson

- Oi Jobson qual a sua dúvida ?

-E se eu não quiser?

- O que?

- E se eu não tiver afim?

-Do que?

- De fazer isso ai, essa coleta seletiva.

- Bem, Jobson, quando o lixo é jogado em qualquer lugar ele pode causar problemas de infraestrutura porque pode entupir bueiros, causando grandes problemas de saneamento, enchentes e saúde pública. Ao chegar aos rios, provoca desequilíbrio ambiental e contamina a água que poderia ser ou é utilizada para consumo humano, tornando-a imprópria e causando doenças.

Além disso entre os entulhos, estão garrafas, latas e pneus, que além de oferecer abrigo para ratos, também colabora para o surgimento de focos do mosquito da dengue. Ou seja, se tu simplesmente não quiser fazer o descarte adequado do seu lixo você vai tá comprometendo a saúde de todo mundo, então, para com a tua graça.

\*desliga\*

\_ Eu ein, é cada um!

\*telefone toca novamente\*

-Alô, quem fala?

-É a Luciana

-Tudo bom Luciana?qual a sua dúvida?

-Não, é que eu vi aqui, né... ou melhor, ouvi tu falando sobre uma doença do rato... elequitrospirose... leptospilove..

- Lepstospirose

-Isso! Que que é isso? Minha filha cria um rato pequeno aqui em casa, um ranster, posso pegar isso também?

-Um hamster.

-Isso. Minha filha, tu vai ficar me interrompendo, me consertando o tempo todo?

- Não, não. Espera aí, só um momento. Calma! Certo Luciana, deixa eu começar te falando sobre a leptospirose.

A leptospirose é uma doença infecciosa proveniente de uma bactéria gram-negativa denominada *Leptospira interrogans*, que está presente principalmente no xixi de ratos e, menos comumente, na urina de outros animais, sendo transmitida ao homem principalmente nas enchentes.

Seu quadro clínico se apresenta de uma maneira bifásica. A fase aguda ou septicêmica pode durar cerca de uma semana (4 a 7 dias) e se caracteriza por uma febre altíssima, que começa do nada, calafrios, dor de cabeça, dor no corpo todo, principalmente em panturrilhas, também ocorrem algumas queixas gastrintestinais.



No Brasil essa doença é de caráter endêmico, com uma média de 13.000 casos notificados por ano, sendo 3.500 confirmados, com uma taxa de mortalidade de aproximadamente 11%; esses dados foram apresentados em um perfil epidemiológico no estado de São Paulo. Sua ocorrência está relacionada a péssimas condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores selvagens infectados, sendo assim não se preocupe com o Stuart Little da sua filha.

-Ta bem, obrigada!

- De nada...

- Bem, o programa de hoje vai ficando por aqui, gostaria de agradecer a todos os ouvintes sintonizados nas ondas da nossa programação

\*ENCERRA

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Agenda 21 e Biodiversidade. Ministério do Meio Ambiente Secretaria de Políticas para o Desenvolvimento Sustentável Coordenação da Agenda 21 Esplanada dos Ministérios. Disponível <https://www.mma.gov.br/estruturas/agenda21/arquivos/CadernodeDebates9.pdf>. Acesso 03/08/2020
2. BRASIL. Política Nacional de Resíduos Sólidos. Lei n. 12.305, de 2 de agosto de 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12305.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12305.htm). Acesso: 08/03/2020.
3. MASSUKADO, Luciana Miyoko. Sistema de Apoio a Decisão: avaliação de cenários de gestão integrada de resíduos sólidos urbanos domiciliares. 2004. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.
4. STROH, P. Y. Cidade, lixo e cidadania. Edufal. 2009.139p.
5. Projeto Reciclar. [http://www.projetoreciclar.ufv.br/?area=tempo\\_degradacao](http://www.projetoreciclar.ufv.br/?area=tempo_degradacao). Acesso em 13/06/2020.
6. SANTOS, Jacinta dos. Os caminhos do lixo em Campo Grande: disposição dos resíduos sólidos na organização do espaço urbano. Campo Grande: UCDB: 2000. 109 p. ISBN 85-86919-18-7.
7. AZEVEDO, G. O. D. Por menos lixo: a minimização dos resíduos sólidos urbanos na cidade do Salvador/Bahia. 2004.148f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental Urbana) Escola Politécnica, da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.
8. CLAZER, Marília et al. Leptospirose e seu aspecto ocupacional-revisão de literatura. Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR, v. 18, n. 3, 2015.
9. Pereira CAR. Custo social da leptospirose no Brasil e o efeito de chuvas extremas em Nova Friburgo para o incremento de casos da doença 2013 [dissertação]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013.



## 10

## A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS RELACIONADAS AO SANEAMENTO BÁSICO PARA A SAÚDE DA COMUNIDADE DA PEDREIRINHA, ANANINDEUA, PA

DOI: 10.36599/itac-ed1.100

Valnice Ferreira Campos Lodi<sup>1</sup>  
Fernanda Rocha de Lima<sup>2</sup>  
Juliana Ruffeil Tavares Hesketh<sup>2</sup>  
Mateus Adjair da Silva Pereira<sup>2</sup>  
Pedro Henrique Fonseca de Araújo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especializações em Medicina do Trabalho na UEPA, Perícia Médica na Universidade Internacional de Curitiba- UNINTER, Auditoria Médica no SUS no Instituto de Pós - Graduação- IPOG, mestra em Ensino e saúde-Educação Médica no CESUPA, Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família Comunidade e Docente no CESUPA. Curso de Direito Médico na Universidade de Coimbra -Portugal em andamento

<sup>2</sup> Graduandos do 4º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Saneamento é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um alicerce com fins de dominar em absoluto os aspectos concernentes ao meio físico do ser humano, com poder de gerar perigo iminente ao bem-estar físico, mental ou social. Segundo esse conceito, fica clara a importância do saneamento com vistas a uma organização preventiva e de promoção da saúde, a partir do foco ambiental. Atuações resultantes da ação dos homens modificadoras do meio ambiente, consonantes a falta ou inadequação de saneamento, podem trazer o incremento na incidência de doenças e à diminuição da expectativa e da qualidade de vida da população humana. Existem localidades onde se evidencia a união do aumento de algumas patologias e a escassez de saneamento, contando também com o baixo fornecimento de água, o esgoto sanitário inapropriado, o contágio por resíduos sólidos e as condições arriscadas de morada.<sup>1</sup>

Como órgão do Ministério da Saúde, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), é uma experiência de continuidade imemorial em atuações de saneamento no País, atuando a partir de critérios epidemiológicos, sócio-



econômicos e ambientais, voltados para benefícios à saúde. O Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp) da Funasa foi originado para o incentivo de resolver as questões relacionadas ao saneamento e consequentemente prevenção e controle de enfermidades. Ela visa a diminuição de danos à saúde, patrocinando a universalização dos sistemas de provimento de água potável, esgotamento sanitário e gestão de resíduos sólidos urbanos e promove as melhorias sanitárias domiciliares, a cooperação técnica, estudos e pesquisas e ações de saneamento rural, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza. O dano à saúde pública está interligado a fatores reais e desvantajosos de acontecerem em lugares urbanos e rurais, e que podem ser reduzidos ou extirpados com a utilização adequada de serviços de saneamento.<sup>2</sup>

A Funasa acata o acordo federativo nacional permitindo o desenvolvimento robusto das instituições estaduais e municipais com o fornecimento de recursos que dispensam preços dos serviços e estimulam a universalização do atendimento destes, fazendo uso de instrumentos de alcance regional, todas as vezes em que for necessário. Esta fundação ainda, no universo federal, tem a responsabilidade de deslocar recursos sem custos para sistemas de abastecimento da água, esgotamento sanitário, suporte aos resíduos sólidos urbanos e benefícios sanitários às casas. Unidos a órgãos e entidades públicas e privadas, serve para consultoria e assistência técnica e/ou monetária para o estabelecimento de ações de saneamento. O Programa de Pesquisa em Saúde e Saneamento, através do Densp, patrocina estudos com fins de ajudar com técnicas mais recentes para minimizar os perigos causados pela ausência ou inapropriada do saneamento básico. A Funasa, por meio do Densp, está dentro do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), do Ministério das Cidades, com o compromisso de gerar o Programa Nacional de Saneamento Rural (Pnsr).<sup>3</sup>

A insuficiência nessa estrutura sanitária denota uma comunicação entre as condições de saúde e as de vida das pessoas que vivem nos países em desenvolvimento, onde as patologias de ordem infecciosa são sérios motivos para morbidade e mortalidade. A prevalência destas enfermidades é um robusto indício da fraqueza dos sistemas públicos de saneamento. Entretanto, essas medidas das situações de vida e saúde ainda são um grande percalço.



A saúde tem de ser imaginada como resultado da interligação entre as variáveis ambientais, sociais e econômicas que influenciam as circunstâncias da vida.<sup>4</sup>

Em 2007, a Lei Nacional de Saneamento Básico (nº 11.445), foi regulamentada para regimentar que o regime público de saneamento básico é obrigatoriamente fornecido tomando por base os princípios principais, priorizando-se a universalização e acessibilidade aos serviços. Essa lei abrange fatores específicos em cada um dos serviços de saneamento, dentre eles: abastecimento de água; esgoto sanitário; higienização urbana e controle de resíduos sólidos; etc. No entanto, todos esses aspectos são feitos pela ótica da integralidade aplicada ao saneamento básico e à união desses serviços com outras políticas públicas que se interligam de forma direta com o seu campo de intervenção.<sup>5</sup>

No Brasil, é desafiadora a garantia do acesso universal e de qualidade ao saneamento básico. Assim como outros serviços fundamentais, as deficiências chamam atenção para a estagnação quanto ao acesso à água e ao destino seguro dos dejetos e resíduos sólidos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, em torno de 1.915.292 domicílios ainda não tinham um abastecimento de água apropriado; 1.514.992, não possuíam banheiros nem sanitários; e, 7.218.079, jogavam seus dejetos e impurezas diretamente no ambiente inapropriadamente. Ainda nesse ano, grande parte da população usava fontes inseguras de abastecimento e aquelas que eram supridas pela rede pública raramente tinham a distribuição correta com quantidade adequada.

A Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios referiu, em 2008, que mais de 12 milhões de brasileiros não possuíam acesso adequado. Tal abrangência era destoante e incongruente entre as diversas regiões do país, pois os melhores indicadores são das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e na região Norte, era de 2,8 milhões de pessoas (17,3% de seus habitantes).<sup>2</sup>

A literatura científica estabelece um íntimo relacionamento entre o trinômio saneamento, saúde e ambiente. Pode-se salientar dois grupos: o das ideias com visão de evitar patologias (é obrigação do saneamento a limpeza do ambiente) e o outro que se assemelha aos princípios da promoção da saúde (saneamento é capaz de agir para melhorar a qualidade ambiental e



eliminar as enfermidades. No tocante a isso, a educação é o primórdio para esse propósito, pois, para a promoção da saúde, ela é a maneira encontrada para o desempenho do ser humano quanto ao exercício da cidadania e, então, a progressão de ações beneficiárias aos meios de saúde e vida.

Ainda discutindo a educação nesse contexto, o auxílio é ressaltado para a definição de vulnerabilidade. Trata-se do deslocamento que considera a possibilidade de mostrar as pessoas ao adoecer, resultante de um conjunto de fatores pessoais, coletivos e contextuais, que lhes ocasiona maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e variável flexibilidade de recursos para sua proteção, com capacidade de sedimentar o aspecto educacional dos projetos de promoção da saúde. Devido a essa ideia de vulnerabilidade, tais projetos acabam com a permanência de práticas comportamentais, conflitando para que as pessoas tenham acesso a informações, apreendendo-as para gerar alternativas práticas de superação das condições que as vulnerabilizam.

Sob esse ponto de vista, a participação popular, por meio de suas ações apoiadas na promoção, sobressai-se como pilar. A promoção da saúde enxerga que melhorias nas situações de vida e saúde somente são alcançadas através da participação da população ativamente, o que denota uma relação horizontal e menos obediente entre a população-alvo das intervenções e seus planejadores e gestores. Sendo assim, o saneamento alberga a implantação de uma estrutura física composta de sistemas de água, esgoto, resíduos sólidos e drenagem, além de incluir um conjunto de atuações de educação para os clientes e de políticas com a função de ditar direitos e deveres dos usuários e prestadores.<sup>6</sup>

Com essa problemática, pode-se referir as inúmeras formas que a água pode afetar a saúde do homem: pela ingesta direta, no preparo de alimentos, na higiene pessoal, na agricultura, na limpeza do ambiente, nas indústrias ou nos lazeres. Bactérias patogênicas, vírus e parasitos são os micro-organismos que habitam águas contaminadas. As bactérias citadas que vivem na água e/ou alimentos são as principais fontes de adoecimento e morte. Elas são as culpadas por múltiplos focos de gastroenterites e patologias endêmicas/epidêmicas, que podem gerar casos letais. Em virtude disso, compreende-se o quanto é mister educar a população sobre o uso apenas de



água potável (filtrada ou fervida) para ingestão, lavagem dos alimentos e limpeza, com vistas em diminuir essas doenças.

Dessa forma, conclui-se a importância da educação em saúde e comprometimento da população para que, de maneira individual e coletiva, possam ser realizadas ações de saneamento ambiental com mais efetividade, diminuindo as doenças e levando mais qualidade de vida para toda a comunidade da Pedreirinha.

## PROBLEMA

Qual a importância de medidas preventivas relacionadas ao saneamento básico para a saúde da comunidade da Pedreirinha, Ananindeua, PA?

## JUSTIFICATIVA

O atual cenário mundial, de mobilização para uma pandemia, aumentou a reflexão acerca da importância do saneamento básico local. Haja vista que, dentre outras medidas de prevenção, tal meio é de suma importância para a não viabilização de tal comorbidade, a falta leva a uma piora significativa na saúde do indivíduo, portanto, na sua queda da imunidade, fato que favorece a disseminação do COVID-19.

Anteriormente a situação atual, a importância do saneamento básico na comunidade da Pedreirinha, já era notória. Pois, devido tal meio não possuir tal direito básico adequado, notava-se uma grande quantidade de pacientes com doenças facilmente evitadas com o suprimento ideal desse, como pacientes com Hepatite A, Amebíase e Leptospirose.

Além disso, por meio de consultas pediátricas, notam-se atrasos de desenvolvimento cognitivo e físico de diversas crianças, as quais, além de outros fatores associados, não possuem manejo adequado de alimentos e fazem uso de água não tratada. Favorecendo a disseminação de parasitas e, portanto, atraso no seu desenvolvimento.

Somado a essas situações, existe também uma grande preocupação com idosos e gestantes que habitam a região da Pedreirinha, pois, para o funcionamento adequado do organismo e, portanto, a manutenção da saúde.



Usa-se estratégias que evitem uma exposição não adequada à patógenos, as quais seriam facilmente evitadas com saneamento básico adequado.

### OBJETIVOS

**GERAL:** Conscientizar a população da Pedreirinha, com o auxílio dos agentes comunitários de saúde, acerca da importância de ações individuais que melhorem a qualidade do saneamento básico local.

**ESPECÍFICOS:** Capacitar a população da Pedreirinha a realizar ações individuais e coletivas que melhorem a qualidade do saneamento básico local; mobilizar e atualizar os profissionais acerca de atividades simples que a comunidade possa realizar de maneira individual ou coletiva para melhorar as condições do saneamento básico local; envolver os membros da UBS Pedreirinha para informar acerca dos malefícios e prejuízos do saneamento básico ineficiente, e técnicas que a população realize para melhorar tal situação social;

### METODOLOGIA

#### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Em vista da atual conjuntura pandêmica e da necessidade da constante melhora no âmbito da saúde – especialmente para comunidades mais afastadas do Centro de Belém do Pará, como a Pedreirinha – para que todos, ao participarem de consulta, possam ter o mesmo nível de atendimento e a segurança de uma eficiente acolhida pelos profissionais de saúde, é fundamental que haja a mínima tentativa para tanto ser realizado, objeto deste trabalho.

O projeto de intervenção consistirá na distribuição de folders com o escopo de distribuir informações sucintas, para a comunidade, acerca do que pode ser feito a fim de que doenças redutíveis ao saneamento básico tornem-se, cada vez menos, problemas reais em suas respectivas realidades.

#### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este é um projeto de intervenção não remunerado e voluntário para implementar estratégias e melhorar o atendimento na relação ESF-Comunidade.



## LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

USF Pedreirinha, Bairro: Guanabara, Ananindeua/PA.

## PÚBLICO-ALVO

O público-alvo será a comunidade da Pedreirinha, sem quaisquer restrições, contando com a ajuda – para a realização da intervenção – dos funcionários presentes na UBS, participantes ou não da ESF.

## METAS A SEREM ATINGIDAS

**1º Passo:** É possível que a comunidade da Pedreirinha, por meio de suas próprias ações, de maneira independente, reduza a incidência de doenças intimamente ligadas a situações de saneamento básico precárias?

**2º Passo:** Agendar encontro virtual com os membros deste subgrupo (Mateus, Pedro, Fernanda e Juliana) em busca da real disponibilidade de cada um visando a troca de informações a fim de que o objetivo deste trabalho seja materializado.

**3º Passo:** Após o período de pandemia e a realização das atividades virtuais supracitadas, observar o que até então foi alcançado.

**4º Passo:** Enviar folders com o presente tema aos Agentes Comunitários de Saúde, corroborando com a finalidade do esforço acadêmico presente.

## RESULTADOS ESPERADOS

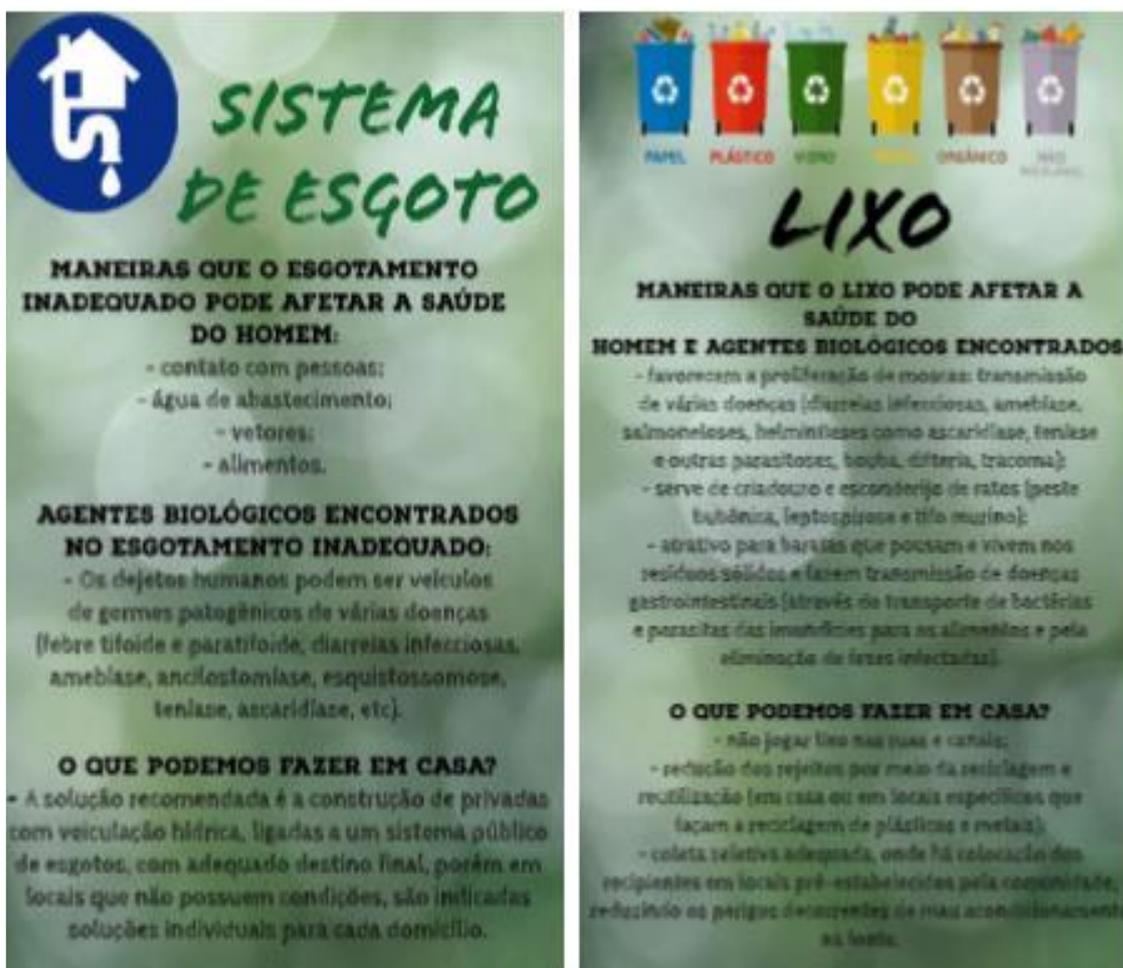
Com a distribuição dos folders, espera-se maior conscientização dos ACS em relação aos cuidados e na prevenção de doenças relacionadas ao saneamento básico. Com isso, é esperado que ocorra redução de casos de Hepatite A, Amebíase e Leptospirose (doenças extremamente ligadas ao saneamento deficiente e a higiene). Espera-se também uma diminuição de atendimento de crianças com problemas cognitivos a longo prazo, já que algumas doenças como a Leptospirose podem afetar diretamente na formação saudável do feto. Além disso, a conscientização sobre um saneamento básico adequado pode evitar vários malefícios a saúde, evitando diversas complicações em pacientes de risco, como gestantes e idosos. Diante disso, espera-se uma redução nas doenças em geral, sejam virais, bacterianas ou parasitárias, trazendo para a população uma qualidade de vida melhor,



favorecendo para o bem-estar da comunidade e dos funcionários da saúde, principalmente em tempos de pandemia, em que a necessidade de higiene se torna muito mais importante.

### PRODUTO – FOLDER





## REFERÊNCIAS

1. MOURA, Larissa; LANDAU, Elena Charlotte; FERREIRA, Adriana. Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado no Brasil. Disponível em: <https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/157835/1/GeoSaneamento-Cap08.pdf>
2. Saneamento para Promoção da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sex, 21 Jul 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/saneamento-para-promocao-da-saude>
3. Manual de Saneamento. Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_saneamento\\_3ed\\_rev\\_p1.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_saneamento_3ed_rev_p1.pdf)
4. TEIXEIRA, Júlio César, OLIVEIRA, Guilherme Soares, VIALI, Amanda de mello, MUNIZ, Samuel soares. estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. 31/01/2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/esa/v19n1/1413-4152-esa-19-01-00087.pdf>
5. BORJA, Patrícia Campos. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. Salvador, BA, Brasil. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2014.v23n2/432-447/pt>
6. SOUZA, Cezarina Maria Nobre. Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2007.v16n3/125-137/#ModalArticles>



## 11

**ABORDAGEM SOBRE ASPECTOS DA ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES NO ESTADO DO PARÁ COM GESTANTES E MÃES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JÚLIA SEFFER**

DOI: 10.36599/itac-ed1.101

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos<sup>1</sup>  
Eduardo de Pinho Domingues<sup>2</sup>  
Fábio de Castro Rodrigues Pinheiro<sup>2</sup>  
Gabriel Pacheco Rymza<sup>2</sup>  
Juliana Silva dos Remédios<sup>2</sup>  
Luma de Melo Medeiros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, residência médica em Medicina de Família e Comunidade, médica da Atenção Básica/ESF, mestra em Ensino em Saúde na Amazônia, docente do Curso de Medicina do CESUPA, preceptora da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (CESUPA), supervisora do PMMB, Life Coaching Practitioner pelo Instituto de Desenvolvimento Sistêmico IDESIS, Terapeuta Gaudium de Terapia Sistêmica pelo IDESIS.

<sup>2</sup> Graduandos do 5º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

A introdução de outros alimentos à dieta do lactente é uma fase crítica, devido à alta susceptibilidade de levar a criança ao déficit nutricional ou então ao desenvolvimento de doenças infecciosas e alergias alimentares.<sup>1</sup> Alergia Alimentar (AA) é uma reação do sistema imunológico humano frente à exposição a uma proteína alimentar inócua, que será reconhecida erroneamente pelo organismo como um imunógeno não próprio que deve ser eliminado. A parte do alimento que pode ocasionar reação alérgica é chamada de alérgeno.<sup>2</sup>

Em torno de mais de 170 alimentos podem detonar reações alérgicas, mas, somente poucos são responsáveis por mais 90% dos quadros alérgicos. São os denominados “The Big Eight”, traduzindo, “Os Oito Grandes” (amendoim, leite, ovo, soja, trigo, peixe, crustáceos e frutas de casca rija).<sup>2</sup>

Além das alergias alimentares, outro fator também deve ser considerado ao começar a introduzir a alimentação: a idade do lactente. O desmame



precoce com a iniciação de comida diferente, na alimentação da criança, antes amadurecimento do organismo traz perigo para a saúde, associado a uma diminuta ingestão de fatores protetores que estão presentes no leite materno. Entretanto, sabe-se que iniciar tardiamente o oferecimento de alimentos pode trazer riscos de alergia alimentar.<sup>2</sup>

Estudiosos referem que os riscos aumentam a partir da idade e tipo de alimento introduzido, como relata um trabalho feito no Reino Unido que observou que crianças que conhecem alimentos sólidos entre 12 e 16 semanas, apresentaram alergia alimentar. Em contrapartida, um outro estudo de caráter transversal analisou que 1/3 e 1/4 dos bebês, ingeriam suco de fruta e mingau, fruta ou sopa aos 4 meses, respectivamente, houve associação de elevação do risco para doenças cardiovasculares e obesidade.<sup>2</sup>

Dessa forma, a introdução alimentar precoce se torna extremamente maléfica para o lactente. Isso decorre, primeiramente, da não ingestão de muitos dos fatores de proteção contidos no leite materno, tais como: lactoferrina, imunoglobulinas, aminoácidos e gorduras essenciais. A privação dessas substâncias e componentes acaba por trazer prejuízos ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança, além de torná-la predisposta a infecções, principalmente do trato respiratório e gastrointestinal.<sup>4</sup>

Além disso, a introdução precoce dos alimentos pode, por motivos já supracitados, aumentar a predisposição a alergias no lactente. Dores abdominais, diarreia e êmese; tosse, asma e coriza; e erupção, eczemas e coceiras fazem parte do quadro clínico da AA. Choque anafilático e até óbito podem ocorrer em casos graves de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Isso reforça, novamente, os riscos dessa introdução alimentar precoce.<sup>1</sup>

Assim, se torna nítido a necessidade das mães e gestantes conhecerem a correta idade para inserção da alimentação complementar na criança, além de compreenderem a importância da ingestão do leite materno. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) até os seis meses de idade. É do conhecimento geral que o AME é de extremo benefício para o binômio mãe-bebê, desde o vínculo materno-infantil e melhor crescimento cognitivo e da cavidade bucal até a redução da chance de obesidade e alergias, da mortalidade infantil ao evitar



diarreia e infecções respiratórias. Por isso, esse processo deve ser estimulado e o seu conhecimento se torna tão importante quanto os conhecimentos acerca da introdução alimentar.<sup>5</sup>

Levando em consideração a realidade do país, a atuação das equipes de Saúde da Família se torna a principal forma de sensibilizar as gestantes e mães atendidas a nível de Atenção Básica. Dessa forma, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde – ACS) devem ter o correto conhecimento acerca desses temas, para instruir as famílias atendidas diariamente nas Unidades Básicas de Saúde.

A estratégia da Educação em Saúde tem a finalidade de sensibilizar e orientar as famílias, pois ao deter essa anuência, a atenção à saúde assume o caráter do dever da prevenção, impedindo as complicações da introdução alimentar incorreto. Dessa maneira, a atuação da equipe de saúde, de forma multidisciplinar e integrada, se faz necessária para prover o adequado suporte às gestantes e futuras mães. Isso pode ser concretizado de diversas formas, tais como: rodas de conversa na Unidade de Saúde, realização de palestras e seminários, visitas domiciliares, ações de educação.

Diante do exposto e devido à complexidade do processo de alimentação em lactentes, este trabalho tem como objetivo esclarecer as principais dúvidas referentes à introdução alimentar nas crianças de zero (0) a dois (02) anos de idade - considerando a realidade de vida e a situação socioeconômica das famílias, sempre na tentativa de garantir a alimentação mais correta possível para o bebê e, conseqüentemente, garantir crescimento e desenvolvimento saudáveis, melhorando a qualidade de vida dessa criança.

## JUSTIFICATIVA

A alimentação infantil é uma dúvida muito comum entre as gestantes brasileiras e é frequente o equívoco na inserção de alimentos antes do tempo recomendado, fazendo assim com que o presente trabalho seja uma importante estratégia para intervenção na população da comunidade Júlia Seffer, principalmente gestantes e lactantes.

Portanto, esse trabalho será desenvolvido com o intuito de avaliar o conhecimento das lactantes e, a partir disso, informá-las sobre boas formas de



alimentar seus filhos (com foco nos alimentos regionais), em que períodos eles podem ser introduzidos e como eles podem ser benéficos para o desenvolvimento saudável e ativo das crianças.

## OBJETIVOS

Sensibilizar mães e gestantes, na comunidade Júlia Seffer, acerca da correta introdução alimentar e dieta adequada para lactentes (de 0 a 2 anos de idade), além de acerca do aleitamento materno exclusivo até os seis meses. Oferecer orientações acerca do desmame e explicar as consequências do desmame precoce. Orientar como deve ser feita a introdução alimentar e explicar quais alimentos podem ser ingeridos pelos lactentes. Apresentar os riscos e benefícios de alimentos regionais na dieta dos lactentes. Elaborar um folder com informações essenciais sobre alimentação de 0 a 2 anos.

## METODOLOGIA

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

É sabida a importância do Aleitamento Materno Exclusivo e da correta introdução alimentar em lactentes. Diversos estudos apontam para os benefícios oriundos do AME e da introdução alimentar no tempo correto, considerando as particularidades de cada criança. O crescimento e desenvolvimento saudável e ativo depende diretamente desses fatores, tornando o conhecimento acerca desse tema imprescindível, sempre de forma a orientar e desmistificar possíveis pensamentos ou crenças – principalmente na Atenção Básica de Saúde.

Dessa forma, o presente Projeto tem por objetivo orientar as gestantes e mães sobre como deve ser realizada a alimentação nos lactentes (de 0 a 2 anos de idade). Para isso, será realizada uma roda de conversa entre os alunos realizadores do projeto e as gestantes e mães presentes na Unidade de Saúde, além de familiares que, porventura, estejam acompanhando também. A atividade será realizada em algumas etapas, descritas a seguir.

Primeiramente, será testado o conhecimento prévio das participantes do projeto acerca do tema “alimentação em lactentes”. Isso será realizado por



meio de um questionário oral, com perguntas de “verdadeiro” ou “falso”, que abordem as principais dúvidas e mitos sobre esse processo. O objetivo inicial é justamente reconhecer o grau de conhecimento das mães e gestantes sobre esse assunto.

Após essa etapa, será explicado às participantes do projeto como se deve realizar a correta alimentação dos lactentes (pelas orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria) considerando sempre as particularidades das idades. O propósito dessa etapa é trazer um conhecimento baseado em evidências científicas e que, efetivamente, é reconhecido como promotor da saúde e do crescimento e desenvolvimento ativo da criança.

Em um terceiro momento, será aberto às participantes uma nova possibilidade de conversa, visando sanar possíveis dúvidas que ainda possam existir, além de retomar o questionário inicial, esclarecendo quais eram as respostas corretas e quais não.

Por fim, para ajudar na fixação dos conhecimentos repassados, será entregue às participantes do Projeto um folder, contendo as principais informações discutidas, de forma didática e esquematizada.

#### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esclarecimento para as gestantes e mães envolvidas na atividade de que se trata de um Projeto de Intervenção e que não haverá nenhuma forma de pagamento ou remuneração pela participação envolvida, mas sim que fazem parte de uma estratégia que visa melhorar o conhecimento acerca da correta alimentação dos lactentes, além de sanar possíveis dúvidas quanto ao tema.

#### LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O local de realização da intervenção é a UBS Julia Seffer.

#### PÚBLICO-ALVO

Gestantes e/ou mães de lactentes (crianças até os 02 anos de idade).

#### METAS A SEREM ATINGIDAS

1º Passo → Identificação do problema e escolha do tema a ser abordado no Projeto de Intervenção.

2º Passo → Realização de reunião com a diretora da UBS Julia Seffer para aprovação da apresentação do Projeto.



3º Passo → Desenvolvimento do trabalho escrito + Confeção de folder informativo.

4º Passo → Realização de atividade de educação em saúde com o público-alvo, através de uma roda de conversa.

5º Passo → Entrega final do Projeto escrito.

### RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados têm estreita relação com os objetivos propostos. Assim, considerando a falta de conhecimento de muitas gestantes e mães de recém-nascidos acerca da correta forma de alimentação deles, além da elevada prevalência de alergias e doenças infecciosas nessa idade, o presente trabalho busca que haja a aquisição de conhecimento pelas participantes do projeto.

Dessa forma, fazendo com que mães obtenham mais informação acerca do tema, no intuito de diminuir as chances de ocorrência de processos alérgicos, de infecções e de óbitos em recém-nascidos, além de estimular a incorporação de alimentos mais nutritivos no cotidiano dessas crianças – provendo meios para o desenvolvimento e crescimento ativo e saudável.

O Projeto de Intervenção, portanto, traz uma expectativa de contribuição de conhecimentos e troca de saberes coma comunidade, buscando oferecer soluções para melhorar a alimentação infantil do território de abrangência da UBS Júlia Seffer, além de contribuir na formação dos acadêmicos com aquisição de competências e habilidades específicas.



## PRODUTO – FOLDER

ANANINDEUA/JÚLIA SEFFER

Riscos da alimentação inadequada: a dieta inapropriada pode predispor o seu bebê a alergias, intolerâncias, e até mesmo um impacto no seu crescimento e desenvolvimento!

Entenda a importância do leite materno.



SAÚDE ALIMENTAR DE 0 -2 ANOS



Referências:  
- Caderneta da Criança 12ª Edição - Ministério da Saúde.  
- Saúde da Criança: Nutrição Infantil - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 23 - Ministério da Saúde.

Autores:  
Acadêmicos do quinto semestre de medicina do CESUPA-2020:  
Eduardo Domingues  
Fábio Pinheiro  
Gabriel Pacheco  
Juliana Remédios  
Luma Medeiros  
Orientação: Prof. Roseane Santos



## Tipos de Aleitamento materno:

**- Aleitamento materno exclusivo:** quando a criança recebe somente leite exclusivo materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos.

**- Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e líquidos rituais.

**- Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

**- Aleitamento materno misto:** quando a criança recebe leite misto ou parcial materno e outros tipos de leite.

## O que é amamentar?

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.



## 10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

**PASSO 1** – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

**PASSO 2** – Ao completar 6 meses, introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.

**PASSO 3** – Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

**PASSO 4** – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

**PASSO 5** – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

**PASSO 6** – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

**PASSO 7** – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

**PASSO 8** – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

**PASSO 9** – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

**PASSO 10** – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

## REFERÊNCIAS

1. BERZUINO, Miriã Benatti et al. Alergia alimentar e o cenário regulatório no Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 14, n. 2, 2017
2. DA SILVA MONTEIRO, Gicely Regina Sobral; DA SILVA TAVARES, Adrienny Nunes; DA SILVA PEDROSA, Zenaide Verônica Ribeiro. A introdução alimentar precoce e o risco de alergias: Revisão da literatura. **Enfermería Global**, n. 54, p. 485, 2019.
3. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia, Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. **Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina**. E. Rev Bras Alerg Imuno Patol, 35 (2012), pp. 203-233
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).



## 12

**PRODUÇÃO AUDIOVISUAL COM FERRAMENTA DE ENSINO A DISTÂNCIA NO COMBATE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL EM DUAS ESCOLAS EM ANANINDEUA – PA**

DOI: 10.36599/itac-ed1.102

Bruno Souza dos Santos<sup>1</sup>  
Taynah Mayara Monteiro e Silva Riker<sup>2</sup>  
Amanda Wosny Guimarães<sup>3</sup>  
Ana Paula Sales de Araújo<sup>3</sup>  
Iameme Fadul<sup>3</sup>  
Izabela Carneiro de Queiroz<sup>3</sup>  
Joseline Barbosa Aboim<sup>3</sup>  
Juliana Valente Alves<sup>3</sup>  
Laís Carneiro dos Santos<sup>3</sup>  
Letícia Viana Martins Beltrão<sup>3</sup>  
Lucas Solano Araújo da Silva<sup>3</sup>  
Natália Crespo Grandi<sup>3</sup>  
Roberto Conceição Damasceno<sup>3</sup>  
Walkyria Abraham Pegado<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário do Estado do Pará, titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, exerce função de Preceptor da graduação do curso de Medicina do Cesupa, e trabalha como Médico de Família no setor de Atenção Primária do Plano Amazônia Saúde.

<sup>2</sup> Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará, Médica de Família e Comunidade pela Universidade do Estado do Pará, Mestre em Saúde da Amazônia pela Universidade Federal do Pará. Atualmente atuante na APS Unimed Belém e docente do curso de Medicina pelo Centro Universitário do Pará.

<sup>3</sup> Graduandos do 5º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO****EPIDEMIOLOGIA**

De acordo com dados do Sinan, no Brasil, durante o período de 2011 a 2017, foram notificados 1.460.326 casos de violência. Desse total, 15,0% ocorreram contra crianças e 25,5% contra adolescentes, o que correspondem a 40,5% dos casos registrados (Figura 1).<sup>1</sup>

Além disso, no mesmo período, as notificações de violência sexual contra crianças e adolescente totalizaram 76,5% e ao comparar os anos 2011 e 2017, o abuso sexual infanto-juvenil apresentou considerável aumento: 64,6%



e 83,2% contra crianças e adolescentes, respectivamente.<sup>1</sup>



Figura 1 - Número de notificações de violência no Brasil nos anos de 2011 a 2017 (Fonte: Brasil, 2018)

## DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS

Como forma de auxiliar a identificação dos maus tratos, deve-se inicialmente conhecer sua definição. Por isso, Pires e Miyazaki em 2005<sup>2</sup>, os conceituaram:

“Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.”

Tais afrontas podem ser cometidos contra a criança e ao adolescente tanto pela omissão, quanto pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, denotados pelas regulamentações legais ou normas culturais.<sup>3</sup>

## CLASSIFICAÇÕES DE MAUS-TRATOS

Os maus-tratos são divididos nos seguintes tipos<sup>4</sup>:

**Maus-tratos físicos:** conceitualmente, é a utilização da força física de maneira intencional realizada por genitores ou responsáveis ou familiares ou indivíduos próximos, com o intuito de machucar, danificar ou destruir esta ser, deixando ou não marcas aparentes.<sup>5</sup>

A “síndrome do bebê sacudido” é um achado especial deste tipo de abuso, caracterizado por lesões cerebrais que acontecem quando o infante, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudido por um adulto.<sup>6</sup>

Quanto à síndrome da criança espancada, Oliveira e Russo em 2017<sup>7</sup> caracteriza-se:

“refere-se, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais”



O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

**Síndrome de Munchausen por procuração:** é caracterizada pela busca de serviços médicos destinados a criança por sintomas e/ou sinais fantasiosos ou até mesmo ocasionados propositalmente pelos responsáveis. Em virtude disso, ocorrem como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, obrigar ingestão de líquidos etc.) e psicológicas (múltiplas consultas e internações).<sup>8</sup>

**Abuso sexual:** considerado como ato ou jogo sexual, seja relacionamento heterossexual ou homossexual em que a pessoa que o acomete possui estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que o agredido. Intencionalmente existe a estimulação sexual ou o uso para obtenção de satisfação sexual. Tais ações são imposição à criança ou adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de volição.<sup>9</sup>

Estes mudam desde atos em que não há o contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) até aqueles que ocorrem com ou sem penetração. Abrange também: exploração sexual em busca de benefício financeiro como prostituição e pornografia.<sup>10</sup>

**Maus-tratos psicológicos:** são constituídos por toda maneira de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição importantes e uso infantil para suprir necessidades psíquicas dos adultos. Esse tipo de violência psicológica ocasiona agravos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. É considerada como a mais difícil de ser identificada, apesar de estar, variadas vezes, dentro de diversos tipos de violência.<sup>11</sup>

**Negligência:** o responsável pela criança ou adolescente se omite em oferecer a elas tudo aquilo que precisam para o seu desenvolvimento.<sup>12</sup> Uma forma extrema de negligência é o chamado abandono. Essa omissão é tanto nos cuidados básicos como também na suspensão de medicamentos e nos cuidados pertinentes à saúde; higiene; ou ainda na falta de proteção contra as reclamações do meio (frio, calor); e em não dar estímulos e condições para a ida à escola.<sup>13</sup>



A constatação da negligência é complicada em virtude das dificuldades socioeconômicas. Tal evidência permite perguntar se há intencionalidade nesses termos. Entretanto, além da culpa do responsável pelos cuidados da omitido, é mister uma atitude protetiva em relação a esta.<sup>14</sup>

#### VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL

O abuso/violência sexual infantil inclui contato sexual não consensual, efetivado ou tentado, além de atos de natureza sexual que não envolve contato (como voyeurismo ou assédio sexual), tráfico sexual e exploração online.<sup>15</sup>

Estudos evidenciam que a maioria dos casos de abuso sexual ocorrem em meninas entre 5 e 10 anos e que grande parte da violência é intrafamiliar, com grande frequência o pai como autor.<sup>16</sup>

Ademais, essa violência é considerada fator de risco para vários problemas de saúde na infância e vida adulta, tanto no aspecto físico quanto psicológico. Nesse sentido, pode dificultar o desenvolvimento cerebral e produzir danos no sistema endócrino, circulatório, reprodutivo, respiratório e imune. Além disso, aumenta o risco de lesões, infecções por HIV e gravidez precoce, somado a problemas de saúde mental atraso no desenvolvimento cognitivo e de desempenho escolar.<sup>17</sup>

Pelo exposto, é fundamental entender os principais indicadores de violência sexual a partir do comportamento do agredido que, sutilmente, por expressões, brincadeiras ou desenhos instiga um conhecimento sexual inadequado para a sua idade, visto que o vínculo principal da criança é por meio lúdico, deste modo por intermédio de brincadeiras à vítima atua o momento em que está vivendo, podendo envolver outras crianças do ambiente de convivência como a escola e demonstrar por meio de gestos, toques, o que tem passado pelo abusador. Além de sintomas físicos como infecções urinárias, dor ou inchaço nas áreas genitais ou anais, lesões e sangramentos, ISTs ou enfermidades psicossomáticas.<sup>18,19</sup>

#### NOTIFICAÇÃO

Alguns estados e municípios possuem ficha padronizada para notificação. Contudo, nos casos em que não esteja disponível, sugere-se que o profissional faça relatório completo. A notificação pode ser feita por telefone, mas o ideal é que seja por escrito e sempre que possível com a ciência da chefia da unidade. Esse relatório deverá ser encaminhado ao Conselho Tutelar.



Uma boa descrição da situação evitará que o Conselho precise de complemento das informações. Tal descrição evita que excessivamente se questione a respeito de maus-tratos à criança ou ao adolescente e até à sua família, o que eleva o sofrimento. A notificação não exime a responsabilidade em encaminhar a família, em paralelo, para serviços de ajuda, complementando a rede de suporte.<sup>20, 21</sup>

#### IMPORTÂNCIA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO NAS QUESTÕES SOBRE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Consoante ao previsto no artigo 245 do Estatuto da criança e do adolescente – ECA (Lei 8.068/90), o professor e os demais profissionais de ensino das redes públicas e particulares possuem a responsabilidade de comunicar às autoridades competentes qualquer caso suspeito ou confirmado de violência ou maus-tratos contra estudantes menores de 18 anos, e caso não façam estão sujeitos à multa.<sup>22</sup>

Portanto, para que isso ocorra efetivamente, é essencial que os educadores estejam capacitados para exercer esse papel protetivo e preventivo, assim como proposto pelo Projeto de Lei 4753/2012 que dispõe de cursos referentes à identificação de maus-tratos, negligência e abuso sexual contra crianças e adolescentes.<sup>23</sup>

De acordo com o Sinan, no período de 2011 a 2017, 69,2% das notificações de violência sexual infantil ocorreram na residência e em 37,0% dos casos o autor era algum familiar.<sup>1</sup> Logo, uma vez que no ambiente familiar a vítima é exposta ao seu abusador, a escola é vista como local seguro e de refúgio, por conta disso, cria-se um espaço favorável para identificação e prevenção de violência sexual na infância.<sup>25</sup>

Nesse sentido, a escola apresenta-se como ambiente essencial na detecção precoce do abuso infantil, pelo elo formado entre alunos e professores. Em virtude disso, é imprescindível instaurar projetos, a fim de capacitar o corpo docente para reconhecer e ensinar aos alunos os sinais indicativos de violência infantil e como agir diante deles.<sup>26,24</sup>

Dessa forma, a prevenção pode ser efetivada a partir de Programas de educação sexual dentro desse âmbito, a fim de alertar as crianças acerca de atitudes propícias de um abusador, a respeito de toques inapropriados e



avanços sexuais, criando, ainda, um vínculo estreito entre alunos e educadores, ampliando, dessa maneira, a confiabilidade entre eles.<sup>27</sup>

Além disso, crianças menores possuem mais dificuldades em relatar o abuso, sendo assim, se faz necessário a capacitação de profissionais de educação, sobretudo professores, e produção de materiais instrutivos, para atuar como agentes de prevenção e agregar de forma essencial à identificação de sinais e sintomas, de abuso e promover intervenção precoce.<sup>28</sup>

#### ENSINO ESCOLAR NO CONTEXTO ATUAL.

No quadro atual de suspensão das atividades escolares em todo o país, em virtude do essencial isolamento implantado pela pandemia de coronavírus, secretários municipais de educação, gestores, professores e todos os profissionais associados a esse âmbito discutem alternativas relacionadas ao Ensino à Distância (EAD) para garantir a continuidade das atividades.<sup>29</sup>

Além disso, no presente cenário, o espaço de sala de aula foi invadido pela tecnologia, a qual promoveu mudanças na área do conhecimento e contribui para o surgimento da Educomunicação, um conceito pedagógico delimitado pela utilização de recursos tecnológicos inovadores e técnicas de comunicação no ensino, podendo ser desenvolvida com estudantes de qualquer faixa etária.<sup>30</sup>

Somado a isso, os recentes PCNs (Planos Curriculares Nacionais) apontam a necessidade do cinema no processo de construção de conhecimento o que pode ser observado no artigo 3º, inciso I, das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio:

“[...] deverá substituir a [estética] da repetição e padronização, estimulando a criatividade, o espírito inventivo, a curiosidade pelo inusitado, e a afetividade, bem como facilitar a constituição de identidades capazes de suportar a inquietação, conviver com o incerto e o imprevisível, acolher e conviver com a diversidade, valorizar a qualidade, a delicadeza, a sutileza, as formas lúdicas e alegóricas de conhecer o mundo e fazer do lazer, da sexualidade e da imaginação um exercício de liberdade responsável.”<sup>31</sup>

Diante disso, os projetos audiovisuais surgem como possibilidade viável, na presente conjuntura, para implantar programas e atividades educacionais acerca da violência sexual infantil, a fim de abordar amplamente essa temática entre alunos/família e profissionais da educação, de forma lúdica e instrutiva,



uma vez que a escola é considerada uma das principais instituições para detecção, intervenção e encaminhamento desses casos.<sup>32</sup>

## PROBLEMA

Os alunos e profissionais de educação que compõem as instituições de ensino (em suma duas delas locais adscritas) estão aptos para identificar e lidar de maneira assertiva com a violência sexual infantil?

## JUSTIFICATIVA

Diante do crescimento dos índices de violência no Brasil, observou-se que um dos grupos mais afetados são crianças e adolescentes, faixa etária mais vulnerável a sofrer abusos físicos, sexuais e psicológicos, principalmente.

Dessa forma, questionou-se o porquê desse aumento e se as vítimas, além dos contactantes próximos (pais, professores e profissionais de saúde) encontram-se preparados para lidar com essas práticas, identificando e denunciando de forma adequada, a fim de buscar reduzir os danos às vítimas.

Nesse sentido, no cenário atual pandêmico, surge a necessidade de instituir métodos de ensino tecnológicos, como ferramentas audiovisuais, com o intuito de solucionar o empecilho do isolamento social e proporcionar conhecimento acerca da temática para uma parcela significativa de alunos.

Portanto, evidencia-se a importância de abordar o tema supracitado em escolas, com alunos e professores, por meio de um vídeo didático, lúdico e explicativo para que seja possível, assim, identificar precocemente e prevenir tais ocorrências.

## OBJETIVOS

Abordar a problemática do abuso sexual infantil na instituição através de vídeos lúdicos que enfatizem assuntos de grande impacto entre os educadores e os alunos das escolas (duas adscritas), de faixa etária entre 7 e 14 anos.

Utilizar vídeos na ferramenta Educação a distância para reflexão e desenvolvimento de algumas possíveis alternativas de prevenção em âmbito



educativo e na qualificação aos professores, a fim de que a Educação em formação possa dar uma contribuição mais apropriada aos anseios dos educadores.

Abordagem dinâmica com os discentes, por meio de vídeos lúdicos com bonecos de pano, que estimulem a compreensão dos fatos, sentimentos desenvolvidos pelo abuso e a importância do diálogo com os pais ou responsáveis não envolvidos diretamente no abuso.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma produção audiovisual com enfoque educacional sobre o tema abuso/violência sexual, utilizando linguagem lúdica e simplificada para promover adequada compreensão do assunto, tendo como o público-alvo o infanto-juvenil em geral, principalmente para os alunos das escolas.

Primeiramente, os alunos do 5º semestre de medicina do Centro Universitário do estado do Pará adquiriram dois bonecos, um representando uma menina e outro um menino com o intuito de demonstrar as partes do corpo onde o “toque” por pessoas não autorizadas deve ser evitado e reportado aos adultos competes, essa representação foi feita colocando-se um “X” vermelho nessas áreas.

Por fim, a dinâmica dar-se-á com a releitura do videoclipe “Nisso e Naquilo” de autoria de Marcinha das Artes de Leticia Santos com a interpretação de Priscilla Delatorre, na qual uma estudante promove a atuação de recitar a letra da música e coloca os “X” em cada parte do corpo do boneco.

Após a entrega do material audiovisual para as escolas incluídas no planejamento, a direção optou pelo compartilhamento do conteúdo no momento que julgar pertinente, com sugestão de divulgação nas redes sociais (como grupos no WhatsApp) com o público-alvo, sob supervisão dos pais. Devido a pandemia, as redes sociais tornaram-se recurso amplamente utilizado para divulgar conteúdo, bem como promoção de aulas online. Com isso, essa forma de publicação respeita o distanciamento social, bem como é de fácil acesso ao público-alvo.



## RESULTADOS ESPERADOS

Dado que o abuso sexual consiste em um problema de cunho político, social e familiar, os discentes- que cursam o quinto semestre no Centro Universitário do estado do Pará- promoveram um plano de intervenção a distância com linguagem acessível afim de orientar como agir em casos de abuso sexual e incitar entre os infantes autopercepção, autoestima e segurança em relação ao corpo. Além disso, a atividade udiovisual tem o objetivo de destacar a responsabilidade do papel desempenhado pelas escolas com o intuito de estimular a comunicação.

Por fim, é essencial enfatizar a importância de um debate constante e interdisciplinar de todas as esferas sociais de maneira acessível e lúdica uma vez que se configura uma realidade cruel vivenciada pelas crianças do Estado do Pará.

## PRODUTO – VÍDEO

LINK: <https://youtu.be/TnWADj9CJpg>

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
2. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: Revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde. 2005; 12(1): 42-9.
3. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(2): 539-546.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2 ed. Rio de Janeiro: SBP; 2001.
5. Abranches C. A criança, o adolescente e a violência. Resid Pediatr. 2015; 5(3):59-63
6. Cecconello AM, De antoni C, Koller SH. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. Psicologia em estudo. 2003; 8 (sn): 45-54.
7. Oliveira DCC, Russo JA. Abuso sexual infantil em laudos psicológicos: as “duas psicologias”. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2017; 27: 579-604.
8. Lima KR, Marques JM, Passos X, Silva LL, NUNES P. Síndrome de Münchausen por Procuração: Revisão Integrativa. REAID [Internet]. 2019; 88(26): 8p.
9. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. Child Abuse & Neglect. 2017; 70: 39-52.
10. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação e enfrentamento. Brasília, DF: Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT; 2015.
11. Rovinsi SLR, CRUZ RM. Psicologia jurídica: perspectivas teóricas e processos de



- intervenção. São Paulo: Vetor; 2017.
12. Mata NT, Silveira LMB, Deslandes SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 2881-2888.
  13. De oliveira AC. Negligência, acolhimento institucional e direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Serviço Social] - PUC-Rio; 2015.
  14. Mata NT. Afinal o que é negligência? Um estudo sobre negligência contra crianças. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
  15. Inspire. Sete estratégias para por fim à violência contra crianças. Washington, D.C.: OPAS; 2017.
  16. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2018; 23(4): 1019-1031.
  17. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
  18. Secretaria de Estado de Saúde. Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde Pública do DF. 2 ed. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde. 2009.
  19. Silva RG, Justi J, Vasconcelos CFC. Percepção de professores sob o abuso sexual na infância. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociale*. 2019: 17p.
  20. Ministério Público do Amapá. Protocolo de atenção integral à crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde. Macapá, AP: Ministério Público do Amapá; 2010.
  21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
  22. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990 [acesso em 11 jul 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm#art266](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm#art266).
  23. Brasil. Projeto de Lei nº 4753 de 2012. [acesso em 11 jul 2020]. Disponível em <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=560741>>
  24. Silva PFA, De souza MA. A Escola e o Abuso Sexual Infantil. *Revista Eletrônica de Estudos Jurídicos e da Sociedade UNIFEG*. 2013; 2(2): 15p.
  25. Lessa CB, Mayor AS. A dificuldade na promoção de medidas preventivas contra o abuso sexual infantil nas escolas. *Humanas & Sociais Aplicadas*. 2019; 9(25): 61-77.
  26. Penco, A. O Projeto “Escola que Protege” em Dourados/MS: Prevenção da Violência Sexual Infantojuvenil no Âmbito Educacional. Dourados. Dissertação [Mestrado em Educação] – Universidade Federal da Grande Dourados; 2015.
  27. Williams LCA, ARAÚJO EAC. Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um Enfoque Interdisciplinar. Curitiba, PR: Editora Juruá; 2009.
  28. Brino RF, Williams LCA. Capacitação do Educador acerca do Abuso Sexual Infantil. *Interação em Psicologia*. UFSCar. 2003; 7(2): 1-10.
  29. Antunes A. As redes municipais de educação diante da pandemia. FIOCRUZ, abr. 2020 [acesso em 04 jul 2020]. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/redes-municipais-de-educacao-diante-da-pandemia>>
  30. Duarte R, Milliet J, Migliora R. Projetos e práticas de mídia-educação nas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Educ. Pesqui*. 2019; 45(e202710): 19 p.
  31. Pinheiro MM. A produção audiovisual como ferramenta de aprendizagem. Brasília. Monografia [Especialização em Educação e Audiovisual] – Centro Universitário de Brasília; 2011.
  32. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CEB nº 3, de 26 de junho de 1998. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, jun. 1998.



## 13

**AÇÃO EM SAÚDE QUANTO A IMPORTÂNCIA DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA USF TENONÉ**

DOI: 10.36599/itac-ed1.103

Tanise Nazaré Maia Costa<sup>1</sup>  
Alessandra Andrade Falqueto<sup>2</sup>  
Daniel Chagas Barreto<sup>2</sup>  
Demmy Chaves Amaral Monteiro<sup>2</sup>  
Michelle Luiza da Silva Chaves<sup>2</sup>  
Paulo Henrique Pinheiro Pereira<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará, residência médica em Clínica médica (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará) e Geriatria (Hospital Universitário João de Barros Barreto), especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Associação Médico Brasileira, docente do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará, Mestre em Ensino em Saúde da Amazônia pela Universidade do Estado do Pará.

<sup>2</sup> Graduandos do 5º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

**INTRODUÇÃO**

Foi observada, ultimamente, uma elevação no número de conversas e debates sobre a alimentação da criança no primeiro semestre de vida, sendo destacados os benefícios proporcionados pelo aleitamento materno exclusivo (AME), em especial nos países em desenvolvimento, onde a sobrevivência infantil, muitas vezes, depende da condição do bebê ser amamentado ou não.<sup>1</sup>

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.<sup>2</sup>

O reconhecimento da importância do leite materno para os lactentes como fonte nutricional, benefício imunológico e emocional, até mesmo como benefício sociocultural da amamentação para toda a coletividade, encontram-



se estabelecidos, e têm obtido divulgação tanto no meio acadêmico quanto junto a toda a sociedade.<sup>1</sup>

Muitos estudos relatam a importância do leite materno para a diminuição da morbimortalidade infantil, por suas propriedades nutritivas e de prevenção contra doenças. Tais condições são suficientes para que especialistas do mundo inteiro recomendem a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebê, sendo a partir desse momento complementada com outros alimentos até os dois anos.<sup>1</sup>

O leite materno é único e incomparável, totalmente adequado para a criança quanto às suas necessidades nos primeiros anos de vida, nos quais o desenvolvimento infantil é crucial. Os dois primeiros anos são os mais decisivos. O corpo da criança se modifica rapidamente e o cérebro aperfeiçoa habilidades fundamentais como visão, inteligência e capacidade de interação. Essas transformações estão interligadas: uma influência a outra.<sup>3</sup>

Ao se alimentar diretamente do peito, o bebê recebe estímulos que ajudam a se desenvolver sensorialmente (troca de calor, cheiros, sons, olho no olho e toque), num substancial afeto entre mãe e criança. Portanto, essa prática é muito importante para o desenvolvimento infantil e laços afetivos.<sup>3</sup>

A AME faz bem não somente a criança, mas também à saúde da mulher. Amamentar auxilia na prevenção de algumas doenças, reduzindo as chances de desenvolver câncer de mama, ovário e de útero e diabetes tipo 2. Esse ato exclusivo nos primeiros 6 meses eleva o intervalo interpartal. Quanto mais tempo a mulher amamenta, maiores os benefícios para a saúde. Além disso, amamentar pode fazer bem para a saúde mental da mulher, aumentando sua autoestima e autoconfiança, elementos importantes para seu empoderamento.<sup>3</sup>

Amamentar faz bem a sociedade e é mais econômico. O bebê amamentado adocece menos e tem menor chance de ter alguma patologia futuramente; conseqüentemente, o sistema de saúde e as famílias têm menor gastos com a saúde. Amamentar é, também, mais barato do que alimentar a criança com outros leites. Além disso, não exige preparo, com economia de tempo, água e gás.<sup>3</sup>

A partir da década de 1990, várias normatizações, ações e programas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo foram idealizadas pela



Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de ampliar a divulgação dos benefícios, a prática do aleitamento materno, mobilizar profissionais de saúde e autoridades para mudanças nas rotinas das instituições de saúde, visando prevenir o desmame precoce. Nestas ações, preocupa-se alcançar a meta de obter o aleitamento materno até os dois anos ou mais de vida da criança; nos primeiros seis meses de vida como aleitamento materno exclusivo (AME), e a seguir complementado com outros alimentos. Ainda nesse programa foi idealizada a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança", que inclui os 10 passos para orientar gestantes sobre os benefícios da amamentação e das desvantagens do uso de substitutos de leite materno.<sup>1</sup>

A partir da década de 80, no Brasil, foram propostas várias estratégias com o objetivo de aumentar a prevalência do aleitamento materno, verificando-se que houve incremento nesses índices. Entretanto, esse aumento não é uniforme, mostrando que os estudos são fundamentais, pois provam os serviços e baseiam modificações e ajustes nas práticas de promoção e incentivo ao aleitamento materno.<sup>1</sup>

Mesmo com o esforço geral com objetivo de divulgar nas maternidades, postos de puericultura, e nas campanhas de saúde pública, o hábito do aleitamento materno ainda não alcançou a meta desejável, ainda que esteja evoluindo favoravelmente nos últimos 30 anos. Mas, o desmame precoce e uso de mamadeiras ainda são encontrados. Com fins de que a amamentação seja mais adotada, é importante avaliar o pensamento coletivo das mães em relação ao período e motivo de interrupção.<sup>1</sup>

## PROBLEMA

Qual a real importância do AME e quais as principais dúvidas a respeito desse tema?

## JUSTIFICATIVA

Baseado na vivência da unidade, foi observada a importância de uma intervenção para esclarecer a importância do AME entre as gestantes da



comunidade. Partindo disso, este projeto foi feito para ensinar as mulheres que frequentam a unidade, tanto aquelas que já são lactantes quanto as que planejam engravidar, sobre a importância do AME durante os primeiros seis meses de vida do filho, já que há muita desinformação e mitos acerca desse tema.

## OBJETIVOS

Realizar uma roda de conversa com as mães que fazem/fizeram as consultas de pré-natal e/ou puerpério na USF Tenoné sobre o AME. Explicar como funciona, tirando dúvidas e desmistificando alguns conhecimentos populares. Falar sobre a importância desse aleitamento para a saúde da criança e como isso irá repercutir no crescimento dela; orientar sobre quais alimentos devem ser dados a partir dos 6 meses e sobre o uso das fórmulas lácteas. Auxiliar as mães a entenderem como os hábitos alimentares locais podem não ser saudáveis para seus filhos e que, se possível, devem ser mudados em prol da saúde da criança e da família.

## METODOLOGIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:** A atividade seria realizada em um Instituto próximo a USF Tenoné, seria uma roda de conversa com as mães (que fazem/fizeram suas consultas de pré-natal e/ou puerpério) sobre o AME, com abordagem de vários tópicos e haveria a distribuição de folders sobre o tema para que elas pudessem ler e compartilhar as informações.

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** Esclarecimento de que se trata de um projeto de intervenção e não haveria nenhuma forma de pagamento pelas atividades, mas sim que faziam parte de uma estratégia para melhorar o entendimento de como deve ser feita a alimentação dos recém-nascidos e crianças.



## RESULTADOS ESPERADOS

Contribuição a comunidade, expondo pontos sobre AME nos primeiros seis meses de vida, de forma a sanar dúvidas, diminuir equívocos em relação a nutrição infantil e auxiliar mães a conduzir o processo de amamentação. Com isso, é esperado que haja um aumento da aderência da AME pelo período necessário pelas mães adscritas à USF Tenoné esperando-se uma redução nos casos de má nutrição infantil na região. Auxiliar as mães com uso de folders informativos e explicativos, desejando-se que as informações contidas nos materiais sejam propagadas para toda a comunidade, e assim aumentar o alcance do projeto e, portanto, promovendo melhor educação em saúde sobre o tema. A elaboração do produto e envio por mídias digitais aos agentes comunitários de saúde foi realizada sendo alcançados objetivos e resultados almejados.

### PRODUTO – FOLDER



### TIPOS DE LEITE MATERNO

#### COLOSTRO

- É produzido de 3-7 dias após o parto
- Leite que age com proteção ao RN, protegendo contra vírus, parasitas e bactérias.
- Ajuda na imunidade do bebê.
- Tem uma cor amarelada e aparência mais rala.
- É rico em proteínas e vitaminas.

#### LEITE DE TRANSIÇÃO

- É produzido de 7-15 dias após o parto.
- É rico em vitaminas, lipídios e lactose.

#### LEITE MADURO

- É produzido aproximadamente 15 dias após o parto.
- Ele é dividido em 3 fases:

#### LEITE MADURO ANTERIOR

- Tem uma grande quantidade de água.
- Rico em açúcar.
- Tem pouca proteína e gordura.
- Não sacia a fome, mas sim a sede.

#### LEITE MADURO INTERMEDIÁRIO

- Rico em proteínas
- Leite em transição

#### LEITE MADURO POSTERIOR

- Rico em gordura
- Dará saciedade para o bebê.
- Essencial para o ganho de peso.
- Também é rico em proteínas.

### FICA A DICA!

Como identificar em que fase do leite materno você está.

Tipos de leite materno

COLOSTRO    LEITE DE TRANSIÇÃO    LEITE MADURO

### BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

#### PARA O BEBÊ

- Ajuda na formação da microbiota intestinal do bebê.
- Ajuda na produção de imunidade, devido a ser rico em anticorpos.
- Ajuda no desenvolvimento intestinal e oral.
- Diminui o risco de infecções, intolerâncias e alergias no bebê.
- O leite materno é o alimento mais completo para o seu bebê até os 6 meses de vida.

#### PARA A MÃE

- Ajuda a perder peso após o parto.
- Pode funcionar inicialmente como um contraceptivo natural.
- Diminui o sangramento após o parto.
- Aumenta o afeto e vínculo Mãe e filho (a).
- É um gesto de amor e transmite carinho para o bebê.
- É prático, de graça e sempre está a disposição em qualquer hora e lugar.



**COMO SABER SE O BEBÊ ESTÁ MAMANDO DE FORMA CORRETA?**

- Sua boca forma um vácuo com a auréola do seio da mãe.
- Seu queixo fica apoiado ao seio da mãe.
- O bebê tem que mamar no mínimo por 1 hora para conseguir ingerir todas as fases do leite materno.
- A mãe não sente dor ao amamentar e também não deixa o seu seio ferido.
- O bebê consegue sugar o leite, suas bochechas ficam redondas e chelas.
- O nariz do bebê não pode ficar todo encostando na mama da mãe.

**A PEGA CORRETA!**



**CERTO**      **ERRADO**



**CONSEQUÊNCIAS DA PEGA INCORRETA**

- O bebê não faz a mamada completa.
- Pode fazer o bebê engolir ar e isso pode gerar gases nele.
- A mãe sente dor ao amamentar e também pode deixar o seio ferido.

**POSIÇÕES PARA AMAMENTAÇÃO**

- A mãe e o bebê devem estar em uma posição confortável.
- A mãe deve estar relaxada, bem apoiada.
- O corpo do bebê próximo e voltado para a mãe.
- Colocar sempre a cabeça do bebê na mesma altura do seio da mãe.



Não dê ouvidos para quem diz que seu leite é "Traco". Isso não existe.  
O melhor leite e alimento que tem para seu bebê é o seu. Ele será suficiente para fazer seu filho (a) crescer e se desenvolver de forma saudável e nutrido.

Se está com dificuldade na amamentação sempre procure orientações de profissionais da área da saúde para lhe ajudar.

Não dê fórmula, leite de vaca, chupeta, chá, mingal ou mamadeira para seu bebê antes de procurar a orientação de um médico.

*"Amamentar é um ato natural e constitui a melhor forma de alimentar, proteger e amar o seu bebê."*

**Docentes**  
Tanise Maia

**Discentes**  
Alessandra Falqueto  
Paulo Henrique Pereira  
Denning Chaves  
Daniel Barreto  
Michelle Chaves



## REFERÊNCIAS

1. SANTOS, V. L. F. D; SOLER, Z. A. S. G; AZOUBEL, Reinaldo. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 283-291, ago./2005;
2. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab\\_23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab_23.pdf);
3. **GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde.



## PREVENÇÃO DE QUEDAS NA FAIXA ETÁRIA IDOSA - PROJETO DE INTERVENÇÃO

DOI: 10.36599/itac-ed1.104

Évila Fernanda Lameira de Melo Sodré<sup>1</sup>  
Amanda Aguiar Martins Nunes<sup>2</sup>  
Fernanda Caroline de Sousa Ribeiro<sup>2</sup>  
Isabella Siqueira Ferreira<sup>2</sup>  
Julia Henrique Sabino<sup>2</sup>  
Paulo André Dias da Silva<sup>2</sup>  
Raiza Pontes Aood<sup>2</sup>  
Wagner Wilson Santos de Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade do Estado do Pará, pós-graduação em Medicina do Trabalho e em Homeopatia, Mestre em Educação em Saúde- ESEM/CESUPA  
Docente no CESUPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 6º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é a pessoa com 60 anos ou mais. Há, no Brasil, mais de 28 milhões de indivíduos nessa faixa etária, correspondente a 13% da população brasileira.

Diante disso, foi criada A Política Nacional de Atenção ao Idoso, aprovada pela PORTARIA Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, tem por objeto dar atenção integral à Saúde do idoso, valorizando o envelhecimento saudável e ativo, estabelecendo como meta aumentar a oferta de serviços de qualidade pelo SUS, indicando situações de vulnerabilidade social; identificando, por meio de diagnóstico precoce, a existência de processos demenciais; avaliando a capacidade funcional, entre outros.<sup>1,2</sup>

Sonneborn (1978), definiu o envelhecimento como própria, progressiva e irreversível redução de reserva funcional. O processo de envelhecimento, em condições normais, costuma não provocar problema, porém, pode evoluir para condições patológicas que necessitem de auxílio, quando em condições de sobrecarga: doenças, acidentes e estresse emocional.<sup>3</sup>



Nesse contexto, as quedas nos idosos ocorrem comumente e são os principais fatores que ameaça a independência dos idosos. Como é o caso de muitas síndromes geriátricas, as quedas geralmente ocorrem quando comprometimentos em múltiplos domínios comprometem a capacidade compensatória do indivíduo.<sup>12</sup>

A incidência de quedas aumenta com a idade e varia de acordo com o status de vida.<sup>7,11,8</sup> Em 2018, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental, 27,5% dos adultos com idade  $\geq$  65 anos relataram pelo menos uma queda no ano passado (35,6 milhões de quedas) e 10,2% relataram uma lesão relacionada à queda (8,4 milhões de quedas relacionadas à queda). lesões).<sup>7</sup> A porcentagem de quedas aumenta para 34% naqueles 85 anos ou mais, e as lesões por quedas e quedas foram relatadas mais comumente por mulheres do que por homens.<sup>7</sup>

As quedas ocasionam o aumento do risco de fraturas, a perda da confiança para andar, o medo de cair novamente e a depressão,<sup>4</sup> gerando, assim, redução da autonomia e da independência, crescendo o custo social<sup>10</sup> e contribuindo para a institucionalização e para a mortalidade.<sup>9</sup>

Nesse contexto, é de extrema importância o conhecimento sobre esse tema que afeta, principalmente, os idosos, observando suas possíveis consequências para poder aprimorar as medidas para diminuir essa incidência na população, por meio da promoção, prevenção e reabilitação desses indivíduos. Dessa forma, segundo Santer, fazemos o que estabelece a política nacional de saúde do idoso, em relação a promoção do envelhecimento saudável com manutenção da pessoa idosa em seu ambiente familiar e com capacidade funcional preservada.

## PROBLEMA

Este projeto de pesquisa tem como característica principal orientar a população idosa atendida na Unidade Básica de Saúde Paracuri I, acerca da prevenção e manejo de quedas. A importância deste projeto para a Unidade e para sua respectiva comunidade está pautada na identificação da queda como um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde de idosos. Por conseguinte, tem se mostrado um problema sério de saúde



pública devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e à sua maior longevidade, aumentando a demanda de recursos e por cuidados de longa duração.

Nesse sentido, o projeto pretende agir por intermédio de uma palestra conscientizadora de linguagem simples acessível, acompanhada de materiais ilustrativos, com o intuito de abordar acerca de medidas necessárias para a prevenção de quedas, esclarecer acerca de fatores de risco modificáveis, comorbidades associadas à predisposição de quedas, além de profissionalizar os Agentes Comunitários de Saúde acerca da identificação de ambientes domiciliares propícios a quedas, e como intervir e adaptar tais espaços.

Tal ação visa contribuir para a qualidade de vida dos idosos e suas famílias, reduzir a morbimortalidade e complicações por quedas na região e assim evitar outras consequências relevantes, como a restrição de mobilidade, incapacidade funcional, isolamento social, insegurança e medo, comuns nessa faixa etária.

## JUSTIFICATIVA

Sabe-se que o índice de quedas cresce com o passar da idade, estando associado ao aumento do sedentarismo e ao uso de medicações referidas<sup>10</sup>, culminando com a perda da independência laboral dos idosos. Assim, tendo em visto o alto fluxo de idosos na Unidade de Saúde Paracuri I, faz necessário esclarecer, de forma acessível, medidas preventivas que reduzam o número de quedas nessa população, amenizando as drásticas sequelas causadas por elas.

Logo, a realização de pequenas palestras permitirá explanar métodos preventivos às quedas, além de sanar as dúvidas que possam existir naquele momento. Além disso, como materialização do debate, haverá distribuição de panfletos informativos, possibilitando aos participantes a detenção do conteúdo, de forma resumida, dentro de suas casas.

## OBJETIVOS

**GERAL:** Propiciar a população o acesso à informação e a educação de forma simplificada em relação a prevenção de quedas na população idosa.



**ESPECÍFICO:** Apresentar de forma didática através da utilização de um manual de prevenção de quedas distribuído aos ouvintes como os idosos e seus familiares podem avaliar e identificar os fatores modificáveis internos e externos que possam predispor a queda. Explicar de forma acessível e ilustrativa ao idoso as consequências que podem ter a exposição aos possíveis riscos e a não prevenção de acidentes em ambiente intra e extra domiciliares. Orientar e demonstrar através do manual utilizado intervenções precoces que possam evitar as quedas e possíveis agravos associados. Estimular o uso da caderneta do idoso e incentivar como hábitos as orientações de prevenção a quedas presentes nessa. Explanar aos Agentes Comunitários de Saúde a partir do material de intervenção divulgado (Manual de Prevenção a quedas) como avaliar ambientes de possível risco e como intervir de forma simples e adaptada a realidade do usuário para prevenir esse tipo de agravo.

## METODOLOGIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:** A roda de conversa com idosos, que será feita na unidade de saúde, tem o intuito de auxiliar os idosos, de como deve ser um lar adequado, que evite quedas, como a presença de pisos antiderrapantes, barras em locais escorregadios, uso de bengalas, entre outros. Mostrar a importância de ter acesso à caderneta do idoso e utilizá-la, para ajudá-lo.

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** A discussão a ser abordada, tem o intuito de ajudar, sanar dúvidas que os idosos tenham em relação ao um ambiente adequado, para que possa viver com segurança, assim prevenindo quedas.

**LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:** A atividade será realizada na unidade de saúde Paracuri 1, em Belém – PA.

**PÚBLICO-ALVO:** Os idosos que abrangem a área da unidade de saúde Paracuri 1, e demais regiões que queiram participar.

**METAS A SEREM ATINGIDAS:**

1º Passo: Promover para a população alvo, os idosos a importância da prevenção de quedas para uma melhor qualidade de vida.



2º Passo: Explicar como deve ser os cuidados dentro e fora de casa para evitar quedas.

3º Passo: Conscientizar como as comorbidades podem predispor as quedas.

4º Passo: Exemplificar como pode ser um ambiente adequado, como colocar barras de apoio no banheiro, piso antiderrapante e entre outros.

5º Passo: Distribuir folders para que a discussão fique o mais didática possível.

### **RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO**

Compreender que as quedas de pessoas idosas representam um problema de saúde pública e aumentam progressivamente com a idade podendo significar, muitas vezes, que houve um declínio das funções fisiológicas. Dessa forma, afetando a qualidade de vida do idoso.

Ampliar o acesso à informação da população idosa e seus familiares sobre a prevenção de quedas para que possam entender e implantar no seu dia a dia em seus ambientes domiciliares as principais maneiras de evitá-las.

Orientar sobre a importância do uso da caderneta do idoso como uma das maneiras de proporcionar informação de forma didática e ilustrativa, acerca da prevenção de quedas.

Aperfeiçoar o conhecimento e ampliar a informação por parte dos profissionais de saúde, para que estes concedam maior atenção situações que sinalizem riscos para a saúde do idoso, ou no ambiente em que ele vive e assim, poder intervir para evitar problemas graves que limitem ou causem perda da funcionalidade do idoso.



PRODUTO

## MANUAL DE PREVENÇÃO DO IDOSO CONTRA QUEDAS





30% **30% DOS IDOSOS CAEM 1 VEZ POR ANO.**



40% **40% DOS IDOSOS COM MAIS DE 80 ANOS CAEM 1 VEZ POR ANO.**



70% **70% DAS QUEDAS ACONTECEM EM CASA.**

### O PORQUÊ DAS QUEDAS



**VARIAÇÕES BRUSCAS DA PRESSÃO ARTERIAL**



**DIMINUIÇÃO DOS REFLEXOS**



**JEJUM PROLONGADO QUE LEVA A HIPOGLICEMIA**



**USO DE MEDICAMENTOS SEM ORIENTAÇÃO**



**TONTURAS E VERTIGENS**



**DIMINUIÇÃO DA VISÃO**

### AS CONSEQUÊNCIAS



**FRATURAS ÓSSEAS PRINCIPALMENTE DE QUADRIL E FEMUR**



**TRAUMAS DE CRÂNIO**



**DEPRESSÃO E ANSIEDADE**



**MEDO DE NOVOS EPISÓDIOS DE QUEDAS**

**MAIOR NÚMERO DE INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS OU INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

### CASA SEGURA



#### SALA

- SOFÁS:** DEVEM SER ALTOS E COM APOIO, POIS FACILITAM PARA SENTAR E LEVANTAR.
- MÓVEIS:** UTILIZE ARMÁRIOS MAIS BAIXOS, PARA NÃO PRECISAR DE BANCOS OU ESCADAS PARA ALCANÇAR OBJETOS.

- **CAMINHO:** LIVRE DE OBJETOS COMO BRINQUEDOS, FIOS E EXTENSÕES ELÉTRICAS OU MOVEIS.
- **TAPETE:** EVITAR OU USAR UM TAPETE ANTIDERRAPANTE

### QUARTO



- **LUZ:** TENHA UM INTERRUPTOR OU ABAJUR AO LADO DA CAMA PARA EVITAR SE LEVANTAR NO ESCURO.
- **CAMA:** PREFIRA CAMAS MAIS ALTAS E COM COLCHOES MAIS DUROS PARA FACILITAR AO SE LEVANTAR.

- **CALÇADOS:** EVITE USAR CALÇADOS ALTOS, COM SOLADO LISO OU MEIAS. USE ANTIDERRAPANTES

## BANHEIRO



- **LUZ:** PARA DEIXAR O AMBIENTE MAIS ILUMINADO, UTILIZE LÂMPADAS FLUORESCENTES.
- **CHUVEIRO:** EVITE BOXES DE VIDRO, E SE POSSÍVEL, TENHA UMA CADEIRA FIRME E RESISTENTE OU BARRAS DE SEGURANÇA.
- **AUMENTE A ALTURA DO VASO SANITÁRIO** USANDO ELEVADOR DE ASSENTO E SE POSSÍVEL, INSTALE BARRAS PROXIMAS
- **TAPETES:** USE OS EMBORRACHADOS E ANTIDERRAPANTES.

## COZINHA



- **ARMÁRIOS:** UTILIZE ARMÁRIOS FIXADOS NA PAREDE E DE FÁCIL ACESSO.
- **CASO PRECISE PEGAR OBJETOS FORA DO SEU ALCANCE,** PEÇA AJUDA A ALGUÉM. EVITE SUBIR EM ESCADAS OU BANCOS.

## OS PIORES INIMIGOS



Escada móvel



Piso molhado



Ambientes mal iluminados



Abuso de bebidas alcoólicas



Irregularidades em terrenos e calçadas



Calçados altos ou com solado escorregadio

## CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



O USO DA CADERNETA É MUITO IMPORTANTE, POIS NELA SE PODE ACOMPANHAR OS MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, CIRURGIAS, DIAGNÓSTICOS PREVIOS, CONTROLE DE GLICEMIA, PRESSÃO ARTERIAL, VACINAÇÃO, ENTRE OUTRAS COISAS!

ALÉM DISSO, NA CADERNETA TAMBÉM TEM AVALIAÇÃO DE QUEDAS, DIÇAS DE PREVENÇÃO E SUGESTÕES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA MANTER A SAÚDE EM DIA.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ

CURSO DE MEDICINA

MÓDULO DE INTERAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE

ORIENTADORA: DRA. EVILA SODRÉ.

EQUIPE ORGANIZADORA

AMANDA AGUIAR MARTINS NUNES.  
FERNANDA CAROLINE DE SOUSA RIBEIRO.  
ISABELLA SIQUEIRA FERREIRA.  
JÚLIA HENRIQUE SABINO.  
PAULO ANDRÉ DIAS DA SILVA.  
RAIZA PONTES AOD.  
WAGNER WILSON SANTOS DE SOUZA.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de saúde da pessoa idosa Portaria n° 2.528, 19 de outubro de 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério do desenvolvimento social e combate a fome. Política Nacional do Idoso. Lei n°8.842, janeiro de 1994.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: 2007. 192 p
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Falls among older adults: an overview, 2010. [on line]. [acesso em 5 fevereiro 2011]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>
5. <http://biblioteca.cofen.gov.br/manual-de-prevencao-de-quedas-da-pessoa-idosa/>



6. Moreland B, Kakara R, Henry A. Tendências em quedas não fatais e lesões relacionadas à queda em adultos com idade  $\geq 65$  anos - Estados Unidos, 2012-2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69: 875.
7. Rubenstein LZ, Josephson KR. A epidemiologia de quedas e síncope. *Clin Geriatr Med* 2002; 18: 141.
8. Saldanha, H. Bem viver para bem envelhecer- Um desafio à gerontologia e à geriatria. Lisboa: Lidel, 2009: 139p.
9. Scheffer A, Schuurmans M, Dijk NV, Hooft TVD, Rooij SED. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Rev. Age and Ageing*.2007; 37(1): 19-24.
10. SIQUEIRA, Fernando V et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 749-756, Oct. 2007.
11. Thapa PB, Brockman KG, Gideon P, et al. Quedas lesivas em residentes de asilos não ambulatoriais: um estudo comparativo de circunstâncias, incidência e fatores de risco. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 273.
12. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Fatores de risco compartilhados para quedas, incontinência e dependência funcional. Unificando a abordagem para síndromes geriátricas. *JAMA* 1995; 273: 1348.



## O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE - ACS, NOS DESAFIOS DA SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES - PICS

DOI: 10.36599/itac-ed1.105

Roseane do Socorro Ferreira dos Santos<sup>1</sup>  
Juliana Lara Barni<sup>2</sup>  
Juliana da Silva Sousa Soares<sup>2</sup>  
Karina Rodrigues de Sousa<sup>2</sup>  
Luana Keuffer Cavalleiro de Macêdo<sup>2</sup>  
Viviane Nazaré Lopes de Souza<sup>2</sup>  
Rodrigo de Andrade da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, residência médica em Medicina de Família e Comunidade, médica da Atenção Básica/ESF, mestra em Ensino em Saúde na Amazônia, docente do Curso de Medicina do CESUPA, preceptora da Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade (CESUPA), supervisora do PMMB, Life Coaching Practitioner pelo Instituto de Desenvolvimento Sistêmico IDESIS, Terapeuta Gaudium de Terapia Sistêmica pelo IDESIS.

<sup>2</sup> Graduandos do 6º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos em adultos possuem alta prevalência mundial. Um estudo realizado em 14 países com 60 mil adultos observou que a prevalência anual de transtornos psiquiátricos é de 20%. Outro estudo realizado no Brasil mostrou que essa prevalência pode chegar a 50% ao longo da vida.<sup>1</sup>

Em São Paulo, as condições psiquiátricas mais comuns foram: dependência de nicotina, qualquer transtorno de humor, qualquer transtorno ansioso, transtornos somatoformes e dependência de álcool. Ainda é importante salientar, que tais condições também estão relacionadas a alta morbimortalidade: fumo e alcoolismo são associados as principais causas de morte no mundo, já o transtorno depressivo é importante causa de absentismo e comprometimento da qualidade de vida.<sup>1</sup>



A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a depressão como um transtorno mental comum que se caracteriza por perda de interesse ou do prazer, humor deprimido, baixa autoestima ou sentimento de culpa, distúrbio de sono ou de apetite, baixa concentração e baixa energia. Tais problemas podem ser crônicos ou recorrentes, levando a danos na capacidade de realizar atividades diárias. Há estudos que concluem que 50% das pessoas acometidas por essa condição não são diagnosticadas na atenção primária.<sup>2</sup>

A prevalência de depressão e de transtornos mentais gera preocupações, primeiramente pelas condições propriamente ditas, mas também pelos riscos dos pacientes cometerem suicídio ou pela relação com “doenças físicas”. Pessoas que apresentam transtornos mentais podem estar com o sistema imune deficiente, ter inadequado comportamento alimentar ou higiênico e assim adoecer.<sup>2</sup>

No Brasil, houve muitas conquistas relacionadas ao cuidado à saúde mental. No entanto, ainda há obstáculos quando se fala no acesso ao atendimento. O serviço de saúde sempre foi questionado pela maneira como os pacientes eram tratados, sendo a reforma psiquiátrica uma estratégia que visa melhoras na atenção à SM.<sup>3</sup>

A ética da reforma psiquiátrica é fundamentada na defesa dos direitos civis dos pacientes, pois antes não havia tais direitos. Também busca observar comportamento, atitudes, modo de ser dessas pessoas e também inserir os profissionais de saúde, família e comunidade na compreensão de seus valores.<sup>3</sup>

Dentre os avanços promovidos por essa reforma estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que buscam dar suporte, tratamento e ajuda para enfrentar as doenças de cunho psiquiátrico e psicológico e, dessa forma, fazer com que os indivíduos compreendam seu estado atual e assim possam ser inseridos em seu contexto familiar.<sup>3</sup>

O Ministério da Saúde estimula ações para problemas graves de saúde mental na atenção primária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para essa assistência a pacientes e familiares. O centro de atenção psicossocial (CAPS) é um serviço que promove desospitalização, ofertando serviços territoriais condizentes com o que foi proposto pela Reforma Psiquiátrica e pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.<sup>4</sup>



A ESF possui uma equipe mínima que inclui médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Suas atividades consistem em visitas domiciliares, atendimentos médicos e de enfermagem, ações programáticas, sendo os ACSs um importante elo entre o serviço de saúde e a população.<sup>5</sup> As atribuições dos ACSs vêm sendo ampliadas para a saúde mental.<sup>6</sup>

Em frente ao número de pacientes com síndromes em saúde mental, são pertinentes as ações entre atenção primária e Saúde mental, realizadas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde pela UBS.<sup>7</sup>

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sendo criada com a intenção de adequar e implantar serviços e ações da medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo social/crenoterapia, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, e medicina antropofísica. A OMS nomeou as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) como medicina complementar/alternativa, recomendando ainda que sejam elaboradas políticas nacionais que insiram essas práticas no contexto de cuidados promovidos pela atenção básica.<sup>8</sup>

As PIC englobam recursos e sistemas valorizadores da escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e interação do ser humano com o meio em que está inserido/vive. Dessa forma, o processo de saúde-doença passa a ser visto de forma ampliada, visando promover o cuidado de forma global, em especial o autocuidado. A disponibilidade e consolidação dessas práticas na AB favorece ainda mais a integralidade da atenção à saúde.<sup>8</sup>

A assistência à Saúde mental se iguala ao que propõe as PIC por terem princípios associados, tais como: o sujeito no seu contexto social, tratamento amplo e holístico, emponderamento do usuário e aproximação entre família e comunidade. Dessa forma, o MS intensifica na publicação do caderno da atenção básica sobre saúde mental que as PIC são transversais nos diversos pontos da atenção a saúde e afirmam que a AB é um bom local para suas práticas.<sup>8</sup>

Uma vez que a realidade do cuidado em SM na atenção AB é basicamente restrita a grupos de diferentes modalidades, psicoterapia e/ou



terapia medicamentosa, as PIC são vistas como alternativa nesse tipo de cuidado, podendo potencializar as ações em SM já vigentes.<sup>8</sup>

O SUS oferece gratuitamente e integralmente 29 PIC na atualidade, sendo a Atenção Básica a porta de entrada para se ter acesso aos atendimentos. O número de profissionais capacitados e habilitados tem crescido nos últimos tempos, conferindo maior valorização dos conhecimentos que originaram essas práticas.<sup>9</sup> Seu uso cresceu nos últimos anos como complemento nos tratamentos em saúde. Atividades como yoga e tai chi chuan tiveram grande adesão, conferindo a elas 46% de crescimento entre 2017 e 2018. Outras atividades como auriculoterapia e atividade coletiva também apresentaram crescimento significativo no mesmo período.<sup>10</sup>

## JUSTIFICATIVA

O termo saúde mental abrange uma área extensa e complexa de conhecimento. Atualmente, o Brasil possui a diretriz para assistência em saúde mental que fortalece a articulação entre saúde mental e a Atenção Básica de Saúde (ABS).

Dessa maneira, o agente comunitário de saúde (ACS), por ser integrante da comunidade, mediador e facilitador da relação entre os serviços de saúde e seus usuários, pela facilidade em estabelecer vínculos e contatos, torna-se uma importante ferramenta na atenção em saúde mental.

Diante disso, reconhecendo o papel do ACS e da atenção básica como imprescindível para detecção de patologias importantes, como a depressão e outros agravos que causam prejuízos ao indivíduo e à comunidade, observou-se a necessidade de orientar, conhecer a percepção dos agentes comunitários de saúde atuantes na Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer em Ananindeua-PA e seu preparo para atuar nessa área.

## OBJETIVOS

**GERAL:** Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) sobre como identificar, encaminhar e acompanhar pacientes para avaliação de sua saúde mental na UBS Júlia Seffer em Ananindeua-PA.



**ESPECÍFICOS:** Realizar uma roda de conversa para discutir e orientar sobre sinais e sintomas característicos das condições mais prevalentes nos transtornos mentais, de modo que consigam identificar e encaminhar novos pacientes para avaliação médica na UBS; orientar como as Práticas Integrativas e Complementares podem auxiliar no bem estar de pacientes de Saúde Mental; elaborar uma cartilha de orientação em saúde mental, com foco na competência dos ACS's na Estratégia Saúde da Família (ESF);

## METODOLOGIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:** O PISC (Projeto de Intervenção em Saúde na Comunidade) faz parte da grade curricular do curso de medicina do CESUPA (Centro Universitário do Estado do Pará). Este projeto é elaborado após identificação de algum problema na comunidade que atuam.

A roda de conversa é uma forma eficiente para discussão dos problemas da comunidade, bem como apresentação da solução proposta, pois favorece a comunicação e a troca de saberes entre atores e sujeitos participantes.

Para alcançar os resultados e resoluções a respeito da problematização retratada no neste trabalho, será elaborada uma roda de conversa com o público-alvo, de caráter crítico-reflexiva, por parte dos estudantes de medicina do 6º período do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), na Unidade Básica de Saúde (UBS) Júlia Seffer.

Ainda haverá a elaboração de uma cartilha contendo as principais informações sobre saúde mental. Dessa forma, os ACS's terão informações e um guia sobre como lidar diante de um possível caso na comunidade.

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** Será realizado esclarecimento aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre saúde mental, sem remuneração pelo trabalho oferecido pelos estudantes, ou seja, de forma voluntária. Como estratégia para melhorar o acolhimento dos ACSs a comunidade da UBS do Júlia Seffer, referente a saúde mental.

**LOCAL DE INTERVENÇÃO:** Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, localizada bairro Águas Lindas, Ananindeua – PA.

**PÚBLICO-ALVO:** Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da UBS.



**METAS A SEREM ATINGIDAS:** Será agendada uma roda de conversa com os ACSs, para a discussão do tema sobre saúde mental e a importância das práticas integrativas na comunidade da UBS Júlia Seffer. Os alunos do 6º período de medicina do CESUPA, irão por meio da distribuição de cartilhas e discussão do tema, orientar os ACSs e capacitá-los a ter um olhar mais cuidadoso aos indivíduos da comunidade. Com a finalidade de que a saúde mental seja um tema de grande importância e os profissionais estejam mais aptos a reconhecer e saber orientar pessoas que precisam de orientação em saúde mental.

Divulgar e estimular as Práticas Integrativas e Complementares como ferramenta para trabalhar o programa de saúde mental e favorecer a adesão dos pacientes ao tratamento e para oferecer dentro da promoção e prevenção.

Devido as mudanças ocorridas por conta da pandemia do Covid-19 e a obrigatoriedade de seguir rigorosamente os protocolos do Ministério da Saúde e do Município de Ananindeua, a entrega das cartilhas será feita de forma individual para cada ACS.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com o presente trabalho que os Agentes Comunitários de Saúde da UBS Júlia Seffer sejam sensibilizados a partir da capacitação a respeito de pacientes com fragilidades emocionais que possam comprometer o estilo de vida tanto pessoal quanto profissional.

A partir da implementação da Cartilha de Orientação de Cuidado à Saúde Mental Pelo ACS, este profissional de saúde conseguirá identificar possíveis pacientes com sintomas que afetam sua saúde mental que antes poderiam não perceber. Fazendo assim, uma estratificação dos casos referidos para os profissionais da equipe.



Com a roda de conversa, terão a oportunidade de aprender e tirar dúvidas sobre sinais e sintomas característicos das condições mais comuns em saúde mental para que consigam identificar novos pacientes para avaliação e tratamento na UBS. Espera-se que haja uma maior compreensão à cerca das PICs, bem como seus benefícios e possibilidades de uso.

Para os acadêmicos de medicina, as PICs podem ser essenciais para a sua formação, pois é uma alternativa para prevenir e auxiliar o tratamento de doenças como depressão e ansiedade, assim como minimizar as dores emocionais dos pacientes. Portanto, é necessário que essas práticas sejam cada vez mais inseridas no ambiente acadêmico para que os alunos possam aprender outra forma de tratamento.

Para a equipe de saúde, é possível observar que o trabalho será de grande valor porque os Agentes Comunitários de Saúde têm papel fundamental nas visitas domiciliares, no conhecimento da comunidade, na atualização de cadastros e no encaminhamento do usuário para Unidade Básica de Saúde.

Este trabalho trará benefícios para a comunidade, pois através das orientações, agendamento de avaliação e encaminhamento a população poderá dispor de atendimento mais rápido e a possibilidade de conhecer outras formas de abordagem e tratamento dos transtornos mentais com as PICs, favorecendo a adesão ao tratamento e as ações de promoção e prevenção.

## **PRODUTO - CARTILHA SOBRE SAÚDE MENTAL**



# CARTILHA DE ORIENTAÇÃO DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL PELO ACS.



CESUPA MD6  
2020



## QUEM SOMOS

Projeto de intervenção desenvolvido durante a disciplina do Módulo de Interação em Saúde na comunidade por alunos do 6º semestre de medicina do Centro Universitário do Pará, sob a orientação da Professora Roseane Santos.

## FALE CONOSCO

Toda quarta-feira às 14h

Sala de Educação- UBS Júlia Seffer- Ananindeua-PA



## Sumário

1. O que é saúde mental?.....	3
2. Como identificar uma situação de risco à saúde mental? ...	4
3. Políticas públicas de atenção em saúde mental .....	5
3.1 O que é centro de atenção Psicossocial(CAPS)? .....	5
3.1.1 Tipos de CAPS .....	6
Serviços e redes.....	7
3.2 O que é um Serviço Residencial Terapêutico? .....	7
4. O papel do acs na atenção à saúde mental .....	8
5. O papel da família e do cuidador na saúde mental: .....	9
6. Práticas integrativas e complementares (PIC) e seus benefícios para a saúde mental.....	10

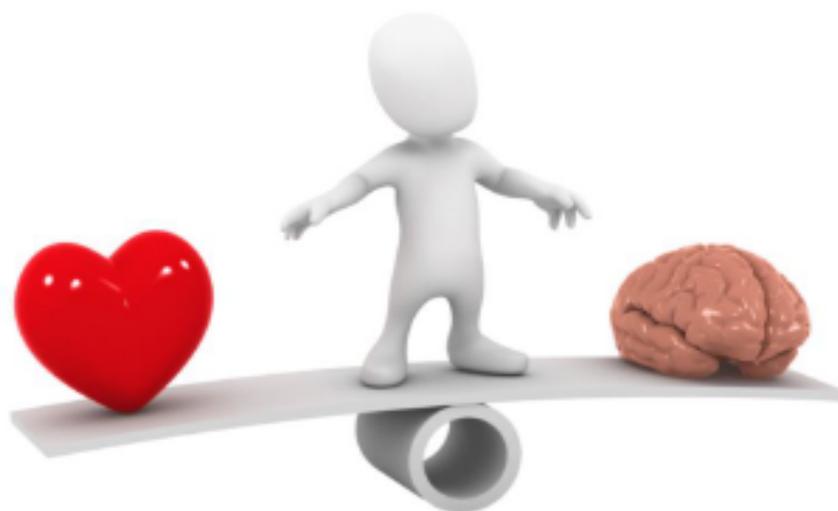


## 1. O QUE É SAÚDE MENTAL?

Nos dias atuais, sabe-se que saúde não é coisa simples. Ser saudável não significa apenas não ter doenças, depende de muitos fatores como boa alimentação, uma moradia adequada, contar com água e esgoto na comunidade. Também é condição de saúde ter trabalho e renda, educação, segurança, acesso aos serviços de saúde, lazer e acesso a bens e serviços disponíveis na comunidade. Assim, só se tem saúde integral quando se tem saúde mental, equilíbrio social e boas condições de vida.

Logo, vê-se que para ter saúde não basta o sujeito sozinho, mas é preciso uma série de fatores externos que vão contribuir para o seu bem estar geral. Então, percebe-se que um dos componentes de grande importância nisso tudo é a Saúde Mental. E o que esta seria?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.



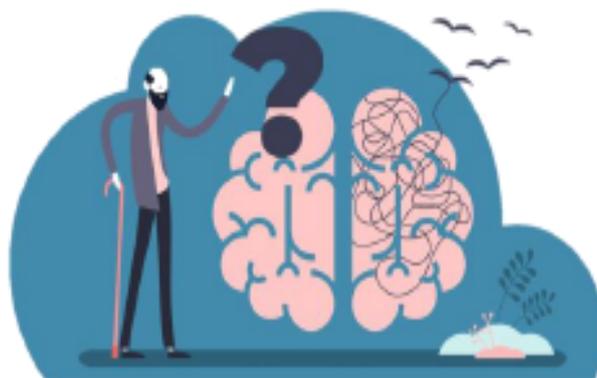
## 2. COMO IDENTIFICAR UMA SITUAÇÃO DE RISCO À SAÚDE MENTAL?

Como vimos anteriormente, a Saúde Mental é um fator importantíssimo para o bem-estar geral. A pessoa precisa administrar a própria vida e as emoções dentro de um grande espectro de variações, sem, contudo, perder o valor do que é real e precioso.

Dentre as situações de risco à saúde mental encontra-se: Desemprego, uso de drogas, criminalidade, automutilação, cuidados pessoais inadequados, abusos sexuais e físicos vivenciados durante a infância; violência na família, na escola e na comunidade; assim como pobreza, exclusão social e desvantagem educacional. Doenças psiquiátricas, abuso de drogas por parte dos pais, também aumentam os riscos, assim como a exposição às alterações sociais e angústia psicológica que acompanham conflitos armados, desastres naturais e outras crises humanitárias.

Os sujeitos que vivenciam conflitos internos ou que vivenciam essas situações citadas são os mais suscetíveis a ter uma saúde mental comprometida.

A Depressão e os Transtornos de Humor (a exemplo do bipolar I, o qual envolve a mania, e o II, a hipomania) são as patologias mais frequentes, dando ênfase para a dependência química que é um fator que contribui fortemente para o desenvolvimento destas.



### 3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

No final da década de 1970 teve início, no Brasil, o processo de reforma psiquiátrica que visou a ruptura com antigos paradigmas que acreditavam que o indivíduo com qualquer tipo de doença mental poderia melhorar sua condição se ficasse mantido isolado da sociedade em hospitais psiquiátricos que, muitas vezes, violavam os direitos humanos e eram caracterizados pela baixa qualidade do cuidado. Dessa maneira, uma nova política que atendesse as necessidades dos pacientes em adoecimento mental, garantido seus direitos, tornou-se imprescindível. O novo modelo preconiza:

- ✓ Progressiva extinção dos manicômios e redução dos leitos hospitalares.
- ✓ Investimento em atenção básica, focando também em saúde mental.
- ✓ Criação de serviços em substituição ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos.
- ✓ Atenção especializada à saúde mental.

#### 3.1 O QUE É CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL(CAPS)?

Os Centros de Atenção Psicossociais são instituições que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos – antigos hospícios ou manicômios – e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. Os CAPS, instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações.



### 3.1.1 Tipos de CAPS

#### CAPS I:

Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

#### CAPS II:

Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

#### CAPS III:

Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo

#### CAPS i:

Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

#### CAPS ad Álcool e Drogas:

Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

6



## SERVIÇOS E REDES

### 3.2 O que é um Serviço Residencial Terapêutico?

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. O processo de reabilitação psicossocial deve buscar de modo especial a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador.



## 4. O PAPEL DO ACS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel muito importante para a comunidade, então deve usar suas vantagens com a intenção de identificar possíveis pacientes em saúde mental e leva-los a UBS.

É um dos membros da equipe de saúde que mais tem chances de criar vínculo com os pacientes, assim sendo uma ponte de ligação direta com a Unidade Básica de Saúde (UBS), assim o ACS pode intervir direta ou indiretamente, e aumentar as chances de uma intervenção precoce e a redução de danos que um agravo mental pode trazer a longo, médio ou curto prazo ao paciente e seus familiares.

Assim, o ACS ao identificar o (a) paciente, deve ter uma boa comunicação, sempre com empatia e deve escutar o que o (a) paciente quer dizer, muitas vezes precisa desabafar. Deve dar ao paciente um momento para pensar e refletir sobre sua atual situação, e assim oferecer suporte a ele (a).



## 5. O PAPEL DA FAMÍLIA E DO CUIDADOR NA SAÚDE MENTAL:

A família e o cuidador que, muitas vezes, é parente têm papel essencial no tratamento do paciente com a saúde mental. Porém, é possível observar que muitos cuidadores têm o sentimento de desprotegidos quando não estão amparados pelos profissionais componentes da equipe de saúde. Além disso, os dados indicaram a ansiedade e a insegurança ao lidarem com seus familiares em contextos em que não havia a presença da equipe de saúde mental.

Com isso, ao assumir a total responsabilidade pelos parentes com transtorno mental, os cuidadores expressaram comprometimentos em suas atividades cotidianas, como no trabalho, no lazer, no autocuidado e nas relações interpessoais.

Portanto, é importante entender que o acesso as informações proveem mudanças na concepção da doença, ampliando as possibilidades de enfrentamento, pois ao apreenderem as estratégias adequadas para o cuidado do ente enfermo, os cuidadores poderão cuidar-se melhor, readequando suas atividades cotidianas e melhorando sua qualidade de vida.



## 6. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PIC) E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE MENTAL

As PIC são denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e medicina complementar alternativa (MT/MCA). Elas podem ser usadas para prevenir e/ou tratar inúmeras doenças, dentre elas os transtornos mentais. Atualmente o SUS oferece de forma gratuita e integral 29 dessas práticas para melhorar a qualidade de vida da população, sendo a Atenção Básica a porta de entrada para sua aplicação.

É importante salientar que essas práticas não substituem o tratamento convencional e também devem ser indicadas de forma individualizada por um profissional que tenha conhecimento sobre elas.

As práticas oferecidas pelo SUS são: Apiterapia; Aromoterapia; Arteterapia; Ayurveda; Biodança; Bioenergética; Constelação familiar; Cromoterapia; Dança circular; Geoterapia; Hipnoterapia; Homeopatia; Imposição de mãos; Medicina antroposófica; Acupuntura; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Ozonioterapia; Fitoterapia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reike; Shantala; Terapia comunitária integrativa; Terapia de florais; Termalismo social e Yoga.

Essas práticas possuem grande potencial de proporcionar relaxamento, boas sensações e bem estar geral, o que é fundamental quando falamos em saúde mental.



## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) ISBN 978-85-334-2019-9 1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Atenção em saúde mental no SUS. I. Título.
2. Kebbe, Leonardo Martins et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em Debate* [online]. 2014, v. 38, n. 102 [Acessado 28 Julho 2020] , pp. 494-505. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>.
3. SILVA, Enf<sup>o</sup> Wellington Antônio da; BUENO, Marineusa Aparecida. *Cartilha de Orientação em Saúde Mental: um caminho para a inclusão social*. Brasília-Df: Meyriane Silva Simões - Ascom/gab/ses-Df Ludmila Maria Gonçalves - Ascom/gab/ses-Df Bruno Simões - Ascom/gab/ses-Df, 2009. 28 p.
4. PINTO, Agnes Caroline Souza et al . Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*
5. Almeida, José Miguel Caldas de Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 11 [Acessado 27 Julho 2020] , e00129519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de



## REFERÊNCIAS

1. Brunoni A. Transtornos mentais comuns na prática clínica. Rev. Med. (São Paulo) [Internet]. 18dez.2008 [citado 26jul.2020];87(4):251-63. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59087>
2. Harada, Olívia Lina, Hirata Soares, Marcos, PERCEPÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PARA IDENTIFICAR UMA DEPRESSÃO. SMAD, Revista Eletrônica em Saúde Mental, Álcool e Drogas [Internet]. 2010; 6 (2): 315-336. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80314492006>
3. AQUINO, Maria do Socorro Távora de; SOUZA NETO, Pedro Holanda; DUTRA, Clécio Silva; VASCONCELOS, Patrícia Freire de. Implantação de fluxograma de atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 288-293, 6 jun. 2017. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p288>.
4. Correia Valmir Rycheta, Barros Sônia, Colvero Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 Dec [cited 2020 Aug 04] ; 45( 6 ): 1501-1506. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.
5. Assis Audrey Silva de, Castro-Silva Carlos Roberto de. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. Physis [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 04] ; 28( 3 ): e280308. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312018000300603&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000300603&lng=en). Epub Oct 08, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280308>.
6. Cofre-forte Denis Axelrud, Barone Luciana Rodriguez. Em busca do comum: o cuidado com o agente comunitário de saúde em Saúde Mental. Physis [Internet]. 2017 julho [citado 2020 ago 04]; 27 (3): 813-833. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000300813&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300813&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300022>.
7. Santos George Amaral, Nunes Mônica de Oliveira. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. Physis [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Aug 04] ; 24( 1 ): 105-125. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312014000100105&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100105&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>.
8. Carvalho Jessica Liz da Silva, Nóbrega Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2020 July 25] ; 38( 4 ): e2017-0014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000400406&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400406&lng=en). Epub May 21, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0014>.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Práticas Integrativas e Complementares (PICS):** quais são e para que servem. [?]. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 26 jul. 2020.10. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45294-cresce-46-procura-por-praticas-integrativas-no-sus-2>
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cresce 46% procura por Práticas Integrativas Complementares no SUS.** [?]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45294-cresce-46-procura-por-praticas-integrativas-no-sus-2>. Acesso em: 26 jul. 2020.



## HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

DOI: 10.36599/itac-ed1.106

Bruno Souza dos Santos<sup>1</sup>  
Bruna Letícia Kzan Pedrosa<sup>2</sup>  
Daniel Santos Esteves<sup>2</sup>  
Manuela Dias Leite<sup>2</sup>  
Natasha Pimentel Santos<sup>2</sup>  
Sara Pimenta Conceição<sup>2</sup>  
Victoria Oliveira da Costa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Pará, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário do Estado do Pará, titulado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, exerce função de Preceptor da graduação do curso de Medicina do Cesupa, e trabalha como Médico de Família no setor de Atenção Primária do Plano Amazônia Saúde.

<sup>2</sup> Graduandos do 7º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Dentre os inúmeros motivos que levaram a concepção preconceituosa acerca da hanseníase no decorrer do tempo, os estigmas dessa antiga enfermidade ser uma doença contagiosa, mutilante e incurável eram os principais. Por consequência desse cenário, gerou-se uma estimulação à rejeição, à discriminação e à exclusão dos doentes que a portavam na sociedade. Isto posto, intervenções que objetivassem minimizar essa hostilidade tornaram-se essenciais, tendo como exemplo a mudança da nomenclatura patologia adotada em algumas nações<sup>1</sup>. No Brasil, a responsável por essa conduta foi a Lei nº. 9.010, de 29 de março de 1995, a qual desautorizou o uso do termo “lepra”.<sup>2</sup>

No que diz respeito à vigilância epidemiológica, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), foram notificados no Brasil 37.610 casos em 2010. Por conseguinte, o País situou-se abaixo somente da Índia no ranking mundial, onde se registrou 133.717 casos em 2010. Nesse mesmo ano, em todo o continente americano foram mencionados 40.474 casos novos, desse total 93% foram notificados no Brasil. Ademais, as localidades que demonstraram



os maiores coeficientes de detecção de casos novos no País foram a Região Norte e a Região Centro-Oeste.<sup>3</sup>

À vista dessa conjuntura contemporânea, a doença permanece como um grave problema de saúde pública.<sup>3</sup> É preciso salientar que a hanseníase não passa despercebida na vida daqueles que a contraem; pelo contrário, essa mazela estabelece vestígios físicos e/ou emocionais, seja apenas durante o tratamento ou por um período mais longo, tal como as sequelas físicas.<sup>1</sup> A vigente Estratégia Global para Hanseníase 2016–2020 ambiciona providenciar detecção precoce e tratamento imediato, com o objetivo de conter a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade.<sup>3</sup>

Nessa perspectiva, de acordo com o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, a atenção à pessoa com hanseníase, bem como suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde. Para tanto, procede definindo esses indivíduos como aqueles que careçam manifestar pelo menos um sinal cardinal e que precisem de tratamento poliquimioterápico. São considerados sinais cardinais: acometimento de nervo (s) periférico (s), com ou sem espessamento, junto com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração de sensibilidade; baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.<sup>4</sup>

Caracterizada como crônica e infectocontagiosa, a hanseníase é desencadeada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, cuja infecção acomete – sobretudo - as Células de Schwann.<sup>5</sup> Essa patologia apresenta sinais e sintomas dermato-neurológicos, estendendo-se pelas lesões na pele e nos nervos periféricos.<sup>6</sup> Diante do exposto, os principais nervos periféricos assolados são os que perpassam pela face (trigêmeo e facial), braços (radial, ulnar e mediano) e pernas (fibular comum e tibial posterior).<sup>7</sup>

A única fonte de infecção na hanseníase é o homem. Essa afecção é reconhecida por exibir particularidades de alta infectividade e de baixa patogenicidade. Portanto, embora haja a infecção de muitas pessoas, poucas serão aquelas que irão adoecer.<sup>6</sup> Inclusive em populações que se encontram interiormente a um panorama de alta prevalência da doença, cujo a taxa de adoecimento é de apenas 10%.<sup>7</sup> Todavia, é primordial a notificação



compulsória, devendo ser feita pelo profissional de saúde mediante a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.<sup>4</sup>

Verifica-se que a transmissão é provável quando há circunstâncias de contato próximo e prolongado de alguém suscetível com um doente que não está submetido ao tratamento poliquimioterápico. Geralmente, isso se aplica a um parente próximo que não sabe que é portador. Porém, é importante destacar que a bactéria é transmitida pelas vias respiratórias, e não por objetos utilizados pelo paciente.<sup>5</sup> Além disso, a doença pode acometer qualquer idade e ambos os sexos. No entanto, é rara na tenra idade, de que maneira em menores de quinze anos, o adoecimento está diretamente relacionado à maior endemicidade.<sup>6</sup>

O diagnóstico é feito essencialmente nos serviços de Atenção Básica de Saúde.<sup>1</sup> Deve ser realizado aliando-se a anamnese (quando se obtém a história clínica e epidemiológica) ao exame físico (quando são efetivadas as avaliações dermatológica e neurológica). A pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele e a palpação dos troncos nervosos periféricos são recursos muito importantes.<sup>6</sup>

No exame neurológico, devem ser realizadas: inspeção, palpação, percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos. Diante disso, torna-se possível dimensionar o grau de incapacidade física. Posteriormente, é definido o Escore OMP a partir da soma dos graus de incapacidades atribuídos a cada segmento (olhos, mãos e pés). Dessa maneira, todos os doentes devem ser avaliados por ambos, pelo menos no momento do diagnóstico e da cura.<sup>5</sup>

Uma vez realizado o diagnóstico, pode-se prosseguir com a Classificação Operacional do paciente, proposta pela Organização Mundial de Saúde para fins de estabelecer como será executado o tratamento poliquimioterápico. Essa categorização divide os indivíduos em 2 grupos. São eles: os paucibacilares, quando apresentam até cinco lesões de pele, e os multibacilares, quando apresentam mais de cinco lesões de pele<sup>6</sup>. Contudo, antes de efetuar-la, é preciso realizar o diagnóstico diferencial com outras doenças dermatológicas e/ou neurológicas com manifestações clínicas parecidas.<sup>7</sup>



Para auxiliar nessa definição, pode-se acrescentar ao aspecto clínico alguns exames complementares como a Reação de Mitsuda e os aspectos histopatológicos das lesões.<sup>8</sup> Entre os exames subsidiários, também está incluída a Baciloscopia de Raspado Intradérmico. O resultado pode ajudar diretamente na Classificação Operacional, pois deve ser negativo para o paciente paucibacilar, e comumente positivo para o multibacilar. Preferencialmente, a coleta do material utilizado nesse processo deve ser feita na borda da lesão de pele suspeita e mais infiltrada. Todavia, quando não for possível, pode ser feita em lóbulos das orelhas e dos cotovelos.<sup>5</sup>

Outros modelos foram sugeridos com a intenção de especificar os pacientes. A Classificação de Madri, em 1953, propôs que a alocação fosse feita em quatro grupos: Intermediário, Tuberculóide, Borderline/Dimorfo e Virchoviano. Em seguida, a partir da Classificação de Ridley & Jopling, em 1966, recomendou-se a criação de subdivisões dentro desse espectro já consagrado. São eles: Tuberculóide, Borderline-Tuberculóide, Borderline-Borderline, Borderline-Virchowiana e Virchowiana.<sup>8</sup> Para isso, baseou-se no desenvolvimento da resposta imune pelos pacientes. Os enfermos da forma Tuberculóide-Tuberculóide apresentaram intensa resposta imune celular contra o *Mycobacterium leprae*, caracterizado por poucas lesões de pele e de troncos nervosos. Entretanto, os com a forma Virchowiana-Virchowiana têm ausência da resposta imune celular específica contra o *Mycobacterium leprae*, acarretando lesões e infiltrações extensas na pele e nos nervos.<sup>9</sup>

É imprescindível pormenorizar o quadro clínico dermatológico das formas já citadas. A Hanseníase Indeterminada usualmente se expressa como uma área de hipoestesia.<sup>8</sup> Essa é a fase de início da doença, quando a lesão de pele é única, mais clara do que ao redor, sem relevo e apresenta bordas mal delimitadas. A Hanseníase Tuberculóide, exterioriza-se por placas de bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro.<sup>5</sup> A Hanseníase Borderline é caracterizada pela instabilidade imunológica e pela situação intermediária entre os pólos Tuberculóide e Virchoviano, o que fica comprovado pela multiplicidade de aspectos das lesões cutâneas.<sup>8</sup> Este é o modelo mais comum de apresentação da doença, equivalendo à uma percentagem maior que 70% dos casos. Por último, a Hanseníase Virchowiana demonstra-se com a pele avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros são dilatados e com aspecto



de “casca de laranja”. Esta é aparência da conformação mais contagiosa da doença.<sup>5</sup>

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado evitam a evolução. Nesse sentido, impedem a instalação das incapacidades físicas provocada pela hanseníase. Outrossim, após o doente iniciar o tratamento poliquimioterápico, passa a não ser mais transmissor da doença, haja vista que as primeiras doses da medicação matam os bacilos, tornando-o incapaz de infectar demais indivíduos.<sup>6</sup> Por isso, considerando que a falta de informação desencadeia a procura por auxílio tardiamente, é imprescindível que mediante a educação em saúde, sejam entregues informações claras e simplificadas durante os programas educativos desenvolvidos para a população.<sup>2</sup>

Ao abordar o paciente é indispensável enfatizar que a doença tem cura e que o tratamento é gratuito. Também deve-se informar que ele será atendido gratuitamente uma vez ao mês. Lembrá-lo que em caso de qualquer complicação ou dúvida relacionada à doença, ele terá pronto atendimento é crucial.<sup>5</sup> O encaminhamento do doente a Unidade de Referência é apropriado exclusivamente quando há necessidade de cuidados especiais, a exemplo de intercorrências graves ou correção cirúrgica. No entanto, logo após o cumprimento dos procedimentos, o paciente deve retornar à atenção primária à saúde para o acompanhamento costumeiro em sua respectiva Unidade Básica de Saúde.<sup>7</sup>

O tratamento é realizado pela associação de medicamentos e deve ser iniciado já na primeira consulta. É fundamental distinguir que este irá diferir dependendo da forma da hanseníase apresentada de acordo com a Classificação Operacional. Assim sendo, o paciente Paucibacilar receberá dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina. Em casa, manipulará 100 mg de Dapsona diariamente. O seu tempo de tratamento será de 6 meses. Enquanto isso, o paciente Multibacilar receberá uma dose mensal supervisionada de 100 mg de Dapsona, 600 mg de Rifampicina e 300 mg de Clofazimina. Em casa, manipulará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente. O seu tempo de tratamento será de 12 meses.<sup>5</sup>

Outra análise pertinente, diz respeito à vigilância de contatos do paciente. Os contatos próximos sem diagnóstico prévio de hanseníase devem



receber informações sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sintomas. Ademais, é preciso encaminhá-los para receber vacinação. Neles é recomendado aplicação de duas doses da vacina BCG intra-dérmica. Sendo que, a aplicação da segunda dose deve ser feita a partir de 6 meses da aplicação da primeira dose. Entretanto, se já existir a cicatriz, esta deve ser considerada como a primeira dose.<sup>6</sup> O exame dos contatos deve ser cuidadoso, independentemente do caso notificado ser Paucibacilar ou Multibacilar. Ademais, estes deverão ser identificados após o consentimento do caso notificado.<sup>5</sup>

Simultaneamente à história natural da doença, no âmbito da hanseníase, pode haver o surgimento das reações hansênicas. Esses estados reacionais são produzidos por diferentes mecanismos imunológicos e são responsáveis por importante dano tecidual.<sup>8</sup> É substancial diferenciar os dois tipos existentes. A reação do tipo 1 também é chamada de reação reversa e caracteriza-se por apresentar novas lesões dermatológicas ou infiltração e alterações de cor nas lesões antigas, bem como neurites. Já a reação do tipo 2 é um quadro clínico manifestado principalmente como eritema nodoso hansênico.<sup>6</sup> Esses episódios não ocorrem em todos os pacientes, mas há predominância nos pacientes multibacilares. Sendo que, os pacientes que apresentam a forma Virchowiana frequentemente cursam com reações hansênicas no final ou logo após o término da poliquimioterapia.<sup>5</sup> A ocorrência das reações hansênicas não contraindica o início do tratamento poliquimioterápico, não deve gerar sua interrupção, tampouco é indicação de reinício caso o paciente já houver concluído-o.<sup>4</sup>

## PROBLEMA

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS'S), responsáveis pela população residente nas micro áreas adscritas pela Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, são capazes de identificar e orientar pacientes hansênicos? Além disso, seria possível facilitar o diagnóstico e promover um tratamento precoce aos pacientes hansênicos por meio de uma triagem?



## JUSTIFICATIVA

Diante o exposto na introdução, a hanseníase é uma patologia importante a ser discutida, tanto pelo seu histórico e estigmas que ainda repercutem nos dias atuais, quanto por ser um problema de saúde pública, principalmente na região Norte.

Dessa forma, nota-se a importância de disseminar as informações sobre a enfermidade citada e capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliando-os a reconhecer pacientes hansênicos, assim promovendo maior rapidez do segmento desse paciente, facilitando seu diagnóstico e tratamento.

## OBJETIVO

**GERAL:** Realizar ação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Júlia Seffer ajudando-os a identificar os pacientes hansênicos.

**ESPECÍFICO:** Capacitar os ACS para que reconheçam os sinais e sintomas que um paciente hansênico pode apresentar; promover a triagem dos pacientes hansênicos, facilitando o diagnóstico e o tratamento precoce; identificar os familiares dos pacientes hansênicos para que possam ser avaliados.

## METODOLOGIA

Processo de capacitação, em que será feita uma orientação aos agentes comunitários de saúde, na Unidade Básica de Saúde Julia Seffer, no município de Ananindeua, para que eles se tornem capazes de reconhecer sinais e sintomas predominantes dos pacientes hansênicos, por meios de palestra e distribuição de guideline, objetivando a triagem destes pacientes para que sejam realizados diagnóstico e tratamento precoces.

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

A atividade proposta decorreu um projeto da análise da base de dados da saúde e não houve nenhuma forma de pagamento pela atividade desenvolvida, mas sim que fazem parte de uma estratégia para destacar a relevância do número de pacientes hansênicos que são diagnosticados



tardamente por falta de um acompanhamento por parte de uma equipe de saúde e, também, pela falta de subsídios para que essa equipe possa reconhecer estes pacientes, e que todos os participantes, diretos e indiretos, fizeram de forma voluntária.

#### LOCAL DO PROJETO

A atividade proposta seria realizada na Unidade Básica de Saúde Julia Seffer, no município de Ananindeua, no mês de Junho/2020.

#### PÚBLICO-ALVO

Para atingir o objetivo da capacitação, foram convidados a participar da atividade todos os agentes comunitários de saúde e, também, a equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde Julia Seffer, Ananindeua-PA.

#### METAS ATINGIDAS

##### 1º Passo: Identificação do problema

No mês de fevereiro/2020, houve a reunião do grupo para a decisão do tema que seria abordado e quais os procedimentos que seriam realizados.

##### 2º Passo: Distribuição de um guideline didático

Promover a leitura de um guideline, elaborado pelos estudantes que capacitaram a equipe de saúde, que aborda o tema “hanseníase na atenção básica de saúde” de maneira didática e instrutiva.

##### 3º Passo: Realização de uma palestra para a equipe

Ação de caráter informativo e técnico a respeito da temática: Hanseníase na Atenção Básica de Saúde, realizada em formato de aula.

##### 4º Passo: Roda de conversa

Interação com os membros da equipe de saúde para que estes possam tirar as suas dúvidas a respeito do tema discutido, além de trazerem situações práticas que já tenham vivenciado durante alguma visita domiciliar, ou durante o acompanhamento de um atendimento na unidade básica de saúde, enriquecendo ainda mais a dinâmica educativa.

### RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

O intuito do trabalho é capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Júlia Seffer, para que possam reconhecer os sinais e sintomas que um paciente hanseníaco pode apresentar, melhorando, assim, a triagem e encaminhando esses pacientes para o atendimento médico, facilitando o



diagnóstico e o tratamento precoce dos pacientes com hanseníase, possibilitando uma melhor qualidade de vida e reduzindo os riscos de complicações.

PRODUTO

# HANSENÍASE

## NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE



**COMO O AGENTE  
COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
DEVE PROCEDER?**



**TÓPICOS:**

- 01** *O que é a hanseníase?*
- 02** *Como é transmitida?*
- 03** *Como se reconhece um caso suspeito?*
- 04** *Quais as atribuições do ACS?*
- 05** *Orientações acerca do tratamento*



# CONCEITO E CONTÁGIO



## O QUE É A HANSENIASE?

- É uma doença contagiosa, crônica, mas curável.
- É de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante.
- Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos.

## COMO É TRANSMITIDA?

- As vias aéreas superiores são consideradas a principal forma de transmissão da doença;
- O Contágio se dá através da convivência de uma pessoa doente com as formas contagiosas, sem tratamento, com uma pessoa sadia, susceptível;
- A hanseníase não é hereditária;
- Não é necessário separar talheres, copos, etc.



## QUANDO SUSPEITAR?



### SINAIS E SINTOMAS

- Manchas em qualquer parte do corpo (inclusive as costas e o bumbum): avermelhadas, esbranquiçadas, acastanhadas com alteração de sensibilidade ao frio, calor, dor e tato.
- Caroços ou inchaços, localizados principalmente nos cotovelos, nas mãos, no rosto e nas orelhas.
- Queda ou rarefação dos pelos (madarose);
- Espessamento de nervos;
- Dores e fisgadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas principalmente;
- Fraqueza, inchaço ou perda de movimentos em pés e mãos.

### IMPORTANTE!

- Os sinais e sintomas são fundamentais para o diagnóstico de hanseníase;
- Alguns casos podem se apresentar sem lesões na pele, é a chamada forma neural pura;
- A presença de sensibilidade não afasta o diagnóstico de hanseníase.



# QUAL O PAPEL DO ACS?

**Monitorar  
exame de  
contato**

**Orientar sobre  
prevenção e  
tratamento das  
incapacidades**



**Acompanhar  
o tratamento**

**Identificar  
casos  
suspeitos**



# TRATAMENTO

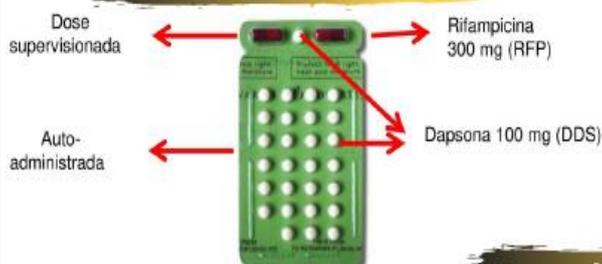


## ORIENTAÇÕES

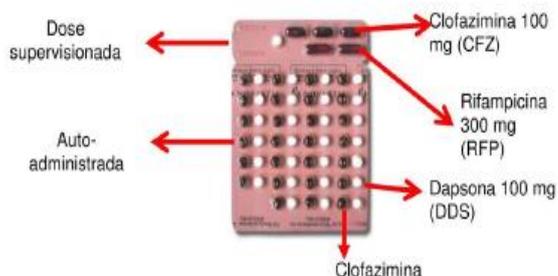
- Hanseníase tem cura? Sim. E o tratamento é gratuito.
- O tratamento pode durar 6 (Paucibacilar) ou 12 meses (Multibacilar);
- Importante comunicar ao paciente que em casos de quaisquer alterações o ACS deve ser informado.



### Cartela Paucibacilar



### Cartela Multibacilar



# REFERÊNCIAS

- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do rio de Janeiro. Hanseníase. Guia do Facilitador. Roteiro para as aulas do curso "Capacitação em Hanseníase para Agentes Comunitários de Saúde". Rio de Janeiro: SES-RJ, 2007;
- VIRMOND M., VIETH H., Prevenção de incapacidades na Hanseníase: uma análise crítica. Medicina, Ribeirão Preto, 30; 358-363, jul./set.1997.



# Projeto virtual!

➔ **Unidade Básica de Saúde do Julia Seffer**

➔ **Uma ação dos acadêmicos de medicina  
do 7º semestre do CESUPA**

## ALUNOS:

- BRUNA KZAN
- DANIEL ESTEVES
- MANUELA DIAS
- NATASHA PIMENTEL
- SARA PIMENTA
- VICTORIA COSTA

## REFERÊNCIAS

1. NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1311-1318, 2011.
2. FEMINA, Luana Laís et al. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. *Hansenologia Internationalis (Online)*, v. 32, n. 1, p. 37-48, 2007.
3. COSTA, Leandro Araújo et al. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 8, n. 3, p. 8-8, 2017.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União*, 2010.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia prático sobre a hanseníase. 2017.
6. PEREIRA, Gerson Fernando Mendes. Guia para o controle da Hanseníase. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.
7. MOREIRA, M. B.; COSTA NETO, M. M. Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
8. SOUZA, Cacilda Silva. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 30, n. 3, p. 325-334, 1997.
9. MENDONÇA, Vanessa Amaral et al. Imunologia da hanseníase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 83, n. 4, p. 343-350, 2008.



## O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO RECONHECIMENTO DOS SINAIS E SINTOMAS SUSPEITOS DE TUBERCULOSE

DOI: 10.36599/itac-ed1.107

Cybelle Cristina Pereira<sup>1</sup>  
Eduarda Teixeira Braga Bastos<sup>2</sup>  
Gilda Oliveira Rotella<sup>2</sup>  
Henrique Leão de Almeida<sup>2</sup>  
Jessica Lima Duarte<sup>2</sup>  
Thayna Cristinne Oliveira Gomes<sup>2</sup>  
Vitória Serralva Bonneterre<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em medicina pela Universidade do Estado do Pará, Residência em Medicina de Família e Comunidade (UEPA), Mestre em Ensino e Saúde - Educação Médica, no CESUPA, docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará e do CESUPA, experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva, supervisora do Programa Mais Médicos para o Brasil/MEC, Coordenadora da Comissão de Residência Médica do CESUPA, Supervisora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do CESUPA, Coordenadora do Módulo de Interação em Saúde da Comunidade do CESUPA, Coordenadora do Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 7º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é patologia de conotação mundial se constituindo em sério problema de saúde, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para controle, analisando o conjunto de aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública.<sup>2</sup> Mesmo se tratando de uma doença curável e evitável, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB, são 10 milhões de casos por ano e mais de 1 milhão de óbitos no país. O diagnóstico e terapêutica correta e imediato dos casos de TB pulmonar são as medidas mais acertadas para o controle dessa enfermidade. Buscas intensas devem ser feitas na tentativa de achar precocemente este paciente para tratá-lo adequadamente, e assim corromper a cadeia de transmissão da patologia.<sup>1</sup>



A TB é definida como uma doença infecciosa causada por micobactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, em que o *M. tuberculosis* é responsável pelo maior número de casos em humanos. A transmissão por via aérea é quase unânime em todos os casos, com a infecção ocorrendo ao se inalar núcleos secos de partículas com bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do portador com tuberculose ativa de vias respiratórias. Os bacilíferos, (baciloscopia de escarro positiva), são a principal fonte de infecção, e é exatamente devido a isso, que a descoberta deve ser precoce através da busca ativa do sintomático respiratório (SR) como forma de impedir a cadeia de transmissão, ao ser administrada terapêutica também precoce. Já aqueles com baciloscopia negativa, mesmo com resultado positivo à cultura, são fontes de transmissão menos eficazes, mesmo que isso aconteça.<sup>2</sup>

A inalação do bacilo faz no pulmão uma das seguintes possibilidades: eliminação do bacilo, infecção latente, rápida progressão para doença (doença primária) ou doença algum tempo após a infecção (reativação de infecção latente). Quando a progressão da doença ocorre no 1º ano da infecção, é denominada progressão da doença primária. A reativação de infecção (foco primário da infecção após muitos anos na forma latente), é chamada infecção pós-primária. Calcula-se que, eventualmente, apenas 10% dos indivíduos infectados pelo bacilo *M. tuberculosis* apresentem doença ativa, em torno de 5% nos primeiros 2 anos e os outros 5% no restante da vida.<sup>1</sup>

A tuberculose pode ser dividida em dois tipos: pulmonar e extrapulmonar. A tuberculose pulmonar conhecidamente manifesta-se com tosse há mais de 2 semanas, além de outros sintomas respiratórios (dor torácica, hemoptise e dispnéia) e sistêmicos (febre vespertina, anorexia, sudorese noturna e emagrecimento). As formas extrapulmonares apresentam, além das manifestações sistêmicas, sintomatologias relacionadas com a localização da doença, tais como: linfonodomegalia, derrame pleural e/ou espessamento pleural, rouquidão (laringite), meningite, hematúria e dor lombar (trato urinário), obstrução intestinal, dor óssea e edema peri-articular (ósseo), ocular (conjuntivite ou uveíte) e nódulos de pele.<sup>1</sup>

Nas últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) tem definido o controle da endemia como uma de suas principais prioridades. A década de 1990 e o início dos anos 2000 foram marcados pela elaboração de planos estratégicos e



emergenciais para ampliar a ação governamental em âmbito nacional, estadual e municipal, e mobilizar a sociedade civil para a participação e o controle das políticas de saúde.<sup>3</sup>

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), em 1996, implementou o Plano Emergencial para o Controle da TB, com foco em elevar a cobertura do Programa de Controle da TB (PCT) em 230 municípios com vários casos (75% dos casos estimados para o Brasil). Em 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com objetivo de aumentar as ações em todo o território brasileiro, visando diagnosticar, no mínimo 90% dos casos esperados com tratamento oportuno, de pelo menos, 85% deles, até 2001. No outro ano, o MS recomendou a implantação da estratégia do Tratamento Supervisionado (TS) e da estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Strategy). A partir de 2003, foi pactuado, com as demais esferas de gestão, o fortalecimento da estratégia TS-DOTS como principal instrumento para alcançar as metas internacionais propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>3</sup>

O DOTS, usado como uma forma de alcançar 85% de cura, 70% de constatação de casos e 5% de diminuição de abandono aos medicamentos, detém cinco itens: encontro de casos por baciloscopia nos sintomáticos respiratórios dependentes de cuidados gerais de saúde; terapêutica padrão de curto prazo (com observação e monitoramento diretos do transcórre); regularidade na dispensação de drogas; sistema de registro e informação certificando a avaliação do tratamento constante; comprometimento estatal priorizando o controle da TB pelas políticas de saúde. Com a implantação da estratégia DOTS, avanços significativos podem ser comprovados na melhoria dos indicadores epidemiológicos relacionadas à TB no país.<sup>3</sup>

A TB, em imensa parte dos casos, é uma problemática que pode ter solução na Atenção Primária de Saúde (APS), e as equipes de saúde preparadas podem, de maneira positiva, intervir nesse tema de saúde, através da busca pelos SR, do diagnóstico precoce, de medicalização com esquema básico descentralizado, do supervisão das pessoas com TB e de seus contatos, permitindo o acesso e diminuindo a taxa de abandono do tratamento.<sup>3</sup>



De fácil diagnóstico, essa patologia não necessita de tecnologia sofisticada, pois é tratável e controlada com remédios comuns, de baixo custo, eficazes e de simples estabilidade na APS. O controle para tal precisa de ação perene, sustentada e estruturada, com acesso de entrada eficaz de garantir o diagnóstico precoce dos casos e acompanhamento de qualidade.<sup>3</sup>

O rastreio dos SR é uma das atitudes de maior relevância para a quebra na cadeia de transmissão e minimização da incidência da TB. A procura pelos SR ocorrem tanto ativa quanto passivamente. A de ordem passiva acontece quando os agentes de saúde buscam pelos pacientes que vão de forma espontânea a unidade de saúde, enquanto, na ativa, a equipe realiza ações fora do serviço de saúde, em caráter diversificado, e na comunidade geral. A equipe tem de procurar pacientes com tosse e/ou expectoração (três semanas ou mais), em qualquer território de atuação (ruas, domicílios, comércio, instituições ou serviço de saúde).<sup>3</sup>

Em áreas de alta incidência de tuberculose, o exame de pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR) no escarro é o método mais rápido e econômico de detecção de casos novos da doença, sendo sugestivo de tuberculose quando encontrado no escarro ou nos tecidos, considera-se alta a probabilidade da doença, justificando o início do tratamento na presença de baciloscopia positiva associada ao quadro clínico sugestivo. No entanto, o padrão de referência de diagnóstico é a cultura com identificação da micobactéria *M. tuberculosis*.<sup>1</sup>

O exame de baciloscopia do escarro, ao ser realizada adequadamente em todas as suas etapas, consegue detectar de 60% a 80% dos casos de TB pulmonar, o que é relevante pela ótica epidemiológica, pois os pacientes bacilíferos são os mantenedores da cadeia de transmissão. A baciloscopia direta tem de ser pedida aos pacientes que possuem: critérios de definição de SR; suspeita clínica e/ou radiológica de TB pulmonar, a despeito do período de tosse; e suspeita clínica de TB extrapulmonar. O exame de escarro deve ser feito em, no mínimo, duas amostras: uma na primeira consulta e outra, independentemente do resultado da primeira, na manhã do dia posterior.<sup>1</sup>

Já a cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade para esse diagnóstico. Esse exame eleva em 30% o diagnóstico do agente culpado nos quadros com baciloscopia negativa. A cultura para micobactéria deve



ocorrer nos seguintes casos: suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia negativa repetidamente; suspeitos de TB paucibacilares; suspeitos com problemas para obter amostra (como nas crianças, em quem a técnica do escarro induzido pode ser usada na forte suspeita de TB pulmonar e sem suficiente material da árvore brônquica); suspeitos de TB extrapulmonar; e casos de infecções por micobactérias não tuberculosas. A confirmação bacteriológica é bastante complicada quando poucos bacilos são expectorados, nos casos de disseminação linfática e hematogênica. Para o diagnóstico de tuberculose com baciloscopia negativa e/ou extrapulmonar indica-se os exames de imagem.<sup>2</sup>

Trata-se a doença nas seguintes situações: duas pesquisas de BAAR positivas no escarro; uma cultura positiva, com presença do *Mycobacterium tuberculosis*; imagem radiológica sugestiva ou outros exames complementares que, associados aos achados clínicos e epidemiológicos, sugiram a doença; exame histopatológico apresentando processo crônico granulomatoso, com ou sem necrose caseosa.<sup>2</sup>

O tratamento dos bacilíferos é prioritária para o controle da TB, pois é capaz de freiar a cadeia de transmissão. Por se tratar de uma doença de notificação compulsória, todo caso diagnosticado, assim como a evolução do tratamento (cura, abandono, falência, óbito ou mudança de diagnóstico), deve ser notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica. No Brasil, os esquemas de tratamento são padronizados pelo Ministério da Saúde, a apresentação farmacológica desse esquema é feita em comprimidos de doses fixas combinadas de quatro medicamentos (Rifampicina-R, Isoniazida-H, Pirazinamida-Z, Etambutol-E), nas seguintes dosagens: R 150mg, H 75mg, Z 400mg e E 275mg, para adultos e adolescentes. Para as crianças (abaixo de 10 anos) a recomendação é do Esquema RHZ. O tratamento é feito durante 6 meses, sendo dividido em duas fases: fase intensiva (primeiros 2 meses) em que será usado o esquema RHZE e a fase de manutenção (próximos 4 meses) em que será usado o esquema RH.<sup>1</sup>



## PROBLEMA

Os Agentes Comunitários de Saúde de uma equipe básica de saúde da família da UBS Júlia Seffer encontram-se plenamente capacitados quanto ao diagnóstico e manejo da Tuberculose? Qual a possível dificuldade encontrada durante a prática na comunidade?

## JUSTIFICATIVA

Devido a tuberculose ser um problema de saúde prevalente, com formas peculiares de diagnóstico, tratamento e cura, é de suma importância que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) saiba manusear desde o momento em que o paciente chega ao consultório até o acompanhamento da doença e mudança de diagnóstico, devido a grande quantidade de óbitos presentes no país, apesar de suas formas de controle. Por isso, é importante avaliar como esta pessoa se sente em relação ao contato com um paciente portador de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, e como se sente em relação ao seu preparo, para o que o processo de identificação e a forma de conduzir o paciente seja mais sólida, saudável tanto para quem atende quanto para quem é atendido e livre de preconceitos. Por isso se faz necessário um estudo que avalie o preparo do ACS acerca de quesitos básicos e essenciais em relação a medidas de controle da doença.

## OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Fortalecer os conhecimentos sobre Tuberculose entre os ACs da UBS Júlia Seffer para possíveis melhora nos cuidados dessas pessoas.

**Objetivos Específicos:** Confeccionar uma cartilha com intuito de alertar os principais sinais e sintomas da Tuberculose, com suas características gerais e seus tipos, informar os ACS através de um fluxograma para facilitar a identificação dos pacientes com Tuberculose e capacitar os ACS sobre o reconhecimento da Doença de forma precoce e a sobre a importância das estratégias DOTS no controle da Tuberculose, diminuindo a mortalidade.



## METODOLOGIA

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de intervenção em Saúde e Comunidade (PISC) terá como intenção abordar temas relevantes sobre cada área adscrita nas unidades básicas de saúde da região metropolitana de Belém. O tema escolhido tem como intuito desenvolver uma capacitação com os agentes comunitários de saúde da região, para melhor compreensão dos mesmos quanto a doença e facilitar o reconhecimento e direcionamento dos pacientes dessa região.

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O trabalho em questão, trata-se de um projeto de intervenção em saúde e comunidade (PISC) que tem o objetivo de capacitar agentes comunitários de saúde da ESF do Júlia Seffer, ofertando uma cartilha com os principais aspectos da tuberculose e de como reconhecer um caso suspeito e de como deve ser o seguimento. Para alcançar os objetivos não haverá nenhuma forma de pagamento pelas atividades desenvolvidas, pois elas fazem parte de uma estratégia para melhorar o atendimento da equipe e todos que participarem diretamente e indiretamente o farão de forma voluntária.

A pesquisa decorreu segundo os preceitos da declaração de Helsinki e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo os Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde.

### LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

O local da intervenção será na Unidade básica de saúde do Júlia Seffer, no entanto, devido a pandemia de COVID-19 o acesso a unidade será limitado, por isso o material digital será encaminhado também por meios digitais. No entanto, a capacitação ocorrerá assim que possível.

### PÚBLICO-ALVO

Para a realização deste trabalho, serão envolvidos os funcionários da unidade básica de saúde e os ACS da ESF, assim como as professoras do Centro universitário do Pará e alunos do sétimo semestre do curso de medicina desta mesma instituição.

### METAS A SEREM ATINGIDAS



1º Passo: A falta de informação sobre os sinais iniciais e suspeitos de tuberculose faz com que os ACS's demorem a reconhecer um caso suspeito e demore a encaminhar o paciente para atendimento adequado?

2º Passo: Discussão entre os acadêmicos de medicina, sobre qual estratégia seria mais eficaz na capacitação desses profissionais.

3º Passo: Produção de uma cartilha de orientação sobre as características gerais da tuberculose, os tipos existentes, os sinais sugestivos e que devem ser levados em consideração, fluxograma de seguimento, apontando e especificando o papel do ACS na importância do reconhecimento precoce e do impacto disso na redução de mortalidade, com o objetivo de sensibilizá-los da importância do seu papel nesse seguimento.

4º Passo: Capacitar o ACS de como enfrentar e se portar diante desse problema.

- Oferta do material digital via aplicativo de mensagens, por intermédio das professoras.

5º Passo: Capacitar o ACS de como enfrentar o problema

- Apresentação de slides com informações extras as da cartilha em momento de troca de experiências com o ACS.

## RESULTADOS ESPERADOS

O objetivo inicial deste projeto era trabalhar com os Agentes Comunitários de Saúde, para instruir e informar estes profissionais sobre os princípios básicos da identificação, do manejo e do acompanhamento dos pacientes com tuberculose. Porém com a situação atual de pandemia, decidimos informá-los com a criação de um panfleto, de leitura rápida e de fácil acesso.

Mesmo assim, esperamos bons resultados: que a atuação dos profissionais seja mais segura, com um alcance mais amplo e que, inclusive, aumente a quantidade de casos notificados e de casos recuperados, já que se espera um cuidado mais completo dos profissionais de saúde responsáveis pela área de abrangência, que poderão trabalhar em união para cuidar dos seus pacientes, já que todos terão mais conhecimento da patologia.



## PRODUTO – CARTILHA

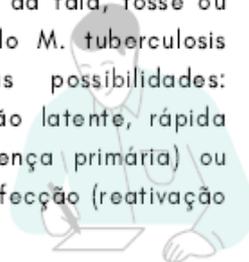
# Tuberculose na Atenção Básica de Saúde

Como o Agente Comunitário de Saúde deve proceder?

## 1. O que é a doença tuberculose?



- **Definição:** A tuberculose (TB) é definida como uma doença infecciosa causada por micobactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis*.
- **Tipos:** Quando acomete os pulmões, dá origem à forma pulmonar, porém pode se disseminar para todo o organismo, originando as formas extrapulmonares da doença, como a pleural, meníngea, ganglionar, óssea, renal e a oftálmica.
- **Agente Etiológico:** Micobactérias do complexo *Mycobacterium tuberculosis* inclui: *M. tuberculosis* (mais prevalente), *M. africanum*, *M. canettii*, *M. bovis* e *M. microti*. Fora deste grupo, existem mais de 150 espécies diferentes de micobactérias, referidas como micobactérias não tuberculosas.
- **Fisiopatologia:** O *M. tuberculosis* é transmitido de uma pessoa com doença ativa a outra, exclusivamente por via inalatória (gotículas de secreção respiratória, através da fala, tosse ou espirro). A inalação do bacilo *M. tuberculosis* induz no pulmão algumas possibilidades: eliminação do bacilo, infecção latente, rápida progressão para doença (doença primária) ou doença algum tempo após a infecção (reativação de infecção latente).



## Tópicos:

1. O que é a doença tuberculose?
2. Quais os sinais e sintomas de casos suspeitos?
3. Quando devo encaminhar?
4. Fluxograma: do diagnóstico ao acompanhamento
5. O tratamento precoce é efetivo acerca da mortalidade e contensão da doença?

*Belém-PA, junho de 2020*



## 2. Quais os sinais e sintomas dos casos suspeitos?

- A **tuberculose pulmonar classicamente** apresenta-se com tosse há mais de 2 (duas) semanas, além de outros sintomas respiratórios e sistêmicos:
  - Dor torácica;
  - Dispneia;
  - Hemoptise;
  - Febre vespertina;
  - Sudorese noturna;
  - Anorexia;
  - Emagrecimento.
- As formas extra-pulmonares apresentam, além das manifestações sistêmicas, sintomatologias relacionadas com a localização da doença, tais como:
  - Linfonomegalia;
  - Derrame pleural;
  - Meningite;
  - Hematúria;
  - Dor lombar;
  - Entre outras.



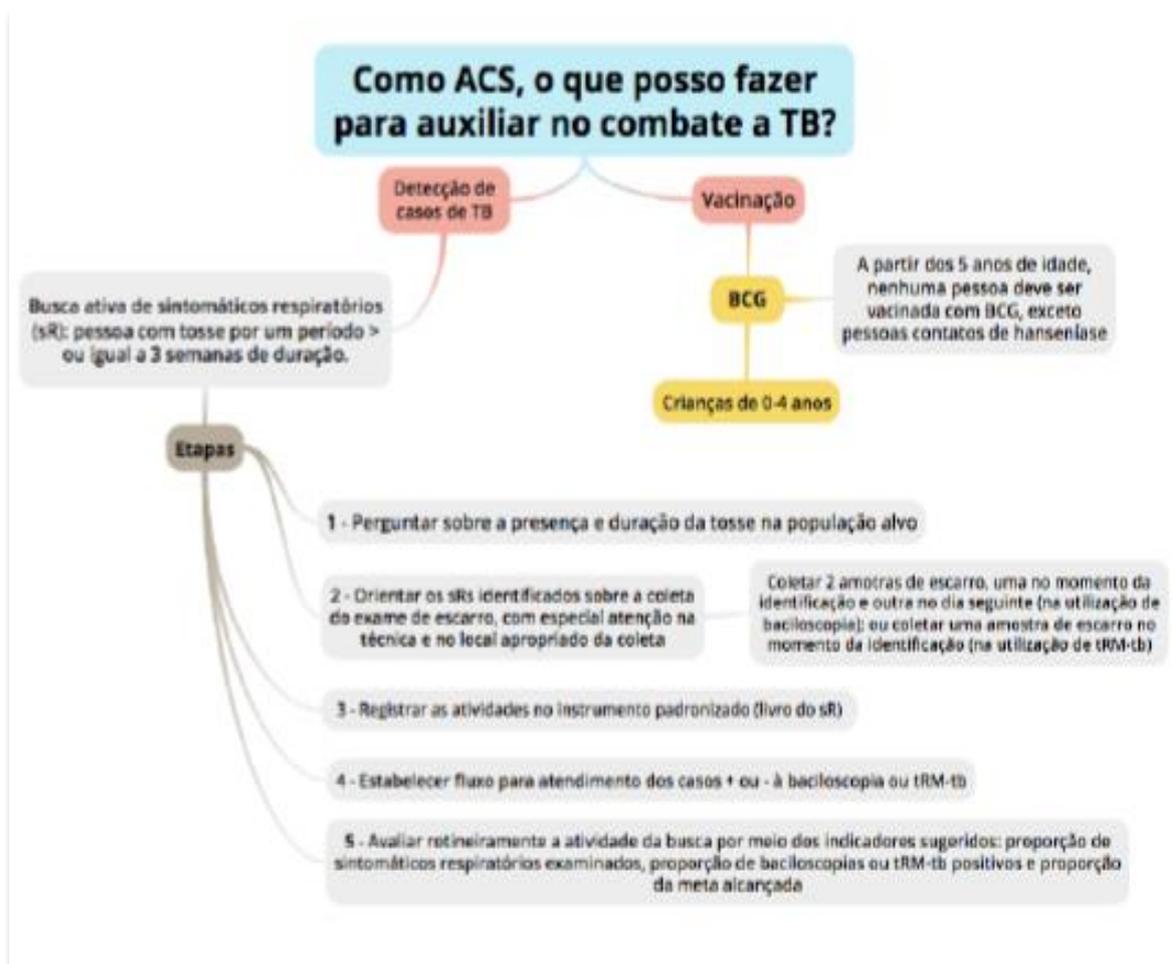
### 3. Quando devo encaminhar?



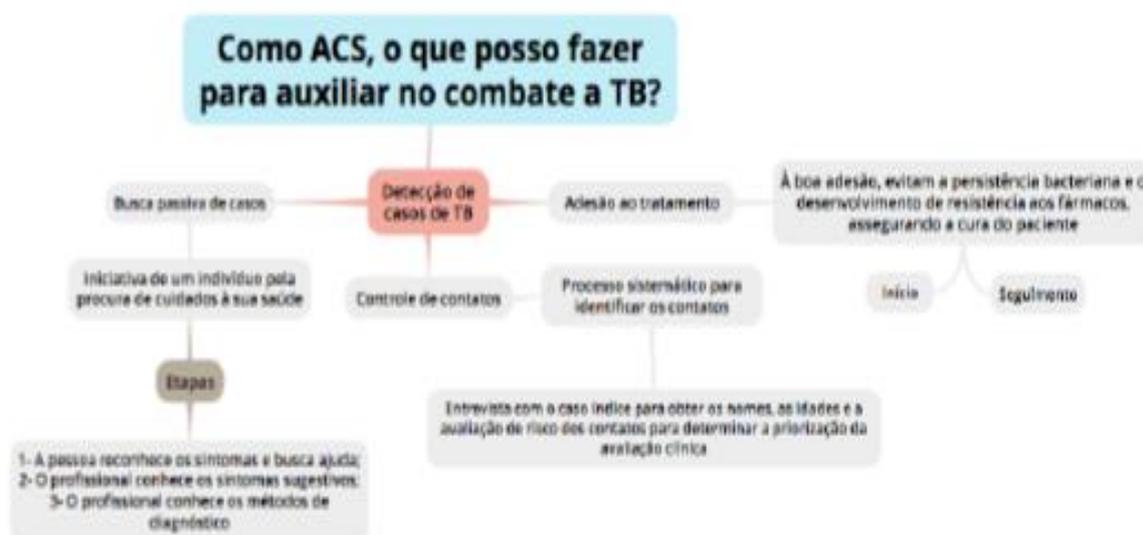
- O Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da estratégia da Busca Ativa de casos de TB. Dessa forma, tendo conhecimento dos sintomas da doença, do significado de sintomático respiratório, o ACS deve:
  - Estar atento acerca dos principais sintomas da TB, assim como divulgá-los, e fazer o encaminhamento dos casos suspeitos para a Unidade de Saúde;
  - Orientar e encaminhar os pacientes que tiveram contato com pacientes doentes ao serviço de saúde para avaliação clínica e possível diagnóstico e tratamento;
  - Acompanhar a situação vacinal das crianças do território e encaminhar ao serviço de saúde aquelas menores de 5 (cinco) anos que não tenham registro da BCG no cartão de vacinação ou não tenham cicatriz vacinal no braço direito.



## 4. Fluxograma: parte 1



## 4. Fluxograma: parte 2



## REFERÊNCIAS

1. Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri, GC, Wen CL. Clinica medica volume 2. São Paulo: Manole, 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



## ORIENTAÇÕES ACERCA DAS MEDIDAS DE HIGIENE E PROTEÇÃO CONTRA O COVID-19: COMO LIDAR COM O POSSÍVEL FIM DO ISOLAMENTO SOCIAL?

DOI: 10.36599/itac-ed1.108

José Joaquim Oliveira Neves<sup>1</sup>  
Amanda Vallinoto Silva de Araújo<sup>2</sup>  
Ana Flávia Bastos Arraes<sup>2</sup>  
Bruna Gomes Cavalcante<sup>2</sup>  
Carolina Pismel Xavier Pinto<sup>2</sup>  
Giovanna Barcelos Fontenele Pereira<sup>2</sup>  
Letícia Sampaio de Souza<sup>2</sup>  
Vinícius de Almeida Rodrigues da Silva e Souza<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará, Especialização em medicina desportiva, medicina do trabalho, administração hospitalar e saúde pública, Mestre em doenças infecciosas e parasitárias pela UFPA, professor adjunto IV aposentado - UFPA, docente do curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

<sup>2</sup> Graduandos do 7º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

A Covid-19 (*Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória causada pelo novo coronavírus – SARS-CoV-2.<sup>1</sup> Apesar de não aparentar a mesma gravidade da síndrome respiratória aguda grave (SARS), esse agente tem maior transmissibilidade e letalidade, elevando a porcentagem de mortos. Além disso, por ser um novo vírus para os humanos, não há imunidade previamente adquirida, o que o torna ainda mais infectante. Para a recente literatura científica, o coronavírus é transmitido facilmente pelo: contato direto (gotículas respiratórias de um indivíduo infectado que tosse, espirra ou fala podem ser inaladas ou estacionar na boca, nariz ou olhos de quem está perto (< 2 metros) - e contato indireto - pelas mãos com uma superfície ou objeto contaminado com SARS-CoV-2 e, em seguida, com olhos, boca ou nariz.<sup>2</sup>



Em meio a este cenário, foi adotado pela maioria dos países a política do isolamento social. Com o intuito de achatar a curva de contágio e não superlotar o sistema de saúde, foi recomendado a população que ficasse em casa durante um certo período de tempo – a depender da localização. A enorme adoção do isolamento interrelaciona-se com o receio da infecção e de maiores danos à saúde e financeiros. Em trabalhos anteriores, sobre surtos epidêmicos que necessitaram de quarentena, foi analisado medo do que possa ocorrer com sua própria saúde e de infectar outras conviventes, em especial, os familiares. O pavor era superior entre aqueles que seguiam em quarentena do que os que não o faziam.<sup>3</sup>

Em nível global, países europeus obtiveram sucesso ao aderir ao isolamento social e, especialmente, ao *lockdown* como instrumento de desaceleração do contágio, o que permitiu, em um menor período de tempo ao comparar-se com uma situação sem essas medidas, reduzir o número de infectados e, por conseguinte, mortos por Covid-19.

No Brasil, essas medidas foram flexibilizadas de acordo com a realidade de cada estado. Até o dia 15 de julho, o Brasil já havia registrado mais de 75 mil mortes pela COVID-19. Porém, estimativas mostram que o número real de contaminados pode variar entre nove e quinze vezes mais que os casos notificados<sup>4</sup>. De uma maneira geral, o Governo Federal não impôs condições de isolamento social, deixando os governadores de cada estado livres para agir de acordo com a situação que ocorria em seu território. Por exemplo, no Estado de São Paulo, que é populoso e amplamente urbanizado, que abriga a cidade de São Paulo, metrópole global, teve que tomar medidas severas. Ao contrário de Goiás, que não é detentor de tantos casos quando se compara com a maioria dos estados brasileiros, e devido a isso o governo apresentou medidas de maior flexibilidade.

No Estado do Pará, no entanto, logo no início da chegada da Pandemia no País, as autoridades estatais tomaram medidas a fim de controlar os casos e achatar a curva de contágio o máximo possível. Com mais de 130 mil casos confirmados<sup>4</sup>, o prefeito de Belém e região metropolitana impôs o “*lockdown*”, medida ainda mais crítica que apenas permite a circulação de pessoas nas ruas ligadas a atividades essenciais.



Atualmente o cenário mudou para melhor, mesmo com um número de vítimas muito grande, os níveis estão cada vez mais controlados e o sistema de saúde cada vez mais preparado para suprir a demanda do Covid-19 e as demandas adicionais, que já era comum nas urgências e emergências do Estado.

No entanto, fica o questionamento de como seria possível que na retomada às atividades não houvesse uma nova onda de contágios. Em uma perspectiva sem imunização por vacina, a dúvida da possibilidade de haver reinfecção assusta muitos paraenses, visto que a transmissão por meio de gotículas e fômites tem sido observada dentro e fora dos hospitais.<sup>5</sup>

Deste modo, faz-se necessária a adoção de medidas comportamentais e de higiene, visando a redução da transmissão da doença e a consequente diminuição do número de novos casos.

## JUSTIFICATIVA

O possível fim do isolamento social e o retorno gradual às atividades cotidianas apresentam-se como grandes desafios para todos no combate a Covid-19, devido ao não seguimento das recomendações para prevenção da doença ou a falta de acesso a elas. Tendo em vista a alta densidade populacional no bairro da Guanabara - Ananindeua - PA, faz-se necessário disponibilizar informações e orientações para a comunidade acerca de medidas eficientes de higiene, distanciamento social e necessidade de evitar aglomerações, uso de máscaras, além dos cuidados em casa e no trabalho em prol da prevenção da infecção e contenção da propagação.

## OBJETIVOS

### GERAL

Orientar a população do bairro da Guanabara, no município de Ananindeua, sobre as medidas de higiene e proteção contra a Covid-19.

### ESPECÍFICOS

Informar sobre a importância da higiene correta das mãos; orientar sobre o uso adequado de máscaras de proteção; orientar sobre a importância



do distanciamento social e de evitar aglomerações; instruir sobre os produtos de limpeza adequados para desinfecção de objetos; orientar sobre a procura por atendimento médico em caso de sintomas suspeitos de Covid-19.

## METODOLOGIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:** Trata-se de uma intervenção que tem como objetivo orientar o público-alvo acerca das medidas de prevenção contra o novo coronavírus, mediante a apresentação de cartazes posicionados na UBS da Guanabara.

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** Será esclarecido que o projeto de intervenção não trará riscos aos participantes, sendo a leitura do cartaz livre e opcional.

**LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:** O projeto de intervenção será realizado na unidade básica de saúde do bairro da Guanabara, Ananindeua-PA.

**PÚBLICO-ALVO:** Essa intervenção será direcionada a pessoas de todas as faixas etárias, principalmente para indivíduos do grupo de risco, como os idosos e portadores de doenças pulmonares, por exemplo, independente de já ter sido acometida pela infecção ou não.

**METAS A SEREM ATINGIDAS:** Espera-se que as medidas de prevenção consigam atingir o maior número possível de pessoas, a fim de que as mesmas consigam colocar em prática as instruções e reduzir a propagação do vírus.

## RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se, que, a partir da exposição de cartazes, contendo as principais formas de prevenção contra a Covid-19, que engloba tanto medidas de higiene quanto de distanciamento social, haja um encurtamento na taxa de disseminação do vírus, diminuindo a incidência da doença e gerando a preservação dos indivíduos da comunidade da Guanabara. Mediante a exposição das informações de forma simples e clara, objetiva-se a adoção das medidas sugeridas, de modo a reduzir o número de contaminados na



comunidade e possibilitar o retorno seguro às atividades cotidianas. Destacando a importância das medidas preventivas para redução do número de novos casos, espera-se a consequente redução da morbimortalidade da doença, com grande impacto positivo na comunidade.

### PRODUTO – Cartaz



### REFERÊNCIAS

1. Schuchmann, Alexandra Zanella, et al. "Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19". *Brazilian Journal of Health Review*, vol. 3, no 2, 2020, p. 3556–76. DOI.org (Crossref), doi:10.34119/bjhrv3n2-185
2. Mehta, Puja, et al. "COVID-19: Consider Cytokine Storm Syndromes and Immunosuppression". *The Lancet*, vol. 395, no 10229, março de 2020, p. 1033–33. DOI.org (Crossref), doi:10.1016/S0140-6736(20)30628-0.
3. Portal COVID-19 Brasil. Painel Coronavírus [acessado 2020 Jul 15]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Pereira, Mara Dantas, et al. "A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa".



Research, Society and Development, vol. 9, no 7, junho de 2020, p. 652974548. DOI.org (Crossref), doi:10.33448/rsd-v9i7.4548.

5. Yen, Muh-Yong, et al. "Interrupting COVID-19 Transmission by Implementing Enhanced Traffic Control Bundling: Implications for Global Prevention and Control Efforts". *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, vol. 53, no 3, junho de 2020, p. 377–80. DOI.org (Crossref), doi:10.1016/j.jmii.2020.03.011

6. Dolhnikoff, Marisa, et al. "Pathological Evidence of Pulmonary Thrombotic Phenomena in Severe COVID-19". *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, vol. 18, no 6, junho de 2020, p. 1517–19. DOI.org (Crossref), doi:10.1111/jth.14844.



## RODA DE CONVERSA COMO PROPOSTA DE INTERVENÇÃO E COMBATE AO USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS POR MENORES NA ESCOLA MUNICIPAL

DOI: 10.36599/itac-ed1.109

Vanessa Vilhena Barbosa<sup>1</sup>  
Gabrielly Caroline Machado Chaves<sup>2</sup>  
Georges Antoine de Pinho Ishak<sup>2</sup>  
Juliana Ribeiro das Chagas<sup>2</sup>  
Karen Ranieri Pacheco<sup>2</sup>  
Mariana Valente de Oliveira<sup>2</sup>  
Matheus Novaes de Carvalho<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Graduada pela Universidade do Estado do Pará, Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela UEPA, Médica da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (PA), docente do Curso de Medicina da UEPA e do CESUPA, Mestra em Saúde na Amazônia pela UFPA.

<sup>2</sup> Graduandos do 7º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Durante a infância e adolescência, existe uma tendência ao consumo de álcool e drogas de forma ocasional devido inúmeros fatores. Porém, ainda não é clara a ligação entre a evolução de tal comportamento para um consumo regular e duradouro (vício). O que não se pode negar é que se trata de uma situação complexa e que envolve diversos âmbitos, tanto sociais e econômicos, como de saúde pública.<sup>1</sup>

Geralmente, o uso frequente de drogas tem a maior tendência de ocorrer na adolescência, em comparação a adultez. Tal ocorrência é devido a juventude ser a época de modificações e desafios, envolta por grande vulnerabilidade e emoções instáveis; alterações súbitas, que não são experiências em outras fases da vida; a identificação do “eu” e personalidade individual, em virtude de sua emancipação com relação à família e a relevância que os grupos de inserção exercem sobre sua vida pessoal e escolhas, ou seja, sua vulnerabilidade às influências do meio. O que acaba levando a diversos comportamentos de risco, entre eles o consumo de drogas lícitas e ilícitas.<sup>1</sup>



O consumo de drogas por pessoas mais jovens é um assunto que gera grande preocupação social, visto que, além de gerar um mercado consumidor para uma atividade considerada ilícita, leva a consequências jurídicas, sociais e de violência, compromete permanente a capacidade cognitiva, gera problemas de cunho neurológico e outros problemas de saúde. Além dos problemas econômicos, visto que eleva a demanda pelo sistema público de saúde, ocasionando uma maior onerosidade, e pode influenciar na força de trabalho, seja pelo comprometimento cognitivo dos usuários, seja pelas possíveis vítimas da violência ocasionada pelo tráfico de drogas, violência policial, encarceramento por conta da marginalização dos usuários e pelas mortes no trânsito devido ao uso do álcool.<sup>2</sup>

Também é comum o consumo de álcool entre menores de 18 anos, apesar de a venda ser proibida a tal faixa etária no país. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, evidenciou que 21,9% dos adolescentes consegue comprar álcool por conta própria. As considerações da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PENSE) apontam que 9,9% dos estudantes do 9º ano escolar em 2012 nas capitais, já fizeram uso de algum tipo de droga ilícita, como maconha, cocaína, crack, etc. e, em 2009, esta proporção foi 8,7%, desse modo demonstrando o elevado grau de influência das drogas ilícitas entre as crianças e adolescentes, sendo um grupo de risco a se considerar.<sup>2</sup>

De acordo com o Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram gastos, em média R\$ 60 milhões em 2012 com pessoas dependentes do álcool, e que 21,8% dos jovens com idade entre 18 e 24 realizaram consumo abusivo de bebidas alcoólicas, assim, constata-se que as ações do governo não visam somente a prevenção ao uso de álcool e drogas, como ainda a política de diminuição de prejuízos já que o ministério da educação compreende cada particularidade do jovem e delimita estratégias para estes direcionadas não para a abstinência como meta a ser alcançada, mas para a defesa de sua vida, dessa forma a reabilitação recebe um caráter mais humanitário para com seus pacientes.<sup>2</sup>

Esse fato mostra claramente uma mudança no modo de encarar o uso de álcool e drogas pelos jovens no Brasil pois durante décadas o uso de substâncias psicoativas foi considerado problema de segurança pública e essa



população erroneamente foi vista como criminosos, assim, dificultado a resolução desse problema de forma correta devido a errada abordagem. Após muitos estudos sobre o assunto, esse problema começa a ser observado como problema de saúde pública, dessa forma ocorreu uma expansão das discussões sobre o assunto e novas abordagens surgem como resposta a esse problema, assim, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas (atendendo as ideias propagadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001. Entre os mais diversos contextos envolvidos em tal comportamento, os mais importantes são escola e família pois essas muitas vezes possuem uma estrutura precária tanto social quanto física, desse modo, pode-se ocorrer casos de violência doméstica ou na própria escola (bullying) ou casos de abuso de substâncias lícitas ou ilícitas pelos próprios familiares mais próximos, assim, o jovem acaba passando por situações estressantes que são mais do que o aceitável para a idade e ainda agravadas devido ao modo incorreto que o jovem, por muitas vezes não possui uma boa estrutura social, desse modo, aumenta-se os casos de uso de álcool e drogas como forma de fuga desses problemas. Tal problemática se torna ainda mais evidente nas áreas consideradas periféricas, onde se vive de forma mais enfática processos de exclusão sofrida pelos jovens que acarretam o maior de consumo das substâncias e a inclusão precoce desses jovens em atividades relacionadas com o tráfico.<sup>3</sup>

Diante dessa situação faz-se fundamental o aumento das ações que coíbam o aumento do uso de álcool e drogas ilícitas pelos jovens e essas ações devem fazer parte de um sistema de planejamento, implantação e implementação de inúmeras táticas com objetivo de minimizar aspectos de vulnerabilidade e risco próprios, e empoderamento dos fatores protetivos. Nesse sentido, é de suma importância um aumento das discussões sobre o assunto em todos os meios sociais, principalmente os mais vulneráveis e historicamente marginalizados (como escolas) dando maior enfoque na prevenção do uso de álcool e drogas pelo jovem os perigos do uso, principalmente precoce. Assim, estaremos fortalecendo a prevenção por meio da discussão sobre o assunto, mostrando que ele existe e pode ser combatido por maior de ações efetivas de saúde pública que elevem a conscientização da



população jovem sobre o assunto e desse modo, irá ocorrer uma prevenção melhor e mais completa.<sup>4</sup>

### **PROBLEMA**

Como combater e instalar medidas de prevenção ao uso abusivo, de drogas lícitas e ilícitas entre crianças e jovens de uma escola municipal?

### **JUSTIFICATIVA**

O abuso de drogas por crianças e jovens tem se tornado cada vez mais prevalente na sociedade, entre diversas faixas etárias e ambientes, inclusive no âmbito escolar. Dessa forma, verificou-se, em uma escola municipal de Ananindeua, uma grande necessidade de intervenção, devido a presença de fatores de risco combinados que podem contribuir, em maior ou menor grau, para a possibilidade desse uso entre os alunos, especialmente os adolescentes.

Em virtude disso, é necessária a promoção do conhecimento desses alunos acerca das consequências e riscos do abuso de drogas lícitas e ilícitas e conscientização para atenuá-lo, e conseqüentemente a adicção.

### **OBJETIVOS**

#### **GERAL:**

- ✓ Promover a conscientização dos alunos acerca dos malefícios e prejuízos associados ao uso de drogas ilícitas.

#### **ESPECÍFICO**

- ✓ Informar acerca das drogas ilícitas mais comuns e os fatores de risco que podem influenciar o uso de drogas entre os estudantes;
- ✓ Esclarecer aos alunos sobre os efeitos das drogas ilícitas no organismo;
- ✓ Prevenir o uso de drogas ilícitas entre os alunos;
- ✓ Estimular o pensamento crítico entre os alunos por meio da informação.

### **METODOLOGIA**

PROJETO DE INTERVENÇÃO: A presente atividade busca atuar como um mecanismo de conscientização acerca dos perigos das drogas ilícitas e



lícitas a partir de uma palestra com apresentação de slide abordando os principais químicos disponíveis nos tempos atuais, realizando uma introdução sobre cada um deles e seus efeitos bem como os possíveis danos e mecanismos de dependência.

**CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:** Este projeto se trata de uma intervenção e não possui qualquer vínculo financeiro com alguma instituição, tampouco fins lucrativos, mas sim faz parte de uma estratégia para melhorar a saúde pública local e todos que participarem diretamente e indiretamente o farão de forma voluntária.

**LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:** uma escola municipal localizada em Ananindeua – PA

**PÚBLICO-ALVO:** Alunos do 9º e do 8º ano compreendendo as idades entre 13 e 15 anos de idade.

**METAS A SEREM ATINGIDAS:** Ao apresentar este trabalho, tem-se como finalidade informar ao público-alvo as reais consequências que tais substância podem acarretar ao usuário, bem como iluminar tabus amplamente divulgados e assim tornar mais claro o entendimento dos ouvintes sobre o assunto.

**1º Passo:** Identificar do Problema – através de conversa com a direção pedagógica da escola, a qual nos informou a necessidade de discussão do tema;

**2º Passo:** Agendar uma Exposição teórica + Roda de conversa com os alunos da Escola, compreendendo, principalmente a faixa etária mais afetada;

**3º Passo:** Distribuição de folders para os alunos, com o objetivo de gerar uma conscientização sobre o assunto abordado.

## RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

Após a apresentação para os alunos da instituição, é esperado que os mesmos se tornem mais conscientes quanto aos efeitos adversos provenientes do uso de drogas ilícitas. Entendendo, então, como elas agem no organismo e como tal efeito afeta negativamente sua saúde e quais consequências são esperadas a longo prazo após o uso crônico dessas substâncias.



Além disso, após a exposição de métodos para prevenção e de como buscar ajuda para o abandono de tal vício, é esperado que o ouvinte desenvolva pensamento crítico para tal situação e saiba como agir e onde buscar orientação profissional.

### PRODUTO – PANFLETO

**O que acontece com a pessoa que usa drogas?**

- queda do rendimento escolar
- abandono dos estudos
- abandono das amizades
- inquietação, irritabilidade, insônia
- brigas em casa
- alteração do apetite
- machucados nasais e oculares.

**PREVENÇÃO:**

- procure ajuda
- pratique esportes
- conheça os prejuízos causados pelas drogas

**DIGA NÃO ÀS DROGAS**

Cartilha desenvolvida pelo MISC CIDADENOVAS - CESUPA:  
 - Gabrielly Chaves  
 - Georges Ishak  
 - Juliana Ribetiro  
 - Karen Ranieri  
 - Mariana Valente  
 - Matheus Novaes

**O QUE SÃO DROGAS?**

Todas essas drogas atacam o organismo e são capazes de nos deixar doente ou mesmo levar à morte. E também há prejuízo na vida profissional: os alunos que usam drogas tiram notas baixas.

O que pode levar uma pessoa a usar drogas?

- auto-afirmação
- baixa autoestima
- problemas na família
- influência dos amigos
- estar na moda

Drogas são substâncias naturais ou artificiais capazes de alterar o comportamento e afetar a saúde das pessoas. Elas podem causar dependências e são prejudiciais a saúde.

**Drogas legalizadas:**

- Cigarro
- bebida alcoólica

**Drogas ilegais:**

- cocaína
- crack
- ecstasy

### REFERÊNCIAS

1. Sofia Trigo, Susana Silva, Sílvia Fraga, Elisabete Ramos; Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas; Cidade do Porto. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP); 2015.
2. Kalinca Léia Becker. O efeito da interação social entre os jovens nas decisões de consumo de álcool, cigarros e outras drogas ilícitas. Santa Maria; Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); 2017.
3. Rogério Lessa Horta, Christian Loret de Mola, Bernardo Lessa Horta, Candido Norberto Bronzoni de Mattos, Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi, Maryane Oliveira-Campos, Deborah Carvalho Malta. Prevalência e condições associadas ao uso de drogas ilícitas na vida: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Revista brasileira de epidemiologia; 2018.
4. Cláudia Araújo dos Santos, Denise Doneda, Denise Gandolfi, Maria Cristina Hoffmann, Maria Gorete Selau, Margareth Oliveira, Paulo Macedo, Pedro Gabriel Delgado, Regina Benevides, Sueli Rodrigues. A política do Ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasil; Ministério da Saúde; 2003.

20

## ORIENTAÇÕES GERAIS DE CUIDADO PARA OS MORADORES DO BAIRRO DA GUANABARA POR APLICATIVO DE MENSAGENS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

DOI: 10.36599/itac-ed1.110

Claudia Marques Santa Rosa Malcher<sup>1</sup>  
Ronaldo Costa Monteiro<sup>2</sup>  
Ana Carolina Carvalho da Silva<sup>3</sup>  
Andressa Lima Azevedo<sup>3</sup>  
Gabriela Camara Machado<sup>3</sup>  
Hule Costa dos Santos<sup>3</sup>  
Isabela Parente e Silva de Medeiros<sup>3</sup>  
José Marcus Farias Guimarães Nunes<sup>3</sup>  
Luiza Helena Leão Oliveira<sup>3</sup>  
Pedro Pastorini Franco<sup>3</sup>  
Rafael de Souza Natividade Lopes<sup>3</sup>  
Tammyle Reis Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Doutora em Oncologia e Ciências Médicas (PPGOCM/UFPA) e Mestre em Ciências Farmacêuticas (PPGCF/UFPA). Tutora, Supervisora e Conteudista do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará (CESUPA), Universidade Federal do Pará (UFPA) e Universidade do Estado do Pará (UEPA).

<sup>2</sup> Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Infectologia pela Sociedade Brasileira. Mestrado em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical (UFPA). Supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil. Professor do Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFPA e do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade do Centro Universitário do Pará (CESUPA).

<sup>3</sup> Graduandos do 8º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

Os coronavírus são RNA vírus que causam infecções respiratórias,<sup>1</sup> sendo conhecidos sete coronavírus patógenos em humanos, podendo exercer característica sazonal. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020),<sup>2</sup> nos últimos 20 anos foram identificados dois tipos de coronavírus desenvolvendo as epidemias mais virulentas de síndrome respiratória aguda grave (SRAG), e mais atualmente o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19 têm se destacado, surgindo em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China, inclusive com a



Organização Mundial da Saúde declarando o estado de emergência internacional, em 30 de janeiro de 2020. Neste período, no Brasil existiam apenas 9 casos em investigação, em 7 de fevereiro.<sup>3</sup>

O SARS-CoV-2 possui alta transmissibilidade, sendo preconizadas as medidas de higiene para evitar a transmissão que pode ocorrer pelo aperto de mão, gotículas de saliva, espirro, tosse, coriza, toque de objetos ou superfícies contaminadas. Entretanto, a letalidade é baixa, sendo menor do outras infecções respiratórias como o H1N1.<sup>4</sup> Para Organização Mundial de Saúde, cerca de 80% dos infectados por COVID-19 podem ser assintomáticos e 20% dos sintomáticos podem evoluir com dispneia, e desses 5% podem precisar de suporte ventilatório hospitalar. Em geral, os sintomas no SARS-CoV-2 são variáveis desde um resfriado, odinofagia, anosmia, diarreia, dispnéia e até pneumonia grave.<sup>5</sup>

A emergência de novas doenças associado ao impacto das mortes impõe desafios aos sistemas de vigilância e assistência em saúde.<sup>4</sup> Para isso a abertura de novas formas de apoio para conter a pandemia foram necessárias. Com a aprovação da lei 13.989 em abril de 2020, houve a regulamentação do uso da telemedicina durante a crise causada pelo SARS-CoV-2, o que permitiu que os casos sejam monitorados e que os usuários possam realizar consultas à distância, evitando idas desnecessárias e exposições em pronto-socorro, unidade básica de saúde (UBS) e hospitais, reduzindo o risco de contaminação.<sup>6</sup>

Segundo o IBGE o Brasil possui 220 milhões de celulares ativos, e 207,6 milhões de habitantes. Nessa realidade, a rede social por meio do *WhatsApp* é a mais popular, sendo notória sua presença em 99% dos smartphones do país.<sup>7</sup> Relacionando isso e o cenário que estamos vivendo atualmente, tem-se o papel das redes sociais como instrumento de educação e de interação e assistência pelos profissionais da saúde.<sup>8</sup> Além disso, o uso de aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual, a exemplo do *whatsapp*, *telegram*, *wechat*, *skype*, *hangout*, *e-mail*, utilizados pelos serviços de saúde aumentam o acesso de primeiro contato, e facilitam a acessibilidade do usuário permitindo a integralidade no SUS.<sup>9</sup>



Em Itapetininga, São Paulo, desde 2018 as UBS se utilizam do aplicativo *WhatsApp*, para o agendamento de consultas pelo celular, contando também com o serviço de confirmação de consultas evitando as faltas nas consultas agendadas e permanecendo a marcação de consultas presenciais, caso desejado.<sup>10</sup> Na pandemia do SARS-CoV-2 a UBS 7 de Taguatinga decidiu manter as atividades de práticas integrativas, as quais eram desenvolvidas presencialmente todos os dias da semana antes da pandemia. Para isso, criou o “grupo de *WhatsApp* para idosos” onde por meio de vídeos, em grupo de cerca de 70 pessoas, demonstravam como praticar em casa as técnicas de relaxamento, automassagem, aromaterapia e artesanato. Os vídeos que eram enviados em dias alternados reforçavam também informações para evitar sair de casa. Tais medidas privilegiavam cuidar da saúde do corpo e da mente, atendendo o grupo de risco dos idosos que estavam em isolamento.<sup>11</sup>

Em Petrolina, Pernambuco, na UBS N6, utilizou o conteúdo compartilhado via *WhatsApp* por uma lista de transmissão, com episódios de gravações individualizadas dos profissionais da UBS com duração média de 10 minutos, com as temáticas de avisos e informações, educação em saúde, dúvidas dos usuários e música de artista local, retratando ainda os aspectos epidemiológicos e as preocupações vigentes, no uso de máscaras, lavagem das mãos, higienização bucal e estímulo a alimentação saudável.<sup>8</sup>

A disseminação de estratégias educativas criadas por meio do aplicativo *WhatsApp*, foi bem aceita pela facilidade do seu uso pelos usuários, mas outras redes sociais também se mostraram eficazes como o Facebook, usado para disseminar cuidados acerca do COVID-19, pela UBS Parque São Bernardo em São Paulo, esse canal de comunicação dispõe da vantagem de abranger uma quantidade maior de pessoas.<sup>12</sup> Com isso, o uso das redes sociais na pandemia do SARS-CoV-2 permitiu uma boa capilaridade na comunidade, possibilitou a construção de conhecimento e interação entre os profissionais de saúde e usuários, estimulando a participação.<sup>8</sup> Nesse contexto, tornou-se fundamental o estabelecimento de um canal de comunicação entre as UBS e a comunidade, com o principal objetivo de promover a assistência à saúde, desafogar os hospitais de referência, e evitar a exposição de pessoas não infectadas.



Para isso, os acadêmicos de Medicina do CESUPA do 8º semestre a fim de fornecer informações úteis aos usuários da UBS da Guanabara, Ananindeua-PA, com as recomendações de autoridades em saúde acerca dos cuidados para a prevenção do SARS-CoV-2 utilizando o recurso de lista de transmissão do aplicativo de mensagens *WhatsApp*. Assim pretendeu-se alertar sobre a importância do isolamento social e o seu impacto sobre a dinâmica de contaminação do vírus, incentivar o uso de máscara e de outros equipamentos de proteção individual, ensinando sua correta colocação e utilização, bem como cuidados necessários para sua manutenção e possível higienização, explicar a importância da lavagem das mãos e da utilização de álcool e procedimentos utilizados para realização de descontaminação, explicar como ocorre a transmissão do vírus e quais medidas tomar para evitar o contágio, instruir acerca de possíveis sintomas desencadeados pela infecção por COVID-19, salientando sinais de alerta da doença e o momento para procura de auxílio médico hospitalar, informar de maneira simplificada e didática utilizando linguagem acessível, disponibilizar informação desprovida de *fake news*, encorajar o repasse da informação de fonte confiável para membros da familiares e amigos.

### METODOLOGIA

A partir da pergunta norteadora “a utilização de redes sociais como canal de comunicação entre a Unidade Básica de Saúde e a População pode ser vista como uma ferramenta a ser explorada na Atenção Primária?”, surge então como Projeto de Intervenção na Saúde e Comunidade (PISC) a criação de um canal de comunicação entre os acadêmicos de medicina do CESUPA do 8º semestre, e os usuários e profissionais de saúde da UBS Guanabara, em Ananindeua, fornecendo por meio do aplicativo de *WhatsApp* mensagens utilizando uma “lista de transmissão” com informativos para a melhor adesão ao combate do SARS-CoV-2 em julho de 2020. Esta iniciativa pode continuar sendo útil mesmo depois de superada a pandemia. Foram respeitadas as questões éticas, sendo esclarecido o caráter de participação voluntário e sem nenhuma forma de pagamento, com intuito de fomentar uma estratégia de melhoria no atendimento.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante 4 anos do Curso de Medicina, este grupo de acadêmicos do CESUPA realizou atendimentos e planejou atividades de promoção a saúde na UBS da Guanabara, no Módulo de Interação em Saúde na Comunidade (MISC), aplicando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática profissional, e o tornando um futuro profissional não somente sensibilizado em relação à importância do trabalho nas unidades básicas de saúde, mas preparado para prosseguir como um participante ativo no engajamento com as necessidades da comunidade, como previsto nas novas Diretrizes Curriculares. Durante este tempo, notou-se a dificuldade de um canal mais direto de comunicação entre a UBS e a comunidade. Isto porque observou-se que as únicas formas de divulgar as suas atividades, eram para convidar a população para ações por contato direto ou propagar informativos sobre determinado assunto, com divulgação verbal com líderes comunitários ou confecção de cartazes para serem expostos nas paredes da UBS ou criação de folders.

Esses meios nem sempre se mostraram eficazes, os folders, por exemplo, requeriam um custo dispendioso para impressão e uma logística de entrega para o seu público-alvo, enquanto a divulgação verbal nem sempre conseguia alcançar uma parcela significativa da comunidade resultando em atividades de promoção a saúde com a presença de uma parcela ínfima da população. Logo, surgiu a ideia da criação de uma lista de transmissão no Aplicativo *Whatsapp* que a grande parcela da população usa, aliado ao tema de SARS-CoV-2 que foi escolhido pela necessidade de promover políticas indutoras de promoção à saúde. Somado a isto, a UBS tem acesso aos números de contato dos pacientes por meio de prontuários e, também na situação atual de pandemia, muitas atividades presenciais foram limitadas. Portanto, esta nova abordagem surgiu como uma ferramenta para que se consiga convidar a população para participar de ações dos alunos que podem influenciar no futuro pós-pandemia, informando sobre as campanhas e orientações do Ministério da Saúde e criando a sensação de proximidade da



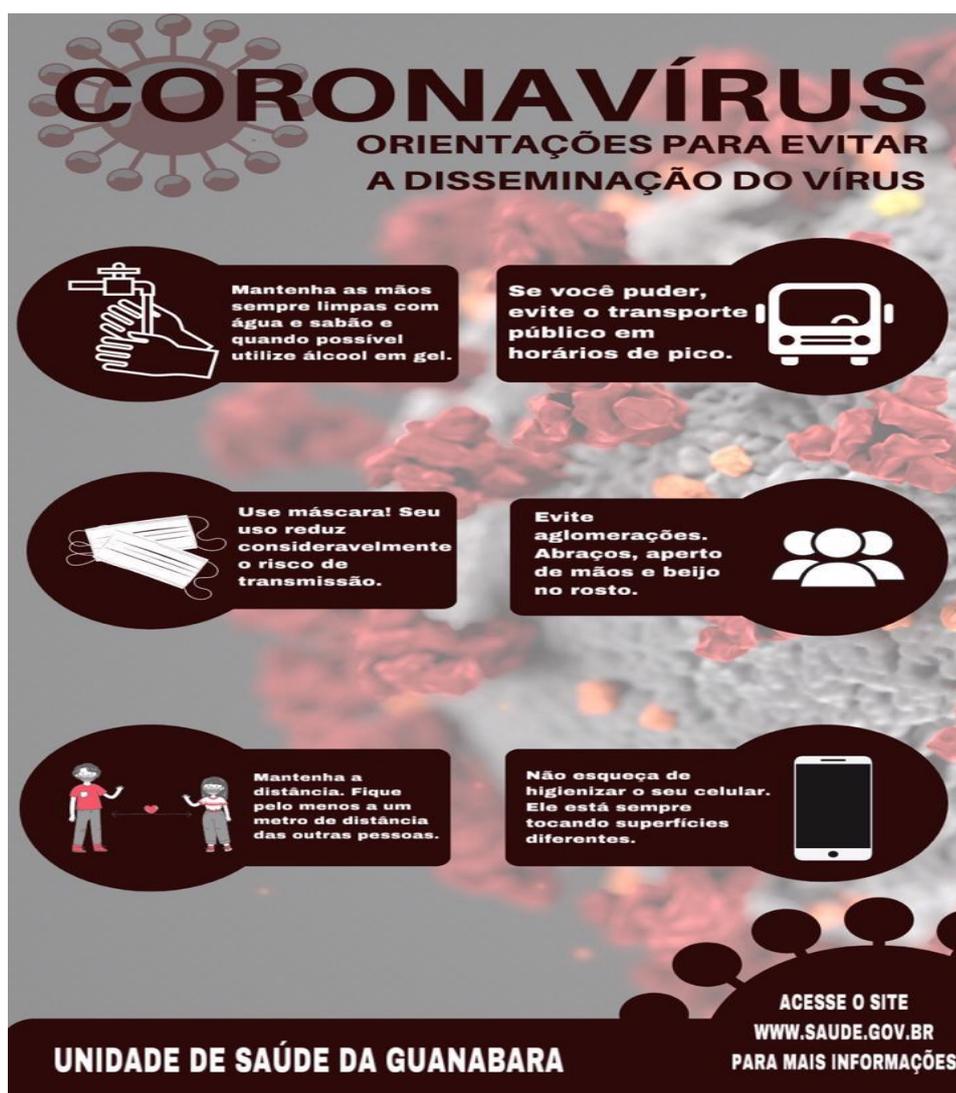
população com a UBS em meio ao contexto atual, tudo isso de forma simples e eficaz, como ilustrado pelos acadêmicos.

Por meio das fichas de cadastro da UBS da Guanabara, foi possível coletar os dados de cada família cadastrada, reunindo o maior número de pessoas em um espaço curto de tempo e realizar o convite para adicioná-las em uma lista de transmissão de mensagens. Através desse meio de comunicação, possibilitou-se aos alunos o envio de panfletos, notícias e campanhas do Ministério da Saúde diretamente a população assistida, por mensagens de texto, em um meio que possibilite a visualização rápida e fácil, a qualquer momento do dia, contribuindo, assim, para a divulgação de informações relacionadas a saúde pública, sem que a população necessite ir a UBS. Além de diminuir os custos para a fabricação destes se reduziu a utilização de papel, evitando desperdícios, preservando o ambiente e possibilitando a menor transmissão do SARS-CoV-2.

Tão importante quanto, as pessoas receberem as mensagens elas também poderão compartilhar por meio do próprio celular a propagação das informações corretas e, portanto, sem *fake news*. Neste projeto, foram fortalecidos o atributo essencial da Atenção Primária à Saúde da integralidade e por sua vez, quanto aos atributos derivados esteve presente a orientação comunitária com a educação na saúde e produção de conhecimento pela divulgação de informações.



**PRODUTO - Produto digital divulgando medidas contra o SARS-CoV-2.**



**REFERÊNCIAS**

1. Fehr, Anthony R., and Stanley Perlman. "Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis." *Coronaviruses*. Humana Press, New York, NY, 2015; 1-23.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. 2020.
3. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. "Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)." *Boletim Epidemiológico*. 2020; 02
4. Lana, Raquel Martins, et al. "Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva." *Cadernos de Saúde Pública* 2020; 36: e00019620.
5. BRASIL, 2020a. Ministério da Saúde. Sobre a doença. Acesso em: 15 JUL 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>.
6. BRASIL, 2020b. Lei Nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*. 16/04/2020. Edição: 73. Seção: 1. Página: 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>>. Acesso em: 26 maio 2020.
7. Panorama Mobile Time/Opinion Box - *Mensageria no Brasil* - Janeiro de 2020. Disponível em: <<https://panoramamobiletime.com.br/pesquisa-mensageria-no-brasil-fevereiro-de-2020/>>. Acesso em 24 maio. 2020.



8. Júnior, Aristóteles Homero dos Santos Cardona, Cleusa Wanderley de Queiroz Andrade, and Luciana Nogueira Mendes Caldas. "Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano." *APS EM REVISTA*. 2020; 2.2: 137-141.
9. BRASIL. 2020c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
10. PREFEITURA DE ITAPETININGA. Agendamento de consultas médicas pelo celular começa a funcionar em Unidades Básicas de Saúde, atualizado em 07.03.2018. Acesso em 15 JUL 2020. Disponível em: <https://itapetininga.sp.gov.br/noticia/print-noticia/1590/agendamento-de-consultas-medicas-pelo-celular-comeca-a-funcionar-em-unidades-basicas-de-saude/>.
11. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Servidores da UBS 7 de Taguatinga criam grupo no WhatsApp para idosos. Atualizado em 7/05/20. Acesso em 15 JUL 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/servidores-da-ubs-7-de-taguatinga-criam-grupo-no-whatsapp-para-idosos/>.
12. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARQUE SÃO BERNARDO, 2020. Acesso em: 15 JUL 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/ubsparquesaobernardo/>.
13. Meireles, Maria Alexandra de Carvalho, Cássia do Carmo Pires Fernandes, Lorena Souza Silva. "Novas diretrizes curriculares nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior." *Revista Brasileira de Educação Médica* 2019; 43.2: 67-78.



## DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: MITOS E VERDADES

DOI: 10.36599/itac-ed1.111

Cybelle Cristina Pereira<sup>1</sup>

Andréia Ximendes de Araújo<sup>2</sup>

Felipe Aguiar Parente<sup>2</sup>

Lorena Gabrielly da Silveira Santos<sup>2</sup>

Jéssika Araújo Ferreira<sup>2</sup>

Natália Cruz Rabelo<sup>2</sup>

Wilson Ribeiro da Silva Júnior<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em medicina pela Universidade do Estado do Pará, Residência em Medicina de Família e Comunidade (UEPA), Mestre em Ensino e Saúde - Educação Médica, no CESUPA, docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará e do CESUPA, experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva, supervisora do Programa Mais Médicos para o Brasil/MEC, Coordenadora da Comissão de Residência Médica do CESUPA, Supervisora do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do CESUPA, Coordenadora do Módulo de Interação em Saúde da Comunidade do CESUPA, Coordenadora do Internato de Medicina de Família e Comunidade da UFPA

<sup>2</sup> Graduandos do 8º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos e tecidos é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada de um órgão, como o pulmão, ou de tecidos, como a medula óssea, ossos e córneas de um doente em terminalidade que será trocado por outro órgão ou tecido de um doador, o que é passível de realização tanto em vida quanto depois de falecido.<sup>1</sup> O Brasil, nesse contexto, é referência mundial e possui o maior sistema público de assistência, de acordo com o Ministério da Saúde (MS).<sup>1</sup>

É importante frisar que o Brasil é o segundo maior transplantador do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos da América (EUA).<sup>1</sup> Em 2019, segundo o portal de transparência do MS, o Brasil registrou aumento no número de transplantes mais difíceis de serem realizados, dentro eles coração e medula óssea, isso graças a intensificação das campanhas de conscientização sobre a importância da doação.



Atualmente, de acordo com o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), cerca de 96% dos procedimentos realizados no Brasil são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos princípios do SUS, conhecido como integralidade, e a gratuidade são de fácil acesso ao doente que precisa de transplante, incluindo desde os exames antes da cirurgia até aos medicamentos após transplante.<sup>2</sup>

Vale ressaltar, para que todo o sistema funcione o SNT é responsável por coordenar cerca de 27 Centrais Estaduais de Transplantes; 13 Câmaras Técnicas Nacionais; 619 estabelecimentos; 1.157 equipes de transplantes; 574 Comissões Intra-hospitalares de Doações e Transplantes; e 72 Organizações de Procura de Órgãos (OPOs).<sup>2</sup> Além disso, está previsto a capacitação de 4 mil médicos, até o final de 2020, para diagnóstico de morte encefálica, que é um procedimento fundamental para início do processo de transplante.<sup>1</sup>

Especificamente no estado do Pará, dados da Secretaria de Saúde do Estado, SESPA, revelam que o último balanço efetuado em 30 de julho de 2019, contabilizou 137 transplantes de córnea e 37 transplantes de rim. As captações ocorrem principalmente em Belém e Santarém, as quais são as cidades paraenses com melhor estrutura para essa função.<sup>8</sup>

Nesse ponto, a Lei N. 9.434 (fevereiro/1997) refere sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano. Dessa forma, a doação somente é permitida depois da realização de exames de triagem diagnóstica no doador, respeitando o período de tempo conforme a idade.<sup>4</sup> A notificação obrigatória deve ser realizada para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos por todos os órgãos de saúde, mesmo quando há suspeita diagnóstica, e a situação clínica e intenção da família sejam desconhecidas.<sup>6</sup>

Porém, mesmo diante dos resultados animadores acerca do número de doações, a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) fez uma comparação entre os dados de 2007 e 2017, a qual concluiu que ainda há persistência no déficit da efetivação dos potenciais doadores, já que em 2017, somente 32,1% foram efetivados.<sup>2</sup>

Essa baixa porcentagem, propõe que algumas melhorias poderiam ser implantadas no processo de captação de doadores, incluindo a promoção de uma maior qualificação da equipe multiprofissional envolvida nesse processo,



a fim de não perder um potencial doador, o que conseqüentemente aumentaria o número de doações e diminuiria o tempo e o tamanho da fila de espera.<sup>5</sup>

O MS tem observado aumento dos consentimentos familiares para a doação de órgãos, atribuindo o mesmo ao trabalho voltado a divulgação de informações. O aumento na taxa de autorização, chegou este ano a uma média de 60%, a qual pode ser considerada fruto de uma sociedade mais consciente do seu papel e da importância do seu gesto. Porém, 40% das famílias dos possíveis doadores ainda dizem 'não' à doação. O denota a importância que os familiares e íntimos conheçam a vontade do paciente em ser doador.<sup>7</sup>

Esses dados reforçam a necessidade de campanhas acerca da conscientização, bem como o incremento de conhecimento para os profissionais de saúde acerca da temática. Estudos brasileiros que avaliaram a experiência desses trabalhadores e seus domínios sobre as etapas que compõe tal processo apontaram déficit de conhecimento, revelando um cenário comprometedor, haja vista que eles são fundamentais para o acolhimento adequado das famílias.<sup>9</sup>

Além disso, outro ponto importante é que de maneira geral não há restrição para ser um doador de órgão, sendo necessário apenas a verificação de alguns critérios como exemplo a causa da morte e a presença de doenças infecciosas ativas. Nesse sentido, vale ressaltar que pessoas sem documentação ou menores de 18 anos sem autorização do seu responsável não podem se tornar doadores.<sup>7</sup>

A partir da autorização, o hospital no qual está o potencial doador, aquele paciente em morte encefálica ou parada cardiorrespiratória, deve notificar a Central de Transplantes, a qual pedirá a confirmação do diagnóstico de morte encefálica e dará início a testagem de compatibilidade entre o potencial doador e os receptores na lista de espera. Se após os resultados, forem encontrados mais de um potencial receptor os critérios para decisão serão o tempo de espera na lista, e a urgência do procedimento.<sup>7</sup>

Pós a tomada dessa decisão, as equipes de transplante em conjunto com a Central de Transplantes adotaram as medidas necessárias para as retiradas dos órgãos, isto inclui os meios de transportes, equipe multidisciplinar e outros, assim os órgãos são retirados e os transplantes são realizados.<sup>7</sup>



No entanto, se o motivo do óbito for parada cardiorrespiratória, pós realização dos testes de triagem, os tecidos ou órgãos são retirados e encaminhados para bancos de tecidos.<sup>7</sup>

Neste contexto, pode-se citar também quais são os órgãos e tecidos que podem ser doados, sendo eles: pâncreas, pulmão, rim, córnea, fígado, coração, osso, pele, medula óssea, cartilagem e músculos.<sup>7</sup>

Por outro lado, também é importante discorrer sobre o doador de medula óssea, o qual deve ter obrigatoriamente entre 18 e 55 anos, estar em bom estado geral de saúde, não possuir estar com doença infecto-contagiosa ou debilitante, não estar neoplasia, enfermidades hematológicas ou imunológicas.<sup>5</sup>

Dessa forma, para se tornar um doador de medula óssea a pessoa interessada deve procurar o hemocentro do seu estado e agendar uma consulta de esclarecimento sobre a doação, e se caso, continuar com o interesse irá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido e preencher uma ficha com informações pessoais sendo necessária apresentação de documento de identificação original, e nesse momento também será coletado 10ml de sangue para que possam ser analisados exames de histocompatibilidade, HLA, para que esse paciente possa ser incluído no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).<sup>5</sup>

Em virtude de esse paciente já estar inscrito no REDOME, caso haja uma possível compatibilidade, o mesmo será consultado para ratificar seu interesse na doação e sequenciar aos processos inerentes, por este motivo é estimulado que os dados sejam mantidos atualizados.<sup>5</sup>

Diante disso, é válido a capacitação de profissionais da saúde como um todo, a fim de que eles se sintam seguros na hora de repassar as informações e tirar as dúvidas da população. Este projeto enfoca nos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Julia Seffer, localizada em Ananindeua, Pará, e traz grande valia para o esclarecimento de alguns tópicos que são de crença comum e não correspondem à verdade, dentre eles:

- a) Idosos não podem doar seus órgãos por conta do avanço de idade.



- b) Os custos da doação dos órgãos deverão ser pagos pela família do doador.
  - c) Pessoas que já tenham histórico de doença não podem ser doadores.
  - d) Pessoas que aguardam na fila da doação de órgãos e que possuem melhores condições financeiras podem passar na frente dos demais para receber um órgão.
  - e) A morte encefálica pode ser confundida com a pessoa estar em coma.
- Também se faz necessário a confirmação de algumas informações verídicas, entre elas:
- a) A doação de órgãos pode beneficiar muitas pessoas.
  - b) Quase todos os órgãos podem ser doados.
  - c) Não é necessário deixar um documento ou registro expressando a vontade de ser doador de órgãos, o mais importante é expressar esse desejo para a família.
  - d) A identidade do doador e do transplantado são mantidas no anonimato.

### PROBLEMA

Os Agentes Comunitários de Saúde apresentam dúvidas quanto aos mitos e verdades no tema Doação de órgãos e tecidos?

### JUSTIFICATIVA

Anualmente, no Brasil, 60 pessoas a cada um milhão que morrem apresentam um quadro de morte encefálica (ME), sendo que destes, aproximadamente 50% poderiam ser doadoras de órgãos. Sendo assim, “a chance de que alguém seja doador de órgãos é quatro vezes menor do que a chance de que venha a precisar de um transplante” (ABTO, 2015).

Essa realidade, juntamente com o número ainda ineficiente de doadores por milhão de pessoas (14,2), reflete a importância da informação e conscientização da população sobre o assunto doação de órgãos. Muitos mitos são tidos como verdades por famílias de pacientes que morreram de ME e pela sociedade como um todo, os quais impedem que esse número de



doadores aumente e alcance o desejado para suprir a grande demanda pelo país.

Diante disso, os acadêmicos de medicina atuantes na Unidade Básica de Saúde do Júlia Seffer (Ananindeua- PA) perceberam a necessidade de intervir na comunidade por meio desse projeto, voltado aos ACS e a comunidade, com o intuito de desmistificar esse assunto que é um verdadeiro tabu na sociedade.

## OBJETIVOS

### GERAL

Conscientizar a população da Estratégia Saúde da Família da UBS Júlia Seffer (Ananindeua – PA) sobre a importância da doação de órgãos.

### ESPECÍFICO

- Capacitar os ACS da UBS Júlia Seffer sobre o assunto doação de órgãos para que possam informar melhor a comunidade;
- Informar a comunidade sobre os mitos e verdades da doação de órgãos;
- Produzir um vídeo informativo, sobre mitos e verdades na doação de órgãos e tecidos, direcionado aos ACS;
- Orientar a população sobre como ser doador de medula óssea.

## METODOLOGIA

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

A intervenção realizada é elaborada em razão do PISC – Projeto de Intervenção em Saúde na Comunidade, o qual estimula os acadêmicos de Medicina a desenvolver ações que considerem as peculiaridades existentes no cenário em que estão inseridos, buscando informar, prevenir ou até mesmo auxiliar na melhoria de alguma dificuldade vivida por aquela população.

A abordagem metodológica do trabalho consiste na capacitação dos ACS sobre a temática doação de órgãos por meio de perguntas

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de intervenção desenvolvido não contará com nenhuma forma de pagamento pelas atividades desenvolvidas, pois faz parte de uma estratégia de saúde desenvolvida pelos estudantes de medicina.



Além disso, o presente estudo irá respeitar e resguardar os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É valido ressaltar que a coleta de dados somente será iniciada após aprovação do CEP do CESUPA.

#### LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A ação será realizada na Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, localizada no município de Ananindeua – PA.

#### PÚBLICO-ALVO

A amostra será composta por homens e mulheres de qualquer idade, que sejam ACSs em alguma ESF da UBS Julia Seffer e estejam presentes no dia do projeto.

#### INSTRUMENTOS E MATERIAIS

Serão utilizados os seguintes materiais para a realização da ação: Vídeo discutindo sobre mitos e verdades sobre a doação de órgãos.

#### RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

Considerando os objetivos do projeto, espera-se que com a exposição e explicação acerca dos mitos e verdades sobre Doação de órgãos e de Medula Óssea, a população seja conscientizada e os ACS informados possam propagar o conhecimento e a incentivar os moradores de sua micro área a tornarem-se doadores de órgãos e comunicar a família sobre isso, além de cadastrarem-se no REDOME.

Ademais, devidos as circunstâncias atuais, nosso produto está sendo virtual e dessa forma pode haver uma maior propagação e visibilidade para as informações passadas, alcançando um maior número de pessoas que, com o conhecimento certo, também serão conscientizadas acerca da problemática e de sua importância, podendo influenciar outras e disseminar o esclarecimento, contribuindo para a contradizer os mitos e aumentar ainda mais a vontade de doar órgãos e beneficiar vidas.



## PRODUTO - VÍDEO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

### Roteiro

Olá nós somos acadêmicos de medicina do CESUPA cursando o 8º semestre e hoje iremos falar sobre doação de órgãos.

Será que você sabe identificar os mitos e as verdades sobre esse tema?

Vamos descobrir!

Para ser um doador de órgão é necessário documentação por escrito autenticada em cartório. Mito ou verdade?

Mito: para ser doador de órgão não é necessário deixar nada por escrito, mas é fundamental comunicar a família o desejo de doação. No Brasil, o transplante de órgãos só pode ser realizado após a autorização familiar.

Somente 1 pessoa é beneficiada por 1 doador de órgãos. Mitou ou verdade?

Mito: um único doador que teve morte encefálica pode ajudar cerca de 10 pessoas que estão na fila de espera do transplante. É possível doar órgãos (coração, fígado, rins, pâncreas, pulmões e pele) e tecidos (ossos, córneas e medula óssea).

O diagnóstico de morte encefálica é confiável e segue critérios específicos regulamentados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Verdade: Algumas pessoas confundem morte encefálica com coma, mas essas são condições completamente diferentes. O coma é reversível; ou seja, a pessoa ainda pode acordar. Um paciente com morte encefálica não está em coma, tem perda total e irreversível das funções cerebrais e não tem possibilidade de acordar novamente. Pela legislação, a doação de órgãos só pode ser realizada quando a morte encefálica é confirmada.

**A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS PODE DEIXAR O CORPO DO DOADOR DEFORMADO.**

Mito: a retirada de órgãos para doação é feita por uma cirurgia consolidada há muitos anos na Medicina e não causa nenhuma deformidade. Após o procedimento, a família poderá velar seu ente querido ou proceder com seus rituais normalmente.

A família não paga a retirada dos órgãos.



Verdade: existe cobertura do sistema único de saúde (SUS). O doador ou sua família não tem custos nem ganho financeiro com a doação dos órgãos ou tecidos.

A identidade do doador e do transplantado são mantidas no anonimato.

Verdade: A presente lei confere o anonimato do doador e do receptor, proibindo a revelação da identidade de ambos.

Pessoas que já tenham histórico de doença e idosos não podem ser doadores.

Mito: Todas as pessoas podem ser consideradas potenciais doadoras, independente da idade ou histórico médico. O que determinará a possibilidade de transplante e quais os órgãos e tecidos que poderão ser doados é uma avaliação do por meio de exames clínicos, de imagem e laboratoriais no momento da morte.

E aí, você tinha conhecimento sobre esses fatos?

Doação de medula óssea

Existem dois tipos de doadores, vivo e falecido. O doador vivo pode doar um dos rins, parte da medula óssea, parte do fígado ou do pulmão. Qualquer pessoa que concorde com a doação, desde que o procedimento não seja prejudicial à sua saúde, pode doar. Nesses casos, é preciso ter sangue compatível com o receptor e passar por avaliação médica.

Você sabe o que precisa fazer para se tornar doador de medula óssea? é muito simples:

- Você deve ter entre 18 e 55 anos e procurar o hemocentro do seu estado para agendar uma consulta de esclarecimento ou palestra sobre doação de medula óssea, irá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e preencher uma ficha com informações pessoais.

Será retirada uma pequena quantidade de sangue (10ml) do candidato a doador. É necessário apresentar o documento de identidade.

O seu sangue será analisado por exame de histocompatibilidade (HLA), um teste de laboratório para identificar suas características genéticas que vão ser cruzadas com os dados de pacientes que necessitam de transplantes para determinar a compatibilidade.

Os seus dados pessoais e o tipo de HLA serão incluídos no Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) e quando



houver um paciente com possível compatibilidade, você será consultado para decidir quanto à doação. Por este motivo, é necessário manter os dados sempre atualizados.

Para seguir com o processo de doação serão necessários outros exames para confirmar a compatibilidade e uma avaliação clínica de saúde. após estas etapas concluídas o doador poderá ser considerado apto e realizar a doação.

Disponível em: <https://youtu.be/7G9cJDcApEk>

### **Incentivo à discussão dentro das famílias**

Além de salvar pessoas, prolongando em muito a expectativa de vida, a doação pode melhorar a qualidade de vida de quem precisa de um transplante, permitindo que esses pacientes possam retomar as atividades normais.

Aquela pessoa que recebe uma córnea vai voltar a enxergar. Quem deixar de fazer diálise vai poder voltar a trabalhar, viajar, em vez de ficar quatro horas por dia preso a uma máquina. Aquele que precisa de um coração, de um pulmão, e hoje não consegue subir uma escada, tomar banho, amarrar o sapato, voltará a respirar e sobreviver com o novo órgão. Isso diminui o sofrimento que muitas pessoas têm e as ajuda a superar limitações

Por isso, é importante que os parentes e pessoas próximas saibam da vontade do seu familiar em ser doador. Converse com seus familiares, esclareça as dúvidas e caso você tenha vontade de ser doador de órgãos deixe-os cientes de seu desejo.



www.saude.ce.gov.br  
 @saudeceara

## Verdades sobre a doação de órgãos

- 1 É importante comunicar a família sobre o desejo de doação.
- 2 Um doador pode salvar cerca de oito vidas.
- 3 Todas as pessoas são potenciais doadoras.
- 4 Morte encefálica é um diagnóstico seguro.
- 5 O corpo não fica deformado com a retirada dos órgãos.
- 6 A família não paga a retirada dos órgãos, existe cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 7 Nem o doador e familiares podem escolher o receptor, este é indicado pela Central de Transplantes conforme resultado da lista de espera.

CENTRAL DE TRANSPLANTES  
 (85) 3101.5238

SETEMBRO VERDE  
 Mês de incentivo à doação de órgãos

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
 Secretaria da Saúde

## REFERÊNCIAS

1. ABTO, Associação brasileira de transplante de órgãos. Registro brasileiro de transplantes. Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período de jan/set – 2017 [internet]. Acesso em 15 de julho de 2020. Disponível em: <http://www.abto.org.br>
2. ABTO, Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. (2015). Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho – 2015.
3. SILVA, Brenda Lícia Martins da; Iralice Leite Lima, Vanessa Leal Lira, Francisco Lucas de Lim. Atribuições da equipe multiprofissional diante do processo de doação de órgãos e tecidos. Revista Eletrônica Acervo Saúde / ISSN 2178- 2091DOI: |<https://doi.org/10.25248/reas.e454.2019>. Vol.Sup. 24, e 454
4. BRASIL. Lei Federal N.9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgão, tecidos e partes moles do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, 1997.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Conheça o centro de transplante de medulla óssea: orientações aos pacientes. / Instituto de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 51 p.: il.
6. CORREIA WLB et al. Potencial doador cadáver: causas da não doação de órgãos. Enfermagem em Foco, 2018; 9(3): 30-34.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doação de órgãos: transplante, lista de espera e como ser um doador. **Saúde.gov**, 2013. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>>. Acesso em: 19/07/2020.
8. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ. Sepsa inicia campanha para estimular doação de órgãos e tecidos. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/2019/09/06/sespa-inicia-campanha-para-estimular-doacao-de-orgaos-e-tecidos/>. Acessado em: 19/07/2020.
9. MAGALHÃES, J.V; VERAS, K.N; MENDES, C.M.M. Evaluation of the knowledge of intensive care doctors in Teresina concerning brain death. **Ver bioét**, v.24, n. 1, p. 156-64, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/psf/bioet/v24n1/en\\_1983-8034-bioet-24-1-0156.pdf](http://www.scielo.br/psf/bioet/v24n1/en_1983-8034-bioet-24-1-0156.pdf).



## CAPACITAÇÃO SOBRE SARAMPO PARA OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA UNIDADE DE SAÚDE CIDADE NOVA VIII – BELÉM/PA

DOI: 10.36599/itac-ed1.112

Valnice Ferreira Campos Lodi<sup>1</sup>  
Daniela Bittencourt dos Santos<sup>2</sup>  
Gabriela Elenor dos Santos Lima<sup>2</sup>  
Isabella Maria Figueiredo Tuma da Ponte<sup>2</sup>  
João Pedro pinto do Couto<sup>2</sup>  
Lorenna Luciano Sá<sup>2</sup>  
Wigson Yan dos Santos Tappembeck<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, especializações em Medicina do Trabalho na UEPA, Perícia Médica na Universidade Internacional de Curitiba- UNINTER, Auditoria Médica no SUS no Instituto de Pós - Graduação- IPOG, mestra em Ensino e saúde-Educação Médica no CESUPA, Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina de Família Comunidade e Docente no CESUPA. Curso de Direito Médico na Universidade de Coimbra -Portugal em andamento

<sup>2</sup> Graduandos do 8º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

O Sarampo é enfermidade infecciosa grave, cujo agente causador é um vírus. Seu contágio acontece pela tosse, fala, espirro ou respiração de um enfermo perto de outros indivíduos. A única forma de eliminar o sarampo é com a vacinação. O sarampo é uma patologia aguda, viral, transmissível, perigosamente contagiosa e habitual em crianças. Os sintomas iniciais apresentados pelo doente são: febre acompanhada de tosse persistente, irritação ocular e corrimento do nariz. Depois dessa sintomatologia, podem surgir manchas avermelhadas na face, que evoluem até aos pés. Ademais, pode haver infecção nos ouvidos, pneumonia, convulsões e olhar fixo, lesão cerebral e óbito. A posteriori, o agente viral pode chegar até as vias respiratórias, ocasionando diarreias e até infecções cerebrais. Postula-se que estas complicações sejam proferidas pelo próprio vírus que, em sua maioria, acomete de forma mais grave desnutridos, recém-nascidos, grávidas e imunodeficientes.<sup>1</sup>



Desde 1968, o sarampo se tornou uma patologia de notificação compulsória nacional. Por anos, foi conhecida como um dos maiores motivos de morbidade e mortalidade infantil, especialmente nos menores de 1 ano de idade.<sup>1,2,3</sup> Era compreendida como enfermidade endêmica no Brasil, com epidemias a cada 2 ou 3 anos.<sup>2,3</sup> A década de 60 foi marcada pela introdução da vacina contra o sarampo no Brasil, e seu uso na saúde pública foi devido o primeiro passo de alguns governantes que, pelas suas possibilidades, importavam, mesmo descontínua, o material imunobiológico no mercado.<sup>4,5</sup>

O Programa Nacional de Imunizações - PNI, criando em 1973, visava principalmente estruturar, instituir e analisar as ações de imunização em todo o país.<sup>4,5</sup> Um ano depois, iniciaram as campanhas de vacinação em locais urbanos de vários estados. Tal tática foi trocada pela valorização dos serviços de rotina e expansão dos serviços básicos em saúde.<sup>4</sup> Já no início dos anos 80, por conta das dificuldades de alcance das coberturas vacinais foram feitas por campanhas de vacinação em localidades onde coberturas vacinais eram precárias.<sup>4,5</sup> No ano que obteve a maior epidemia da década (1986), ocorreram 129.942 casos de sarampo (incidência de 97,7 por 100.000 habitantes). No Estado de São Paulo, em 1987, a luta contra o sarampo se deu por meio de campanhas de vacinação em massa, que se repetiu, em 1988, no Paraná, para controle e a eliminação da enfermidade. Mesmo com o início da vacinação no Brasil, as coberturas vacinais por meio das campanhas foram se elevando paulatinamente, pois ainda foram vistas epidemias a cada 2 ou 3 anos (incidência de 42 por 100.000 hab. no final da década de 90).<sup>6</sup> A experiência adquirida com as Campanhas da Erradicação da Varíola no mundo e com a Campanha para Erradicação da Circulação do Poliovírus Selvagem Autóctone na região das Américas gerou a aplicação técnica de estratégias de controle e de vigilância epidemiológica das patologias preveníveis por imunização. Somando-se a isso, algumas experiências bem sucedidas de controle e eliminação do sarampo em alguns locais como, por exemplo, Cuba, países de língua inglesa do Caribe e o Estado de São Paulo, evidenciaram também a exequibilidade do controle e eliminação do sarampo.<sup>1,3</sup> Visando atingir essa meta, o Brasil definiu a extinção da doença como prioridade da sua política de saúde implementando, em 1992, o Plano

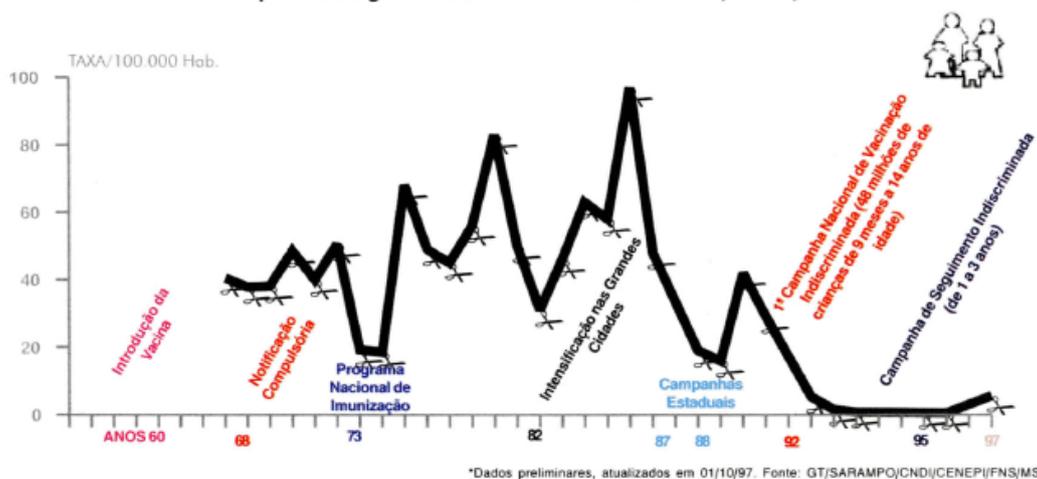


Nacional de Eliminação do Sarampo, com as seguintes táticas para o estabelecimento de ações técnicas, como<sup>3,6</sup>:

- vacinação de crianças entre 9 meses e 14 anos de idade, independentemente da vacinação anterior ou história de doença;
- manutenção, no mínimo de 95% de cobertura vacinal para infantes de menos de 1 ano de idade, na rotina do Programa Nacional de Imunizações;
- estruturação de campanhas de seguimento entre 3 e 5 anos, para erradicar número acumulado de suscetíveis (nunca foram vacinados);
- *vigilância epidemiológica* extensiva para casos suspeitos comunitários;
- *diagnóstico laboratorial etiológico* de todo caso suspeito;
- *treinamento de equipe* para as atividades do Plano (vigilância epidemiológica, imunizações e diagnóstico laboratorial) em nível nacional e;
- campanhas de divulgação, visando a sensibilização da população, dos políticos e profissionais de saúde.

A Campanha Nacional de Vacinação, no período de 22 de abril a 25 de maio de 1992, foi o passo a frente ao serem vacinadas 48.023.657 crianças e adolescentes, alcançando 96% de cobertura. No que diz respeito às macrorregiões, as coberturas vacinais foram: 99% (Norte), 95% (Nordeste), 99% (Centro-Oeste), 96% (Sudeste) e 95% (Sul). Quanto aos municípios, 68% obtiveram coberturas vacinais em torno de 95%, alguns chegaram a 100%. No entanto, 32% deles tiveram as coberturas vacinais abaixo de 95% ([Gráfico 1](#)).<sup>3,6,1</sup>

Gráfico 1 - Sarampo: Estratégias de controle e incidência anual, Brasil, 1967 - 1997\*



\*Dados preliminares, atualizados em 01/10/97. Fonte: GT/SARAMPO/CNDI/CENEPI/FNS/MS

<sup>1</sup> Técnicas do Grupo de Trabalho de Sarampo/CENEPI/FNS/MS

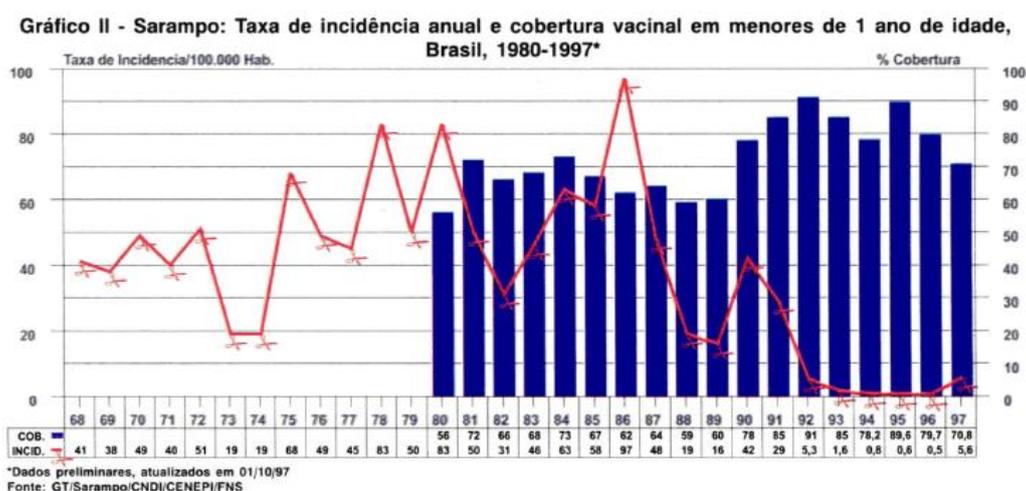
<sup>2</sup> Gerente Técnica do Grupo de Trabalho de Sarampo/CENEPI/FNS/MS

<sup>3</sup> Responsável pelo Centro Nacional de Referência Laboratorial para o Sarampo/FIOCRUZ/MS

<sup>4</sup> Consultor da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil



O impacto das ações do Plano foi imediato. Com a Campanha Nacional de Vacinação, número de casos reduziram em 81%: de 42.934 em 1991 para 7.934 casos em 1992. Desde então, apenas 32% dos municípios brasileiros, em média, atingiram, na vacinação de rotina, coberturas satisfatórias para o controle do sarampo (iguais ou maiores que 95%), entre os menores de 1 ano de idade. Com esses dados, estima-se que existe um acúmulo de 3.552.230 menores suscetíveis nessa idade. Como a eficácia dessa vacina está entre 90% e 95%, a esse número de suscetíveis deve ser somado o de crianças que não imunizam com vacina. Com isso, chega-se a um acúmulo de cerca de 4 milhões de crianças suscetíveis entre os menores de cinco anos. Sendo assim, o segundo momento da estratégia (cobertura satisfatória por meio vacinação de rotina) não obteve a meta com sucesso em nenhum dos anos seguintes a 1992<sup>7</sup> ([Gráfico II](#)).



Nos anos posteriores à Campanha Nacional de 1992, houve uma importante redução do número de casos confirmados.<sup>2</sup>

### Quais são os sintomas do sarampo?

Por volta de **3 a 5 dias**, sintomas como **manchas vermelhas no rosto e atrás das orelhas** acontecem e logo se alastram pelo corpo. Com o surgimento dessas manchas, a febre persistente é alerta para a evolução com gravidade, primordialmente em crianças **menores de 5 anos** de idade.<sup>10</sup>

### Transmissão

A transmissão ocorre de forma direta, de pessoa a pessoa, por tosse, espirros, fala ou respiração, o que torna a patologia de alto contágio. Ainda pode haver contaminação pela dispersão de gotículas com partículas virais no ar, que duram longamente no meio, geralmente em locais fechados como



escolas e clínicas. A enfermidade só é transmitida na fase em que doente tem febre alta, coriza, irritação ocular, mal-estar, tosse e anorexia e dura até quatro dias depois do surgimento das manchas vermelhas.<sup>11</sup>

### **Prevenção**

A vulnerabilidade ao vírus é elevada a melhor maneira de prevenir é vacinar. Somente os lactentes cujas mães já tiveram sarampo ou foram vacinadas possuem, de forma temporária, anticorpos pela placenta, que são imunizantes ao longo do primeiro ano de vida. O Brasil e países das Américas estão conseguindo manter imunidade com o fortalecimento das estratégias de vacinação, vigilância e controle implantadas em todo o continente. Hoje em dia, existem casos importados que estão ocasionando surtos e epidemias. Os principais grupos de risco são as pessoas de seis meses a 39 anos de idade como, por exemplo, temos os trabalhadores de portos e aeroportos, hotelaria e profissionais do sexo que tem maior chance de adoecer pelo grande contato com estrangeiros que não adotam a mesma política. Para as crianças, são reservadas duas doses da tríplice viral (1<sup>a</sup>: um ano de idade; 2<sup>a</sup>: entre quatro e seis anos). Os adolescentes, adultos (homens e mulheres) e os do grupo de risco, também devem tomar.<sup>12</sup>

## **PROBLEMA**

A pergunta que deverá ser respondida neste projeto é: estão os agentes comunitários de saúde da unidade de saúde da cidade nova VIII capacitados e devidamente preparados (tanto no âmbito da identificação quanto no da prevenção e tratamento de tal doença) para lidar com o atual cenário da crescente incidência de Sarampo em sua região de abrangência?

## **JUSTIFICATIVA**

Este trabalho justifica-se, em decorrência do atual cenário vivido por alguns Estados do Brasil, onde o sarampo (uma doença imunoprevenível e anteriormente considerada erradicada) voltou a apresentar surtos preocupantes. Os ACS (agentes comunitários de saúde) que apresentam maiores contatos com a comunidade, devem ser bem instruídos quanto a



sintomatologia (dor de cabeça, tosse, coriza, febre, exantema e conjuntivite) e a forma de transmissão (secreções respiratórias-tosse e espirro) para desenvolverem suas funções de promover ações educativas e orientação das famílias adscritos quanto a identificação da doença. Além disso, devem incentivar a vacinação aos lactentes, sendo a tríplice viral aos 12 meses de idade (1ª dose) e a tetra viral aos 15 meses (2ª dose) e informar sobre o chamado "bloqueio vacinal", que é a vacinação de pessoas de qualquer idade que tenham tido contato com pessoas infectadas pelo sarampo (o ideal é que sejam vacinadas em até 72 horas), assim podendo evitar novos surtos e até mesmo ajudando a erradicar tal doença novamente.

## OBJETIVOS

**GERAL:** Realizar a capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde da unidade de saúde da Cidade Nova VIII sobre Sarampo.

**ESPECÍFICOS:** Atualizar os ACS sobre a identificação do Sarampo em pacientes suspeitos; informar os ACS sobre como é feito o diagnóstico do Sarampo; incentivar os ACS a promover a conscientização da comunidade sobre a prevenção contra o Sarampo.

## METODOLOGIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:** Atividade proposta a partir da necessidade manifestada pela equipe de Saúde da Unidade de Saúde Cidade Nova VIII aos discentes do curso de Medicina do CESUPA para identificar sinais e sintomas do Sarampo, conhecer vias de transmissão, período de incubação e transmissibilidade, além de esclarecer a importância da imunização no tocante à prevenção. Para que o objetivo seja cumprido, foi proposta a confecção de folders explicativos para facilitar a fixação do conhecimento difundido durante a intervenção.

**LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO:** Será realizado na Unidade de Saúde Cidade Nova VIII, bairro Coqueiro, na cidade de Ananindeua.

**PÚBLICO-ALVO:** Consiste em Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Cidade Nova VIII, e outros membros da equipe de



saúde do local interessados, que estiverem presentes no dia da intervenção.

**METAS A SEREM ATINGIDAS:** Consiste na capacitação de Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Cidade Nova VIII, e outros membros da equipe de saúde do local interessados, que tiverem acesso ao material final.

## RESULTADOS ESPERADOS COM A INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção contará com a participação da equipe de saúde da Unidade de Saúde Cidade Nova VIII. Atividade proposta a partir da necessidade manifestada pela equipe de Saúde da Unidade de Saúde Cidade Nova VIII aos discentes do curso de Medicina do CESUPA para identificar sinais e sintomas do Sarampo, conhecer vias de transmissão, período de incubação e transmissibilidade, além de esclarecer a importância da imunização no tocante à prevenção. Foi proposta uma roda de conversa entre alunos, professores e equipe de saúde. Também, propôs-se a confecção de folders explicativos, com a finalidade de facilitar a fixação do conhecimento difundido durante a intervenção.

### PRODUTO



Alunos: Daniela Bittencourt, Gabriela Elenor, Isabella Tuma, João Pedro Couto, Lorena Sá e Wigson Tappembeck.  
Professora: Valnice Lodi



## REFERÊNCIAS

1. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
2. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
3. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
4. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
5. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
6. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
7. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
8. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
9. [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002#:~:text=O%20sarampo%20passou%20a%20ser,ou%203%20anos%2C3.)
- 10 <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sarampo-sintomas-transmissao-e-prevencao>
- 11 <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sarampo-sintomas-transmissao-e-prevencao>
- 12 <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sarampo-sintomas-transmissao-e-prevencao>



## DOAÇÃO DE SANGUE: CONSCIENTIZAÇÃO E ESTÍMULO A POPULAÇÃO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

DOI: 10.36599/itac-ed1.113

Ivete Moura Seabra de Souza<sup>1</sup>  
Amanda dos Santos Duarte<sup>2</sup>  
Carlos Henrique Lopes Martins<sup>2</sup>  
Daniel da Silva Ferreira<sup>2</sup>  
Eliza Matos de Melo<sup>2</sup>  
Jade Pinto de Queiroz Guerra<sup>2</sup>  
Vitória Santos da Silva Tavares<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Pará, Mestra em Ensino em Saúde pela UEPA e Docente do Curso de Medicina do Módulo de Interação em Saúde na Comunidade do Centro Universitário do Estado do Pará.

<sup>2</sup> Graduandos do 8º semestre do Curso de Medicina do Centro Universitário do Pará.

### INTRODUÇÃO

O sangue é um componente essencial para o ser humano, pois é um tecido que circula pelo corpo, carreando oxigênio e nutrientes a todos os órgãos. No entanto, não há nenhum substituto sintético, que faça a sua mesma função em situações em que é necessária a realização de transfusões, sendo assim o doador a única fonte de sangue para quem necessita dos hemocomponentes e hemoderivados.<sup>1</sup>

Diante disso, a doação de sangue atualmente é um assunto amplamente discutido nacionalmente devido ao aumento da dificuldade de obtenção de doadores de sangue suficientes para manutenção dos estoques necessários.<sup>2</sup>

A partir disso, o ideal seria a doação periódica, que traria benefícios para o sistema de hemoterapia e para o doador, que seria garantido um controle constante do seu estado de saúde, pelas avaliações médicas e exames laboratoriais. Por isso, a doação pode ser considerada um ato de cidadania e solidariedade que deve ser valorizada e incentivada.<sup>3</sup>

Por outro lado, a doação de sangue é historicamente acompanhada por mitos advindos de tempos nos quais as fontes científicas eram mais escassas e



não difundidas, situação que se difere com os tempos modernos no qual os serviços de hemoterapia foram aperfeiçoados com conhecimento técnico-científico de ponta.<sup>2</sup>

Desse modo é importante definir e conceituar algumas situações que envolvem o sistema de transfusão sanguínea, como os tipos de doações disponíveis, os serviços e a rede de hemoterapia nacional, tipos sanguíneos e seus respectivos doadores, pré-requisitos e restrições na doação de sangue e o processo de doação de sangue.<sup>1</sup>

As doações podem ser subdivididas em 4 grupos, sendo eles: doação voluntária ou espontânea, sendo aquela em que é realizada sem vínculo a um paciente; doação convocada, quando o indivíduo já cadastrado e apto em doações anteriores, faz a doação atendendo a uma convocação pelo serviço social do banco de sangue; doação autóloga no qual o paciente é o seu próprio doado; e doação de reposição, a qual é realizada para repor o estoque do banco de sangue em virtude do uso por algum paciente internado.<sup>4</sup>

### **SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E REDE DE DOAÇÃO DE SANGUE**

Atualmente esse serviço é regulamentado pela resolução n° 151, de 21 de agosto de 2001 – ANVISA, decreto n° 3 990, de 30 de outubro de 2001, e a o artigo 26 da lei 10 205 de 21 de março de 2001. Essa fonte de informação diz respeito a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, e ordenamento institucional dessas atividades.<sup>4</sup>

A partir disso, a HEMORREDE – Rede Nacional de Serviços de Hematologia e Hemoterapia – se divide em HEMORREDES estaduais que englobam tanto os centros públicos como privados.<sup>4</sup> Além disso, esse sistema apresenta hierarquicamente a agência transfusional, unidades de coleta e transfusão, unidade de coleta, hemonúcleo e hemocentros regionais.<sup>4</sup>

No estado do Pará, a HEMORREDE é constituída por um hemocentro coordenador, localizado em Belém, e nove Núcleos de hemoterapia localizados no interior do estado.<sup>4</sup>

### **TIPOS SANGUÍNEOS E SEUS RESPECTIVOS DOADORES**

Os grupos sanguíneos são determinados pela genética e denominados pelo seu sistema antígeno/anticorpo, sendo os mais importantes para compatibilidade dos sistemas ABO e o RH.<sup>5</sup>



No sistema ABO, estão os grupos: A, B, AB e O, nos quais a expressão do antígeno na membrana é controlada pelo locus ABO do cromossomo 9, no qual existem 3 alelos (A, B e O).<sup>5</sup>

O fator RH pode ser positivo ou negativo, sendo composto por antígenos denominados 'D', 'd', 'C', 'c', 'E', e 'e'. Sendo que a partir disso define-se que o antígeno D é o mais imunogênico, sendo que os pacientes que apresentarem são chamados de Rh positivos e os que não apresentam são chamados de Rh negativo.<sup>5</sup>

Com a identificação de cada sistema sanguíneo é feito uma análise de compatibilidade pois cada grupo tem seu receptor relacionado aos dos sistemas, tanto Rh como o ABO.<sup>5</sup>

**Tabela 1- Tipos sanguíneos e seus respectivos doadores e receptores**

TIPO SANGUÍNEO	PRA QUEM DOAR	RECEBE DE QUEM
<b>A +</b>	A +, AB +	A +, A -, O +, O -
<b>B +</b>	B +, AB+	B +, B -, O +, O -
<b>O +</b>	A +, B +, AB +, O +	O +, O -
<b>AB +</b>	AB+	TODOS
<b>A -</b>	A +, A -, AB +, AB -	A -, O -
<b>B -</b>	B +, B -, AB +, AB -	B-, O -
<b>O -</b>	TODOS	O -
<b>AB -</b>	AB +, AB -	A -, B -, AB -, O -

Fonte: Adaptado de Capecce, 2012<sup>5</sup>.



## PRÉ-REQUISITOS E RESTRIÇÕES PARA DOAÇÃO DE SANGUE

De acordo com a portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016, os requisitos básicos para a aptidão de um doador de sangue são: estar em boas condições gerais de saúde, estar descansado, ter idade entre 16 e 69 anos, sendo que obrigatoriamente a primeira doação deve ter sido feita antes dos 60 anos e menores de 18 devem ter autorização necessárias; pesar mais de 50 kg; estar alimentado; portar documento oficial com foto emitido por órgão oficial; respeitar o intervalo mínimo entre as doações e ter estilo de vida saudável e não ter comportamento de risco.<sup>2</sup>

Um ponto importante é que o intervalo entre doações em homens é de 2 meses e 4 doações anuais e mulheres é de 3 meses e 3 doações anuais.<sup>6</sup>

Porém, durante a triagem clínica do doadores, é avaliado a presença de impedimentos definitivos: alcoolismo crônico, câncer, DM, doenças cardíacas graves e após cirurgias cardíacas de grande porte, hepatite pós 11 anos de idade, evidencia clínica de doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue (hepatite B e C, HIV, HTLV I e II, doença de chagas e sífilis), uso de drogas ilícitas injetáveis, malária e transplante de órgãos; e ressalvas temporárias: resfriados e gripes (se sintomático e com febre aguardar 15 dias após melhora dos sintomas), alergias: capaz 7 dias após o fim do tratamento, diarreia (apto 7 dias após melhora dos sintomas), gravidez, amamentação, ingestão de bebida alcoólica nas 12 horas que antecedem a doação, tatuagem nos últimos 6 meses, piercing em cavidade oral e/ou genital impedem a doação por 12 meses após sua retirada, IST's (Infecções sexualmente transmissíveis): apto 12 meses após a cura. Quem esteve em regiões endêmicas de Malária aguarda 12 meses. Além disso, outras doenças ou situações não citadas, como cirurgias, vacinas, hipertensão, medicamentos, procedimentos odontológicos, devem ser analisadas individualmente por avaliação médica detalhada.<sup>6</sup>

## PROCESSO DE DOAÇÃO DE SANGUE

É um processo organizado em nove etapas, que visa facilitar a triagem de inaptos e aptos a doação de sangue, através do rastreamento clínico e laboratorial.<sup>7</sup>

Na primeira etapa, a capacitação, compreende o conjunto de ações para conscientizar e educar os possíveis doadores sobre o caráter voluntário e contínuo da doação. Após isso, o cadastro necessário com apresentação de



documento de identificação oficial com foto ou cópia autenticada (RG, carteira nacional de habilitação, carteira de trabalho, carteira profissional, certificado de reservista ou passaporte) é feito, além de informações para contato para permitir a comunicação do hemocentro com o doador.<sup>7</sup>

Seguido a isso, ocorre a pré-triagem, na qual são realizados exames de verificação de pressão arterial, temperatura, quantificação da hemoglobina e verificação de peso. Após isso, ocorre a triagem no qual o candidato passa por uma entrevista individual e confidencial para verificar a possibilidade de doação imediata, o que conta com a sinceridade e honestidade do candidato. Se não for possível o indivíduo é orientado sobre o acompanhamento. Se a doação for apta o doador é encaminhado para coleta do sangue, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.<sup>7</sup>

Posteriormente, é seguido para o voto de autoexclusão (o candidato confirma ou nega informações prestadas sem expor suas respostas ao profissional da triagem).<sup>7</sup>

Se o paciente estiver em jejum ele pode fazer um lanche para melhorar os níveis glicêmicos e hidratação, diminuindo os riscos de apresentar problemas durante a doação. Assim o paciente é orientado a seguir para a coleta propriamente dita, através de punção com agulha em veia do braço, sendo colhido cerca de 450 ml em um tempo médio de 7 a 15 min.<sup>7</sup>

Após o recolhimento do sangue são realizados exames laboratoriais no mesmo, a fim de realizar a tipagem sanguínea, eletroforese de hemoglobina e testes para hepatite B e C, sífilis, doença de chagas, HIV, HTLV I e II.<sup>7</sup>

A última etapa é o comprovante da doação, que ocorre cerca de 45 dias após a doação, sendo enviado para residência do doador o comprovante com informação do tipo sanguíneo e resultado de exames sorológicos. Casos seja necessário esclarecimento sobre resultados ainda pode ser enviado uma solicitação de comparecimento para coletar uma nova amostra de sangue e receber orientações.<sup>7</sup>

## PROBLEMA

O nível de informação da população de abrangência da Unidade Básica de Saúde Júlia Seffer, acerca do processo de doação de sangue, é adequado?



## JUSTIFICATIVA

A doação de sangue é um gesto solidário de doar uma pequena quantidade do próprio sangue para salvar a vida de pessoas que se submetem a tratamentos e intervenções médicas de grande porte e complexidade, como transfusões, transplantes, procedimentos oncológicos e cirurgias. O sangue se torna indispensável para que portadores de doenças crônicas graves - como Doença Falciforme e Talassemia – vivam com maior prazo e qualidade, além de ser de vital importância para tratar feridos em emergências ou calamidades.<sup>1</sup>

O sangue por ser insubstituível, o Ministério da Saúde mostra de forma periódica o quanto é relevante para os brasileiros assumirem a cultura solidária da doação regular e espontânea de sangue.<sup>1</sup> Nesse sentido, é de grande relevância abordar essa temática junto à população para a conscientização sobre a necessidade de que os estoques sanguíneos sejam abastecidos não só em datas específicas ou quando algum conhecido necessitar.

## OBJETIVOS

Conscientizar os agentes comunitários da saúde sobre a importância da doação de sangue independentemente de parentesco entre o doador e de quem receberá a doação; Esclarecer os agentes comunitários da saúde e indiretamente a população sobre os principais aspectos do procedimento de doação de sangue; Ressaltar que não há risco de contaminação durante a doação de sangue, pois todos os materiais utilizados para doação de sangue são descartáveis e de uso único; Estimular a doação de sangue voluntária e regular para a manutenção dos estoques dos hemocentros.

## MÉTODO

### PROJETO DE INTERVENÇÃO

Em vista da grande importância da doação de sangue dentro da saúde pública, foi pretendido realizar um estímulo a prática, a partir dos agentes



comunitários da saúde da Unidade Básica de Saúde do Julia Seffer, para a população.

Foi utilizado um panfleto, como *produto* da atividade, para direcionar as indicações básicas para realização da doação de sangue, com a intenção de promover e aumentar o grau de conhecimento que a população possui a respeito da prática. Neste panfleto foram abordadas questões como a importância da doação de sangue, indicações e contra indicações de quem pode realizá-la, como é feita, seu nível de segurança e onde pode ser realizada.

Indiretamente, o panfleto também é benéfico para estimular a reflexão sobre o processo de doação de sangue, por meio da conscientização dos pacientes acerca dos benefícios do ato, fazendo assim, com que sejam transmitidas informações para um público não abordado diretamente.

### CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi desenvolvido pelos alunos do 8º semestre de medicina em companhia das respectivas professoras/médicas com o propósito de impulsionar a doação de sangue. Desta maneira não há nenhuma remuneração pela ação desenvolvida e todos participariam de forma voluntária.

### LOCAL DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Júlia Seffer, em Ananindeua com auxílio da plataforma Google Meets para sua execução, e promoverá atuação no HEMOCENTRO de Belém.

### PÚBLICO-ALVO

O público-alvo a ser atingido neste projeto foram os agentes comunitários da saúde e a população adstrita da UBS Júlia Seffer.

### METAS A SEREM ATINGIDAS

1º Passo: Identificação do problema: A adequação sobre o conhecimento da doação de sangue na população da área de abrangência da UBS Júlia Seffer.

2º Passo: Identificar o público-alvo do Projeto e cálculo-expectativa a partir da ação.

3º Passo: Conscientização a respeito da forma da doação de sangue, seus sintomas, indicações de possíveis doadores e onde realizá-la.



4º Passo: Exemplificar e explicar o panfleto, como produto, criado aos professores/público-alvo.

5º Passo: Aumentar as doações de sangue no Hemocentro de Belém.

## RESULTADOS ESPERADOS

O trabalho visa instruir e esclarecer a importância da doação de sangue no âmbito comunitário. Além disso, por meio da elaboração de um panfleto objetiva-se informar as etapas que constituem o processo de doação de sangue e as restrições que impedem esse ato de solidariedade para os agentes comunitários de saúde, e indiretamente atingir a população por meio da divulgação de informações corretas acerca do processo de doação.

Dessa maneira, essa ação pretende estimular a população a se tornarem novos doadores, a fim de contribuir para melhores estoques de sangue nas HEMORREDES do estado Pará, além de orientar os já doadores sobre as possíveis restrições que podem vir a surgir no decorrer da vida, que o impeçam de doar.

Dessa forma, pretende-se fomentar a cultura da doação solidária, espontânea e periódica, que de acordo com o Ministério da Saúde, seria o ideal para manter os bancos de sangue em níveis suficientes para atender todas as demandas existentes no Brasil.

## PRODUTO



1



### DÚVIDAS MAIS FREQUENTES SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO DE SANGUE.

Qual a importância de doar sangue?

Adoção de sangue é um ato de cidadania, pois, doando sangue, você pode ajudar pessoas que sofrem de doenças crônicas, ou que se submeteram a procedimentos de grande porte, como: cirurgias e tratamento para o câncer, ou até mesmo indivíduos que necessitam de sangue por

terem sofrido graves acidentes

Em uma única doação de vidas podem ser salvos. Os componentes do sangue (plasma e hemácias) são separados de acordo com a necessidade de cada paciente.



Quem pode doar sangue?

Para estar apto a doar o seu sangue, você precisa:

Você precisa estar em boas condições gerais de saúde, ter tido uma boa noite de sono e estar bem alimentado. Ter idade entre 16 e 69 anos, sendo que os menores de 18 anos precisam de autorização dos responsáveis. Pesar mais de 50kg, portar documento oficial com foto emitido por órgão oficial, respeitar o intervalo mínimo entre as doações, ter estilo de vida saudável e não ter comportamento derisivo.

Quem nunca pode doar sangue?

- ✓ Indivíduos com diabetes mellitus
- ✓ Alcoolistas crônicos
- ✓ Pessoas com câncer
- ✓ Portadores de doenças cardíacas graves
- ✓ Pós cirurgias de grande porte
- ✓ Hepatite pós 11 anos de idade
- ✓ Evidencia clínica de doenças infecciosas transmissíveis pelo sangue (hepatite B e C, HIV, HTLV I e II, doença de chagas e sífilis)
- ✓ Uso de drogas ilícitas injetáveis
- ✓ Transplantados de órgãos

Quais são os impedimentos temporários à doação?

- ✓ Resfriados e gripes: aguardar 15 dias após melhora dos sintomas
- ✓ Alergias: 7 dias após melhora dos sintomas

2

- ✓ Gravidez
- ✓ Amamentação
- ✓ Ingestão de bebida alcoólica nas 12 horas que antecedem a doação
- ✓ Tatuagem, Piercing em cavidade oral e/ou genital, portadores de ISTs e quem esteve em região endêmica de malária: aguardar 12 meses, sendo que portadores de ISTs podem doar 12 meses após a cura.

Como é realizado o processo de doação? É dividido em oito etapas:

- ① **Cadastro:** quando você se dirigir ao Hemocentro mais próximo, será realizado um cadastro, para qual é necessária a apresentação de documento de identificação oficial com foto ou cópia autenticada.
- ② **Pré-triagem:** são realizados exames de verificação de pressão arterial, temperatura, quantificação da hemoglobina e verificação de peso.

③ **Triagem:** entrevista individual e confidencial para verificar a possibilidade de doação imediata.

④ **Voto de autoexclusão:** candidato pode confirmar ou negar as informações.

⑤ **Lanche:** caso paciente esteja em jejum, para evitar problemas durante a doação.

⑥ **Coleta do sangue:** por punção com agulha em veia dobrada.

⑦ **Exames laboratoriais:** após a coleta do sangue, são realizados exames como tipagem sanguínea, para doenças como hepatite, sífilis, HIV e HTLV, para constatar se o sangue está apto para doação

⑧ **Comprovante de doação:** enviado para residência do doador o comprovante com informação do tipo sanguíneo e resultado de exames laboratoriais.

É um procedimento seguro?

**Sim.** Todos os materiais utilizados são previamente limpos e esterilizados e o volume de sangue retirado do doador não confere qualquer risco.

Em qual endereço posso realizar a minha doação?

Hemocentro Belém: Travessa Padre Eutíquio, 2109. Bairro Batista Campos. Atendimento: de segunda a sexta, 7h30 às 18h. Aos sábados, 7h30 às 17h. Contato: 0800 280 8118

REFERÊNCIAS  
AS

- <http://www.hemoce.ce.gov.br/campanha>
- <https://www.vozdascomunidades.com.br/gerar/seja-um-doador-e-salve-vidas/>
- <http://www.hemopa.pa.gov.br/>





**Doação de sangue: um ato de solidariedade.**



**Módulo de interação em Saúde com a comunidade – MISC**  
**UBS Júlia Seffer**  
**MedicinaCesupa**  
**8º semestre**

**Professora: Drª Ivete Seabra**  
**Organizadores :**  
**Amanda Duarte**  
**Carlos Henrique Martins**  
**DanielFerreira**  
**Eliza Matos**  
**Jade Guerra**  
**VitóriaTavares**



## REFERÊNCIAS

- 1 Brasil MdS. Ministério da Saúde. Caderno de Informação: sangue e hemoderivados : rede física, produção, gastos públicos com hemoterapia e consumo de hemoderivados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- 2 Souza MKBd. Desafios e estratégias para doação de sangue e autossuficiência sob perspectivas regionais da Espanha e do Brasi. Cad saúde colet, Rio de Janeiro 2019;27(n.2):195-201.
- 3 Martinez LH. CONSCIENTIZAÇÃO DA DOAÇÃO DE SANGUE E DE MEDULA ÓSSEA. Extensão em Foco. 2013;v.1(n.1):p. 44-9.
- 4 Saúde Md. Manual de orientações para promoção da doação voluntária de sangue . In: Temática. DdAEe, editor. Brasília2015.
- 5 Capecce IB. Doação de Sangue. 2012.
- 6 Monteiro DK. Principais fatores associados à inaptidão temporária e permanente de candidatos à doação de sangue. Artigo de Revisão. Revista Saúde integrada 2015;v.8(n. 15-16).
- 7 Pereira JR. Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;v.21:p. 2475-84.



