

CIÊNCIA & TECNOLOGIA

REVISTA ELETRÔNICA



EXPEDIENTE

Editora-Chefe

Profª Drª Luciana Armada Dias

Editor Associado

Profª Drª Aluana Santana Carlos

Profª Drª Joana d'Avila

Conselho Editorial

Profª Drª Adalgiza Mafra Moreno

Profª Cherley Borba Vieira de Andrade

Profª Drª Natália Galito

Profª Dr Carlos Alberto Soares da Costa

Prof Dr Raimundo Wilson de Carvalho

Prof MSc Paulo César Ribeiro



Universidade Iguaçu

Av. Abílio Augusto Távora, 2134 – CEP 26.260-000

Nova Iguaçu – RJ – Brasil – Tel.:26662001 www.unig.br

ÍNDICE

Contribuições da equipe de enfermagem para o aleitamento materno:

uma ação de educação em saúde **03**

Larissa Christiny Amorim dos Santos¹; Wanderson Alves Ribeiro²; Bruna Porath Azevedo Fassarella³; Keila do Carmo Neves⁴; Ana Lúcia Naves Alves⁵; João Victor Martins Saraiva⁶; Amanda de Araujo Franco⁷; Pedro Oscar Lopes Salvati⁸; Etyelle Silva de Oliveira⁹; Naiara Yasmim Pereira Marques¹⁰; Thiago Moreira das Viagens¹¹; Júlio Gabriel Mendonça de Sousa¹²

Déficit cognitivo e fatores associados em idosos institucionalizados em Nova Iguaçu, RJ, Brasil

19

Antonio Carlos Barbosa Ramos Junior¹, Aluana Santana Carlos², Adalgiza Mafra Moreno², Rodrigo de Azeredo Siqueira², Joana da Costa Pinto d'Avila²

Puericultura na Atenção Primária à Saúde: do contexto histórico as contribuições do enfermeiro

27

Larissa Christiny Amorim dos Santos¹; Wanderson Alves Ribeiro²; Bruna Porath Azevedo Fassarella³; Keila do Carmo Neves⁴; Ana Lúcia Naves Alves⁵; João Victor Martins Saraiva⁶; Amanda de Araujo Franco⁷; Pedro Oscar Lopes Salvati⁸; Etyelle Silva de Oliveira⁹; Naiara Yasmim Pereira Marques¹⁰; Thiago Moreira das Viagens¹¹; Júlio Gabriel Mendonça de Sousa¹²

Tuberculose: A análise da contaminação dos detentos e o custo financeiro para o sistema prisional

37

Joana Maria de Souza¹; Marília Salete Tavares²; Izabella Cristina Souza do Nascimento³

Contribuições da equipe de enfermagem para o aleitamento materno: uma ação de educação em saúde

Nursing team contributions to breastfeeding: an health education action

Larissa Christiny Amorim dos Santos¹; Wanderson Alves Ribeiro²; Bruna Porath Azevedo Fassarella³; Keila do Carmo Neves⁴; Ana Lúcia Naves Alves⁵; João Victor Martins Saraiva⁶; Amanda de Araujo Franco⁷; Pedro Oscar Lopes Salvati⁸; Etyelle Silva de Oliveira⁹; Naiara Yasmim Pereira Marques¹⁰; Thiago Moreira das Viagens¹¹; Júlio Gabriel Mendonça de Sousa¹²

Autor correspondente: Larissa Christiny Amorim dos Santos. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: amorimlari224@gmail.com

1. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: amorimlari224@gmail.com
2. Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação da UNIG. E-mail: nursing_war@hotmail.com
3. Enfermeira. Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação da UNIG. E-mail: brunaporath@gmail.com
4. Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. E-mail: keila_arcanjo@hotmail.com
5. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosario, UNR, Argentina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. E-mail: ananaves.alna@gmail.com
6. Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: joaomartinsaraiva2@gmail.com
7. Enfermeira graduada pela Universidade Iguaçu. E-mail: amanda.af3@gmail.com
8. Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: lopespedrooscar@gmail.com
9. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: etyelle.oliveira@live.com
10. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: naiaranobell@gmail.com
11. Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: thiagomoreiradasviagens@gmail.com
12. Acadêmico da Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: juliogabriel33@gmail.com

Resumo

A equipe de enfermagem possui papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Para desempenhar esse papel a equipe precisa, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher. O primeiro contato da mulher com seu bebê é muito importante, uma vez que ficará marcado por toda a sua vida, onde vai destacar sua prática de aleitamento, devendo ser executado de maneira a gerar experiências positivas. Este estudo tem como objetivo descrever contribuições da equipe de enfermagem na orientação frente ao aleitamento materno. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Os dados foram coletados nas bases de dados virtuais, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), dentre outros, no período de novembro à dezembro de 2018. Optou-se pelos seguintes descritores: Aleitamento Materno; Enfermagem; Educação em Saúde que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS). Conclui-se a importância da equipe de enfermagem no incentivo ao aleitamento materno, no apoio às mães e aos familiares desde o pré-natal, visando o início deste o mais precocemente. Durante o pré-natal e o preparo para a amamentação, é de suma importância a sensibilização desta mulher como protagonista do aleitamento

Descritores: Aleitamento Materno; Enfermagem; Educação em Saúde.

Abstract

The nursing team has a fundamental role in promoting, protecting and supporting breastfeeding. To play this role the team needs to have a watchful, comprehensive look, always taking into consideration the emotional aspects, the family culture, the social support network for women. The woman's first contact with her baby is very important, since it will be marked throughout her life, where she will highlight her breastfeeding practice and should be performed in a way that generates positive experiences. This study aims to describe the contributions of the nursing staff in guiding breastfeeding. This is a bibliographical research with qualitative approach and descriptive character. Data were collected from virtual databases, Virtual Health Library (VHL), in the following database: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), International Health Science Literature (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), among others, from November to December 2018. The following descriptors were chosen: Breastfeeding; Nursing; Health Education found in the Health Science Descriptors (DECS). It concludes the importance of the nursing team in encouraging breastfeeding, in supporting mothers and family members since prenatal care, aiming at

the beginning of this as early as possible. During prenatal care and preparation for breastfeeding, raising awareness of this woman as a protagonist of breastfeeding is of paramount importance.

Descriptors: Breast Feeding; Nursing; Health education

Introdução

A equipe de enfermagem possui papel fundamental na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Para desempenhar esse papel a equipe precisa, ter um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, além do conhecimento e de habilidades relacionados a aspectos técnicos da lactação.¹

Alguns profissionais de enfermagem, ainda não perceberam a necessidade do contato imediato do binômio mãe-filho.² Esta necessidade é confirmada em sua fala quando destaca que o contato precoce entre mãe e bebê precisa ser valorizado por alcançar diversos objetivos, dentre eles a capacidade para amar do ser humano que se dá logo após o nascimento, sendo este considerado como um período curto que trazem benefícios em longo prazo.³

Outros também afirmam que a equipe de enfermagem é responsável pela promoção do cuidado humanizado, viabilizando respeito e acolhimento na assistência prestada. Dessa forma, é necessário que os profissionais reflitam acerca de possíveis técnicas de cuidado, visando reduzir desconfortos, possibilitando à mãe segurança e confiança para o início da lactação, transformando em um momento prazeroso e conveniente para mãe e filho.⁴

Por ser rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, atualmente, considera-se o leite materno o alimento ideal para o lactente, principalmente nos seis primeiros meses de vida. Além dos benefícios citados, o leite materno possui vantagens nutritivas, inclusive por promover o crescimento e desenvolvimento, bem como por influenciar no futuro desempenho escolar da criança.⁵

Também apontam outros benefícios do aleitamento materno como a prevenção de infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, efeito protetor sobre as alergias e melhor adaptação a outros alimentos. A longo prazo, os autores prosseguem afirmando que o aleitamento materno pode contribuir para prevenção da diabetes e de linfomas.⁵

No que tange a mãe, o aleitamento materno torna mais fácil a involução uterina fazendo com que este processo aconteça de forma mais rápida devido à liberação da ocitocina e, tem associação a

uma menor probabilidade dela desenvolver o câncer da mama e de ovários, tal como a recuperação de peso pré-gestacional. Acima de tudo, viabiliza à mãe sentir o prazer único de amamentar. Além de todos esses benefícios, o leite materno é o método mais barato e seguro de alimentar os bebês.⁵

Segundo a normatização proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é muito importante preconizar o contato pele a pele entre mãe e filho de forma imediata, para estimular o aleitamento materno precoce. Essa aproximação é benéfica pois pode auxiliar no aumento da duração da amamentação, já que o bebê permanece em estado de alerta na primeira hora de vida.⁶

Dessa forma, aprendem a sugar de maneira mais eficaz, são aquecidos, criam um vínculo com a mãe e recebem o colostro que se constitui na primeira imunização da criança, suscitando melhores resultados em seu desenvolvimento.⁶ Acrescentam que além das vantagens supracitadas, o aleitamento materno precoce também ajuda na expulsão da placenta.⁷

Para os Sistema Único de saúde (SUS) a economia é uma redução no número de internações, consultas e medicações. Nesse contexto, “estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo por causas evitáveis”.⁹

Ainda existem alguns impasses para que o que é preconizado, se torne realidade, tais como:

“ [...] um apoio profissional oferecido no incentivo ao contato precoce pele a pele, a promoção de ações de cuidados no espaço envolvido e influência à concretização mínima de interferências para subsidiar o reconhecimento entre mãe e filho. Porém, isso só poderá tornar-se realidade se investirem na educação continuada dos profissionais de saúde e na renovação dos seus conhecimentos, melhorando a qualidade da assistência”.⁴.

Reforçam essa afirmativa após evidenciarem em seu estudo algumas falhas por parte dos profissionais de enfermagem que “só apresentavam o recém-nascido à sua genitora após a realização dos cuidados imediatos, os quais constituíam prioridade na assistência, levando cerca de uma hora ou mais para estabelecer o primeiro contato pele a pele”.⁷

Com isto, podemos perceber que o primeiro contato da mulher com seu bebê é muito importante, uma vez que ficará marcado por toda a sua vida, onde vai destacar sua prática de aleitamento, devendo ser executado de maneira a gerar experiências positivas. Já a separação de mãe e filho impossibilita a amamentação acarretando também o risco de hipoglicemia, desconforto respiratório e a hipotermia.⁸

Diante da problemática exposta, surgem as seguintes questões: quais são as contribuições da equipe de enfermagem na orientação frente ao aleitamento materno.

Para tal, o artigo tem como objetivo descrever contribuições da equipe de enfermagem na orientação frente ao aleitamento materno.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com auxílio de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Contudo em grande parte dos estudos seja exigido algum tipo de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.¹⁰

Os dados foram coletados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), dentre outros, no período de novembro à dezembro de 2018.

Optou-se pelos seguintes descritores: Aleitamento Materno; Enfermagem; Educação em Saúde que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS).

Estabeleceu-se então para a realização da pesquisa os critérios de inclusão: textos na íntegra e em português com abordagem da temática estabelecida e que obedecessem ao recorte temporal de 2008 a 2018 e como critérios de exclusão, os textos incompletos e em língua estrangeira, textos que não abordassem a temática estabelecida e com recorte temporal inferior a 2008.

Após a associação de todos os descritores foram encontrados 24 artigos e selecionados apenas 10 artigos.

Análise de dados e discussão de resultados

Subsequente a esta seleção, foi realizado uma leitura reflexiva dos artigos, onde descreveram-se os resultados encontrados nesta leitura e, ainda, uma discussão sucinta relacionada aos achados.

Posterior à leitura reflexiva dos ensaios supracitados emergiram quatro categorias: Aleitamento materno e tipos de amamentação; Aleitamento precoce; Pega correta na amamentação; A equipe de enfermagem na orientação frente ao aleitamento materno precoce.

Categoria 1: Aleitamento materno e tipos de amamentação

Há mais de quatro décadas o tema aleitamento materno vem sendo rediscutido, motivados a partir de resultados de estudos que evidenciaram aumentos nos indicadores de mortalidade infantil como consequência do uso constante de fórmulas industrializadas para alimentação nos meses iniciais de vida da criança.¹¹

Através da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações unidas para infância (UNICEF), no ano de 1980 primitivamente foi estabelecido a organização de uma política voltada para o incentivo a amamentação. Diante deste cenário, a iniciativa do Hospital amigo da criança (IHAC) foi o marco da implementação dessa política que ocorreu inicialmente em um encontro em Florença (Itália), onde foi criado os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, e produzido a Declaração de Inocente com objetivo de resgate e empoderamento da mulher na amamentação bem-sucedida.¹¹

Neste sentido, cabe elucidar quais são os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, sendo eles:

“Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação: encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços”.¹²

De acordo com a declaração da IHAC – Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, em seu quarto passo ressalta-se a importância do auxílio inicial às mães na amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto. Vale ressaltar que após o nascimento a mãe possui intrinsecamente competência física e psicológica necessários para acolher esse bebê, e esse contato propicia um vínculo harmônico entre o binômio. De acordo com exposições sobre o tema, é verídico os benefícios da amamentação na primeira hora de vida, ofertando proteção, pois reduz o índice de mortalidade infantil, mais precisamente atuando no seguimento neonatal, e internações hospitalares precoces.¹¹

Com base no Caderno de atenção básica nº 32, amamentar vai além de nutrir a criança, pois trata-se de um processo que abrange profunda interação entre mãe e filho, com influências no estado nutricional da criança, em sua capacidade de se proteger de infecções, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional em sua fisiologia.¹²

Por ser um alimento completo, o bebê não precisa de uma alimentação complementar até os seis meses de vida (chá, suco, água ou outro leite). Ele é de mais fácil digestão do que qualquer outro leite além de ser rico em anticorpos, protegendo a criança de muitas doenças como diarreia, infecções respiratórias, alergias, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade. Outro fato importante sobre o leite materno é que ele é limpo, está sempre pronto e quentinho. O aleitamento materno possui vários benefícios, tais como: o favorecimento de um contato mais íntimo entre a mãe e o bebê. E o fato de que o sugar o peito é um excelente exercício para o desenvolvimento da face da criança, ajuda a ter dentes bonitos, a desenvolver a fala e a ter uma boa respiração.⁸

Não amamentar pode representar sacrifícios para uma família com pouca renda. Ou seja, uma mãe que não amamenta por opção e não por motivo de doença que impeça esse processo, tem mais gasto com a compra de leite para alimentar um bebê, dependendo da marca da fórmula infantil. Podemos acrescentar a esse gasto os custos com mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além dos gastos eventuais derivados de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas.⁹

Afirma que a criança deve ser amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser (alimentação de livre demanda). Nos primeiros meses, é comum que a criança mame com frequência e sem horários regulares. No geral, um bebê que se alimenta somente do leite materno, mama de oito a 12 vezes ao dia. Algumas mães, especialmente as que estão inseguras e as com baixa autoestima, tendem a pensar que esse comportamento normal é um sinal de fome do bebê, leite fraco ou pouco leite, o que pode ser consequência de uma introdução precoce e desnecessária de complementos.¹³

No início da mamada o leite tem mais água e conseqüentemente sacia a sede; e o do fim da mamada sacia a fome do bebê e auxilia no ganho de peso, devido a maior composição de gordura. Como o bebê está com mais fome no início da mamada acaba sugando com mais força assim esvazia melhor a primeira mama oferecida. É por esse motivo que, é necessário que a mãe comece cada mamada pelo peito em que o bebê mamou por último na mamada anterior. Desse jeito o bebê tem a oportunidade de esvaziar bem as duas mamas, o que é importante para a mãe ter bastante leite.¹³

É de grande relevância conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro.¹⁴ Nesse contexto, o aleitamento materno pode ser classificado em:

“ **Aleitamento materno exclusivo materno:** quando a criança recebe somente leite, 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. **Aleitamento materno predominante:** quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. **Aleitamento materno:** quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. **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. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite”.¹⁴

Categoria 2: Aleitamento precoce

A amamentação na primeira hora de vida consiste em uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e é fundamentada na capacidade de interação dos recém-nascidos (RN) com suas mães nos primeiros minutos de vida.¹⁵

Nesse sentido, relatam que embora o aleitamento materno precoce possua inúmeros benefícios, a prática da amamentação na primeira hora de vida no Brasil é relativamente baixa (43%).¹⁵

Afirma que a importância do aleitamento materno na primeira hora de vida diz respeito às circunstâncias propícias para que aconteça o processo de lactação, visto que tanto o neonato quanto a parturiente encontram-se em um estado fisiológico de vigília que propicia a pega e a primeira mamada, além do vínculo mãe e filho serem fortalecidos.¹⁶

Portanto, “é necessário que as mães sejam empoderadas a amamentar ainda na sala de parto, respeitando suas particularidades e diversidades socioculturais”. Esse empoderamento deve iniciar no pré-natal, a partir de um diálogo entre a equipe de saúde e a mulher sobre todos os potenciais benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida, para que avalie e construa suas escolhas.¹⁵

Categoria 3: Pega correta na amamentação

Aponta que as evidências disponíveis na literatura revelam que bem diferente do que se pensa, amamentar não é uma habilidade inata do ser humano, mas sim uma prática que se adquire através da observação e experiência. O aleitamento materno engloba diversos fatores, que fazem dele uma função biologicamente estabelecida, mas que se sofre intervenção dos meios social e cultural. Neste cenário, antes de ser mãe ou nutriz, a mulher é um ser racional, ativo, com sentimentos, que sofre grande influência do meio e, a partir das experiências vivenciadas, torna-se capaz de avaliar e decidir suas condutas diante da amamentação. Essa influência pode ser positiva ou não para o início do processo da lactação.¹⁶

É preciso ter alguns cuidados na amamentação para não ferir o seio materno. Um deles é a pega correta. A posição mais adequada para amamentar é aquela em que a mãe e o bebê sintam-se confortáveis. A amamentação precisa ser prazerosa tanto para a mãe como para o bebê.¹⁷

Em consonância descreve a pega correta do bebê no seio materno em 3 passos, sendo eles: o bebê deve ser posicionado voltado para a mãe, bem rente ao seu corpo com as mãos livres, a cabeça deve estar de frente para o peito da mãe, com o nariz voltado para o mamilo de forma que consiga respirar. Quando o recém-nascido abrir bem a boca, poderá pegar o peito e uma boa parte da auréola que é a parte escura do mamilo, os lábios ficam voltados para fora e o queixo encosta na mama, desta forma o nariz fica livre para respirar enquanto mama.¹⁷

Categoria 4: A equipe de enfermagem na orientação frente ao aleitamento materno precoce

Para alcançar experiência plena na amamentação, é necessário que essa mãe seja orientada antes e após o parto, quanto a esclarecimentos sobre a temática em questão, evitando assim apreensão, aumentando sua assertividade, contribuindo para um desfecho favorável ao aleitamento materno.¹⁸

O contato de pele entre mãe e filho estimulam uma série de fenômenos hormonais significativos para essa relação. O cheiro o toque e o calor fazem com que o nervo vago seja estimulado, o que acarreta a liberação de ocitocina, um hormônio na mulher responsável entre outras

funções, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio, estimula a temperatura das mamas que tendem a aumentar e aquecer o bebê. Em contra partida, a ocitocina, tende a aumentar a tranquilidade da mãe e responsividade social, além de reduzir a ansiedade materna.¹⁹

O enfermeiro, desempenha um papel de suma importância na assistência à mulher-mãe-nutriz. Sendo necessário então, ter que se instrumentalizar com conhecimentos atualizados e habilidades, na técnica de aconselhamento bem como no manejo clínico da lactação. Assim sendo, estará executando o seu papel de profissional de saúde e de cidadão, colaborando com a garantia do direito de toda a criança de ser amamentada, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente.²⁰

De acordo com pesquisas realizadas, as primeiras horas após o parto também proporcionam benefícios para mãe, que são resultados da amamentação, pois os reflexos de sucção ativos do bebê, estimulando fabricação de ocitocina e prolactina de forma antecipada.²⁰

Neste contexto, a promoção do aleitamento materno precoce deve ser iniciada desde o acompanhamento pré-natal. Dessa forma, o enfermeiro precisa saber identificar ao longo do pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante com o intuito de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como, garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto.²⁰

Também reforçam essa ideia quando afirmam que o enfermeiro é um profissional que se faz presente durante todo o ciclo gravídico-puerperal. É competente por legislação a acompanhar pré-natal de baixo risco, solicitar exames de rotina e complementares, realizar consulta de enfermagem ofertando nesta fase apoio e confiança para que a gestante possa se sentir vigorada e carregar com mais autonomia a gestação e o parto, e as decisões concernentes ao cuidado com o seu filho, inserindo-se entre estas a amamentação.¹¹

Sendo assim, o(a) enfermeiro(a) tem um importante papel no tocante a amamentação, haja vista que são eles quem mais se relaciona com a mulher no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, vivendo com as demandas do aleitamento, e são através de suas práticas que elas podem estimular a amamentação e apoiar as gestantes, e consequentemente melhorando os índices de aleitamento materno e assim, reduzindo os índices de desnutrição infantil, alergias, anemias, doenças dentárias e infecções que podem aumentar à mortalidade infantil, além de minimizar as internações, custos com consultas, medicamentos e outros.²⁰

O enfermeiro deve ter além de conhecimentos básicos e habilidades em aleitamento materno, uma comunicação eficiente. Dessa forma, é importante que este profissional ouça, entenda e ajude atentamente essa gestante no processo de tomada de decisão. Além disso, é necessário dialogar com ela a respeito de suas dúvidas, conceitos, medo, tabus, mostrá-la a importância e a responsabilidade de suas decisões. Despindo-se do preconceito e discriminação.²¹

É através da atuação do (a) enfermeiro (a) na promoção e estímulo ao aleitamento materno que as mães recebem instruções para cuidar e entender o filho, convertendo-se essas em agentes multiplicadoras de saúde na esfera individual, familiar, social e ecológico.²²

Frequentemente podemos observar os profissionais de saúde trabalhando de maneira isolada dentro dos serviços de saúde, onde cada qual desempenha sua função de forma isolada e sem interação com a equipe de saúde. Na maioria das vezes, a falta de uma abordagem simples, coordenação e cooperação entre os profissionais é problema constante que dificultam a confiança das mulheres no que se refere à amamentação.¹⁸

As mães necessitam ser acompanhadas e orientadas em relação ao aleitamento materno pois o ato de amamentar, embora se mostre natural do ser, está envolvido em culturas, mitos, crenças, e experiências concretas que abrange as mulheres, mães e nutrizes. As mães que dispõem do acesso à informação através dos meios de comunicação acerca do aleitamento materno, de acordo com o grau de entendimento, passam a conhecer bem sua relevância, a falta de um bom acompanhamento e do apoio dos profissionais de saúde e da família normalmente essas mães não conseguem superar as dificuldades, sobrevivendo o desmame precoce, que coloca em risco a saúde do bebê.²³

Os enfermeiros por terem maior contato com a gestante no pré-natal, assim como o médico pediatra, precisam todos enxergar a amamentação como um processo dinâmico, biopsicossocial, relacional e suas modificações ao longo do tempo. Dessa forma, a amamentação é um processo que precisa ser muito valorizado e incluído nas consultas.¹⁸

As mães buscam auxílio de um profissional para resolver os seus problemas concernentes ao aleitamento, mas em geral, o profissional estabelece tantas normas e regras que não contemplam sua realidade e isso acaba trazendo medo e insegurança a nutriz. No cotidiano da mãe, é importante sair do que é teorizado e observar o que ela vive dentro da sua realidade, além de auxiliá-la a produzir reflexões a respeito da melhor atitude a ser tomada, na busca de melhorar seus anseios e propiciar a prática saudável do aleitamento materno para seu filho. Todos os profissionais, sem exceção, precisam ser amparados em suas disciplinas de formação, com módulos que exprimissem a relevância de se incluírem parâmetros interdisciplinares de contribuição com o aleitamento materno. As instituições de ensino necessitam colaborar para esse processo.¹⁸

Evidenciou através de seu estudo que existem poucos estudos que corroborem o papel dos profissionais de saúde que podem constituir uma equipe de apoio à amamentação, inserindo elementos de educação, resolução de problemas e suporte efetivo. A carência de preparo dos profissionais de saúde para lidar com o fator amamentação ficou clara nos estudos analisados. Desta forma os autores concluem que os profissionais de saúde carecem de ser mais bem capacitados para trabalhar com aleitamento materno. Com isto, sugerem um maior estímulo por parte dos gestores (municipais, estaduais e federais) em construir equipes multiprofissionais engajadas com a saúde

materno-infantil e o aperfeiçoamento na abordagem de conteúdos programáticos teórico-práticos nas instituições de ensino técnico e superior. Os autores também afirmam que o estímulo ao aleitamento materno precisa ocorrer por intermédio de melhorias e modificações por parte de todas as equipes profissionais. São necessárias mudanças especialmente nas rotinas dos hospitais.¹⁸

O enfermeiro possui um papel crucial, por ser considerado o profissional que tem mais proximidade com as mães, tendo uma função importante nos programas de educação em saúde. Através de suas práticas e atitudes, a equipe de enfermagem incentiva e auxilia as mães na amamentação, assistindo-as, no início do aleitamento materno, e oferecendo apoio para conquistar autoconfiança em sua capacidade de amamentar.²⁴

Discorrem que informações prestadas sobre o aleitamento materno nunca são em excesso, pois, dúvidas sempre surgiriam. Contudo, os profissionais de saúde têm se esforçado consideravelmente, juntamente com a equipe de enfermagem, por ter maior contato com a puérpera, e é pensando nisso que alguns conceitos devem ser trabalhados para se ampliar o cuidado integral que essa nutriz requer nesse momento de fragilidade.⁴

O compromisso da enfermagem torna-se um fator determinante ao garantir à mãe e ao recém-nascido o direito à amamentação na primeira hora de vida. Com isso faz-se necessário investimento em políticas que promovam o aleitamento materno, iniciada e estimulada na sala de parto.⁴

A enfermagem deve sempre utilizar linguagens claras e objetivas que atendam todos os públicos. É fundamental que a mensagem a ser passada no diálogo seja compreendida pelas mães. Dessa forma, espera-se que haja treinamentos com urgência sobre a comunicação para aperfeiçoar a assistência. São necessárias mudanças e métodos sobre o contexto, estimulando assim práticas humanizadas e reflexivas, desde o ensino básico ao aperfeiçoamento profissional.²⁴

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa a maioria das participantes recebeu assistência no incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida. Os autores relatam terem percebido que a maioria das mães possui um discernimento à cerca da importância do aleitamento materno, haja vista que elas consideravam o aleitamento como um ato e um gesto de amor, tanto por fortalecer um vínculo entre eles quanto por ser importante para o bebê na primeira hora de vida.⁴

Percebe-se que esses conhecimentos estão relacionados às informações transmitidas pelos profissionais de enfermagem a essa nutriz, visando uma melhor interação entre mãe e filho na hora do aleitamento, assim, proporcionando uma amamentação eficaz.

Por ser ele o principal elo de aproximação da mãe com filho, é quem irá acolher e auxiliar a mulher a tomar decisões de forma empática, sabendo ouvir e aprendendo a desenvolver uma relação de confiança. Porém, observou-se que os profissionais de saúde apresentam limitações no processo de orientações sobre a amamentação, frisando que tais atitudes precisam ser reavaliadas, para obtenção

de êxito na assistência oferecida. Contudo, é de extrema importância salientar que seja ofertado um apoio profissional na afirmação do contato pele a pele precoce entre mãe e filho, para o aumento de ações de cuidado e que não haja limitações por parte do profissional enfermeiro no espaço que abarque esta interação, objetivando um bom entendimento entre eles.⁴

Discorrem que o compromisso dos profissionais de enfermagem é determinante para assegurar à mãe e ao recém-nascido o direito à amamentação na primeira hora de vida. Todavia, torna-se imperativo sensibilizar os gestores e a administração hospitalar para a promoção desta prática.¹¹

Pontuam que os enfermeiros têm a propriedade de colocar sua formação e informação a serviço do bem-estar do binômio mãe-filho. Para isso é necessário ter conhecimento sobre a individualidade, humanizar o atendimento, criar vínculo e conhecer as necessidades e potencialidades de mães, pais, bebês e familiares para lidar com o processo de amamentação.²⁶

No momento do parto as mães quase não têm poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida e, nessa fase de fragilidade a conduta profissional pode ser determinante da amamentação na sala de parto.

Todavia, estudos revelam que apesar de ser preconizado pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pela United Nations Children's Fund - UNICEF e corresponder ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a prática do aleitamento materno na primeira hora de vida ainda pleiteia contratempos. As rotinas hospitalares e organizacionais da instituição de saúde acabam interferindo no tempo até a primeira mamada.²⁶

Em suma, a enfermagem dispõe de diversas estratégias para promover o aleitamento materno no puerpério imediato, sejam elas elencadas na educação em saúde ou no vínculo facultado pelo acolhimento. Em comum a esses dois instrumentos encontramos a presença do conhecimento científico com fator crucial para o sucesso das estratégias supracitadas, tal como das políticas de saúde existentes para este fim.²⁶

Ressalta-se que essas estratégias não são limitadas ao puerpério imediato, mas também estão presentes nas consultas de pré-natal, sobretudo. Sendo assim, a mulher pode chegar ao momento do parto e vivenciá-lo melhor instrumentalizada para o processo decisório de amamentar seu bebê ainda na sala de parto. O enfermeiro, como agente educador, deve compreender e respeitar a particularidade de cada mãe quanto ao fato de amamentar ou não, lembrando de enfatizar a importância da amamentação para a mulher e para o bebê.²⁷

Conclusão

Mediante a este estudo, pode-se concluir a importância da equipe de enfermagem no incentivo ao aleitamento materno, no apoio às mães e aos familiares desde o pré-natal, visando o início deste o mais precocemente. Durante o pré-natal e o preparo para a amamentação, é de suma importância a sensibilização desta mulher como protagonista do aleitamento, garantindo a sua visão holística perante as dificuldades que poderão surgir, auxiliá-las a adquirir autoconfiança em seu potencial para amamentar o filho e seus direitos na sociedade quanto mulher e mãe que amamenta.

Faz-se necessário a inserção dos familiares que apoiarão esta gestante durante o puerpério, capacitando-os para as adversidades, posicionamento do bebê, oscilações que poderão ocorrer durante este período, relacionadas a livre demanda, armazenamento e preparo do leite materno para ser ofertado em momentos que a mãe não puder amamentar, evitando assim o uso de complemento.

Sabendo que a Enfermagem presta assistência, sendo também componente fundamental na equipe multiprofissional, toda esta rede de apoio se encontra habilitada para desenvolver a atenção humanizada à mãe, família, bebê, criando assim, subsídios para o incentivo e a adesão a amamentação em todos os momentos da vida do bebê, favorecendo assim o binômio mãe-filho.

O aleitamento materno é incentivado, vivido e doado como forma de amor por todas as mães, logo, os profissionais e as instituições de saúde devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde e programas de Incentivo ao Aleitamento Materno fielmente, tornando-se o local de primeiro apoio a esta puérpera, perpetuando o conhecimento e favorecendo o aleitamento materno desde a primeira hora de vida.

Referências

1. Fassarella BPA, Ribeiro WA, Freitas LDM, Nascimento JC, Santos JCC, Fonseca CDSG. Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. *Nursing (São Paulo)*, 2019;22(258):3319-3324.
2. Santos FM. *Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin*, 2012.
3. Hergesseli, N. M.; Lohmann PM. Aleitamento materno na primeira hora após o parto. UNIVATES 2017.
4. Leite MFF, Barbosa PA, Olivindo DDF, Ximenes V. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2016;20(2).
5. Algarves TR, Julião AM, Costa HM. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce/breastfeeding: myths and beliefs influence in early weaning. *Saúde em Foco*, 2015;2(1):151-167.

6. da Criança, A. revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Organização Mundial da Saúde, 2006.
7. Santos LMD, Silva JCRD, Carvalho ESDS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCDC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014;67:202-207.
8. Santos A. A importância do contacto precoce pele-a-pele entre mãe e bebé. Portimão, Lagos: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, 2014.
9. BRASIL. Aleitamento materno. Ministério da Saúde. 2018.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
11. Strapasson MR, Fischer AC, Bonilha AL. Amamentação na primeira hora de vida em um hospital privado de Porto Alegre/RS-Relato de experiência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2011;1(3):489-496.
12. BRASIL. Dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Ministério da Saúde. 2013.
13. Pennina M. Amamentação: livre demanda não é escolha fácil, é preciso apoio. Lunetas, 2018.
14. Silva MD, Silva DA, Freitas LCS, Silva GN, Coimbra MAR, Castro S. O papel do enfermeiro frente ao impacto do aleitamento materno na saúde infantil: relato de experiência The role of nurses in front of the impact of breastfeeding on child health: an experience report. *Brazilian Journal of Development*, 2021;7(6):54796-54804.
15. Rodrigues CDS, Santos BZ, Lipinski J, Costenaro RGS, Zamberlan C. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de vida: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2020;9(7):e799974799-e799974799.
16. Lima ILCB. A promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida. Web artigos, 2017.
17. Nickalas, C. Consultora em AM: demonstração de pega correta. Amamentar é. 2013.
18. Almeida IS, Ribeiro IB, Rodrigues BMRD, Costa CCP, Freitas NS, Vergas EB. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare enferm*, 2010;15(1):19-25.
19. Boccolini CS, Carvalho MLD, Oliveira MICD. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 2015;49.
20. GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76(Supl.3):s238-s52.
21. Oliveira AP, Gavasso WC. A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno em unidades de estratégia de saúde da família do município de Joaçaba, SC. *Unesc & Ciência – ACBS*, 2012;3(1):7-12.

22. Marinho M, Andrade EN, Abrão ACF. A atuação do (a) enfermeiro (a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno: revisão bibliográfica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 2015;4(2).
23. Amorim MM, Andrade ER. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. *Perspectivas Online*, 2009;3(9).
24. Carvalho JKM, Carvalho CG, Magalhães SR. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *E-scientia*, 2011;4(2):11-20.
25. Brandão EC, Silva GRF, Gouveia MT, Soares LS. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2012;14(2):355-65.
26. Duarte EF, Santo CDS, Couto MGC, Andrade VLF, Matos RDCP, Santos EI. Estratégias utilizadas por enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato. *Revista Cuidarte*, 2013;4(1):523-530.
27. Faria AC, Magalhães L, Zerbeto SR. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(4):669-77.

Déficit cognitivo e fatores associados em idosos institucionalizados em Nova Iguaçu, RJ, Brasil

Antonio Carlos Barbosa Ramos Junior¹, Aluana Santana Carlos², Adalgiza Mafra Moreno², Rodrigo de Azeredo Siqueira², Joana da Costa Pinto d'Avila²

1-Acadêmico de Medicina, Universidade Iguaçu (UNIG) - Nova Iguaçu, RJ

2-Professor(a) da Universidade Iguaçu (UNIG) - Nova Iguaçu, RJ

Autor correspondente: Prof^a Dr^a Joana da Costa Pinto d'Avila. E-mail: joanacpdavila@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que acabam por aumentar a morbidade e a mortalidade. O envelhecimento por si só é o maior fator de risco para demência e outras doenças crônicas. A demência pode afetar diferentes regiões do cérebro e funções cognitivas, sendo considerada a maior causa de incapacidade e mortalidade em idosos. A perda da independência e a incapacidade do idoso, aliadas à falta de assistência social e de políticas públicas para a população geriátrica, são fatores que levam a institucionalização do idoso. No Brasil, a demanda por instituição de longa permanência para idosos (ILPI) é crescente, mas pouco se sabe sobre a prevalência de déficits cognitivos e fatores associados em idosos institucionalizados da nossa comunidade. Para atender a esta demanda, o objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho cognitivo, identificar a prevalência de incapacidade cognitiva e seus fatores associados em idosos institucionalizados no município de Nova Iguaçu/RJ. Foram avaliados 22 idosos institucionalizados da ILPI Real Idade, e 48 idosos não institucionalizados frequentadores do Espaço Municipal da Terceira Idade (ESMUTI) com os questionários de avaliação cognitiva Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Relógio (TDR). Os resultados mostraram que os escores do MEEM e do TDR foram maiores nos idosos alfabetizados comparados aos não alfabetizados. O escore MEEM foi maior nos idosos frequentadores do ESMUTI do que nos idosos da ILPI Real Idade. Estes resultados indicam que a educação e a realização de atividades lúdicas e/ou desportivas contribui para a capacidade cognitiva dos idosos.

PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento; declínio cognitivo; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial que acompanha a elevação da qualidade de vida decorrente de melhores oportunidades de trabalho, educação, condições sanitárias, alimentares, ambientais de moradia, além do maior acesso aos serviços de saúde^{1,2}. O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que acabam por aumentar a morbidade e a mortalidade³. A forma pela qual a sociedade determina o envelhecer, se superprotege, venera ou marginaliza o idoso, influenciará como ele vai se adaptar e assumir a terceira idade⁴.

O processo de envelhecimento caracteriza-se pelo comprometimento no funcionamento de todos os sistemas do organismo, sendo o Sistema Nervoso Central (SNC) um dos mais afetados, atingido tanto por fatores intrínsecos quanto extrínsecos (meio ambiente, alimentação, dentre outros), promovendo o desenvolvimento de alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral. É comum observar desde mínimos até significativos prejuízos da função cognitiva entre os indivíduos idosos⁵. Estas alterações reduzem a capacidade intelectual, afetando as funções de memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práxicas e gnósticas, orientação espacial, afetividade, personalidade e atitude, fala e outras formas de comunicação^{6,7}. No processo de envelhecimento, aproximadamente 15% das pessoas desenvolvem incapacidade cognitiva progressiva, em média 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 anos desenvolvem demência moderada a grave^{9,10}. A demência é muito comum em idosos, e representa um grande problema de saúde pública. A demência pode afetar diferentes regiões cerebrais e funções cognitivas, sendo considerada a maior causa de incapacidade e mortalidade em idosos^{10,11}.

As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) são abrigos para idosos excluídos pela sociedade e família e sem uma residência fixa, podendo ser uma referência para uma vida e um envelhecer digno. Entretanto, o processo de institucionalização do idoso pode também ser considerado como perda da liberdade, abandono dos filhos, aproximação da morte, e uma fase de medo e ansiedade, pelo fato de o idoso estar indo para um local desconhecido e submetido à condução do tratamento pelos funcionários¹². A mudança de ambiente provocada pela institucionalização é uma das situações que desencadeiam depressão no idoso - apontada, frequentemente, na literatura, como fator de risco para o déficit cognitivo e demência^{13,14}. A perda da independência e a incapacidade do idoso, aliadas à falta de assistência social e de políticas públicas para a população geriátrica, são fatores que levam a institucionalização do idoso^{15,16}.

O diagnóstico de comprometimento cognitivo é uma tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Comprometimentos cognitivos são frequentes nessa faixa etária, sendo difícil diferenciar se são manifestações iniciais de doenças ou processo normal de envelhecimento. A cognição é uma definição da atividade mental, englobando habilidades como sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos externos⁸ e quadros leves de comprometimento cognitivo são frequentes, passando muitas vezes despercebidos. É importante distinguir (o que é muitas vezes difícil) entre as manifestações iniciais de doença e modificações

associadas com o processo normal de envelhecimento¹⁷. O baixo nível educacional também interfere nos níveis cognitivos, ligados não só à pouca frequência à escola, mas também à falta de interesse e cultura da comunidade envolvida. Estes fatores levam o indivíduo a apresentar dificuldades diante de testes que avaliam aspectos cognitivos^{18,19}.

Neste sentido, é importante avaliar o declínio cognitivo na população idosa, já que a precocidade do diagnóstico é de suma importância para o tratamento, cujo intuito é diminuir ou retardar essa incapacidade, sendo assim necessários estudos com ênfase no ambiente institucional, propiciando traçar medidas que visem a diminuição do declínio cognitivo nesse nicho. Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo foi avaliar a saúde mental, identificar a prevalência de incapacidade cognitiva e seus fatores associados em idosos institucionalizados no município de Nova Iguaçu/RJ.

METODOLOGIA

A pesquisa teve natureza descritiva e exploratória, com abordagens quantitativa e qualitativa. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: Formulário sócio-demográfico, contendo variáveis como sexo, idade, estado civil e grau de escolaridade; Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Teste do Desenho do Relógio (TDR). O MEEM possui seis categorias que avaliam, nesta ordem, a orientação temporal e espacial, a memória imediata, a atenção e cálculo, a evocação das palavras, a linguagem, e a construção visual. A pontuação máxima para cada item é de 10, 3, 5, 3, 8 e 1, respectivamente. Com uma pontuação máxima de 30 pontos, sugerindo déficit cognitivo em pontuações abaixo de 23 nos alfabetizados, e abaixo de 19 nos analfabetos, pontos de corte estes utilizados de acordo com a escolaridade²⁰. O Teste do Desenho do Relógio (TDR) é muito utilizado para avaliação cognitiva. Foi solicitado ao paciente a desenhar um relógio de ponteiros de acordo com as instruções do avaliador. O TDR avalia habilidades visuoespaciais, habilidades construtivas e funções executivas. Classifica-se a pontuação de acordo com o desenho realizado. Quando se é desenhado um relógio perfeito equivale a 5 pontos; pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos, equivale a 4 pontos; distribuição visuoespacial correta com marcação errada da hora, equivale a 3 pontos; desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso, equivale a 2 pontos; quando o desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuoespacial grave, equivale a 1 ponto; e inabilidade absoluta para representar o relógio, equivale a nenhum ponto²¹. Os instrumentos foram aplicados após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do TCLE. De acordo com o ponto de vista ético de pesquisa em seres humanos, o estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Iguaçu. Os critérios de exclusão foram comprometimentos graves de linguagem ou de compreensão documentados, não aceitar participar do estudo e/ou não assinar o TCLE.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Inicialmente coletamos os primeiros dados na ILPI Real Idade, onde aplicamos o MEEM em 22 idosos, sendo 6 homens e 16 mulheres. Posteriormente surgiu a oportunidade de analisarmos uma

nova amostra de idosos não institucionalizados, servindo de grupo controle para saber se há diferenças no declínio cognitivo desses grupos. A coleta foi realizada no Espaço Municipal da Terceira Idade (ESMUTI), nos meses de agosto a outubro, em 48 idosos. Os idosos de ambos os grupos foram incluídos no estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, com idades superiores a 60 anos, que assinaram o TCLE, e residentes de ILPI ou frequentadores de espaços da terceira idade.

Na ILPI, foi aplicado o MEEM, mas ainda não coletamos todos os dados sócio-demográficos e antropológicos. Apesar disso, observamos neste grupo 4 idosos com score menor que 15, indicando comprometimento cognitivo moderado²¹. Considerando cada categoria isolada, observou-se maior dificuldade nas categorias de atenção e cálculo e de construção visual. Nos alfabetizados, 8 zeraram a pontuação na atenção e cálculo, e 6 zeraram a pontuação na construção visual. Nas demais categorias, as pontuações foram sempre próximas ao máximo. Dos analfabetos, 2 obtiveram pontuação pelo MEEM menor que 19, sendo este o ponto de corte para este grau de escolaridade. A média no MEEM nos analfabetos foi de 20 pontos. Da mesma forma que nos alfabetizados, os analfabetos também tiveram maiores dificuldades nas categorias de atenção e cálculo e de construção visual. Dos 13 analfabetos, 8 idosos zeraram a categoria de atenção e cálculo, e 5 idosos zeraram a categoria de construção visual. Observou-se tanto nos alfabetizados quanto nos analfabetos, dificuldade nas categorias de atenção e cálculo e de construção visual, sendo as únicas onde a pontuação isolada não alcançou pelo menos 50% da pontuação máxima da categoria específica.

Comparando os scores do grupo alfabetizado com o grupo dos analfabetos, observamos que a média do grupo alfabetizado é significativamente maior do que a dos analfabetos, como esperado (Figura 1).

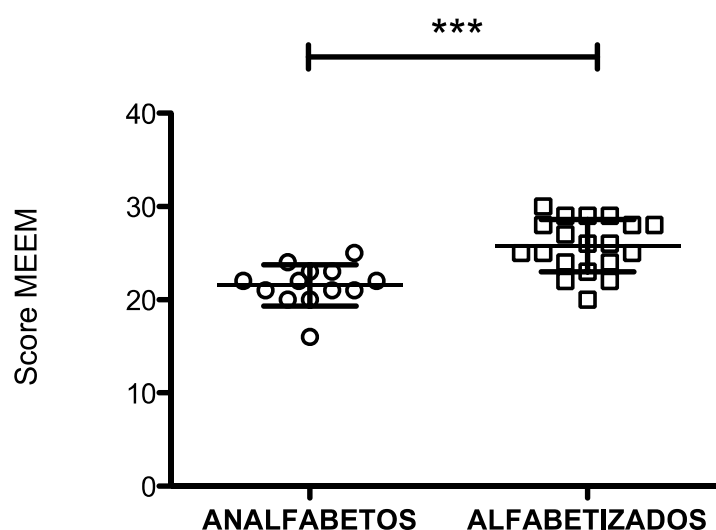


Figura 1: Comparação do desempenho cognitivo entre idosos analfabetos e alfabetizados utilizando o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Teste T não paramétrico (***) $p < 0.001$.

Em um estudo feito com amostra de 142 idosos, o tempo de frequência escolar não interferiu nas respostas relacionadas à orientação temporal e espacial, já, a atenção, cálculo, memória de evocação e praxia construtiva sofreram prejuízos, sendo a praxia construtiva a função cognitiva mais prejudicada²⁰. De acordo com estudo realizado com 269 pacientes no sul do Brasil, o comprometimento da função cognitiva é grave quando a pontuação no MEEM for menor que 10, moderada quando entre 10 e 15, e leve quando entre 15 e ponto de corte (19 ou 23, de acordo com escolaridade)²¹. No grupo do ESMUTI, todos os casos de demência (1 nos alfabetizados e 2 nos analfabetos) tiveram grau considerado leve. Sendo a menor pontuação 20 e 16, respectivamente, nos alfabetizados e nos analfabetos.

No Teste do Relógio (TDR), 15 dos alfabetizados e 2 dos analfabetos conseguiram pontuar 4 ou 5 pontos. Este achado corrobora com o encontrado no MEEM, em ambos os testes a construção visual esteve mais prejudicada no grupo dos analfabetos, com menor pontuação na amostra de menor escolaridade. Nos alfabetizados, o resultado foi: 5 dos idosos com 5 pontos, construíram um relógio perfeito; 10 dos idosos com 4 pontos, apresentaram pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; 2 dos idosos com 3 pontos apresentaram distribuição visuoespacial correta com marcação errada da hora; 1 dos idosos com 2 pontos, apresentaram desorganização visuoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; 1 dos idosos com 1 ponto, construíram um desenho que tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visuoespacial grave e nenhum com 0 ponto. Nos analfabetos foi: nenhum idoso com 5 pontos; 2 dos idosos com 4 pontos; 1 dos idosos com 3 pontos; 7 dos idosos com 2 pontos, 2 dos idosos com 1 ponto e 1 dos idosos com 0 ponto.

Comparando o escore do TDR dos idosos alfabetizados e analfabetos do ESMUTI, observamos que os alfabetizados apresentaram escore significativamente maior que os analfabetos (Figura 2).

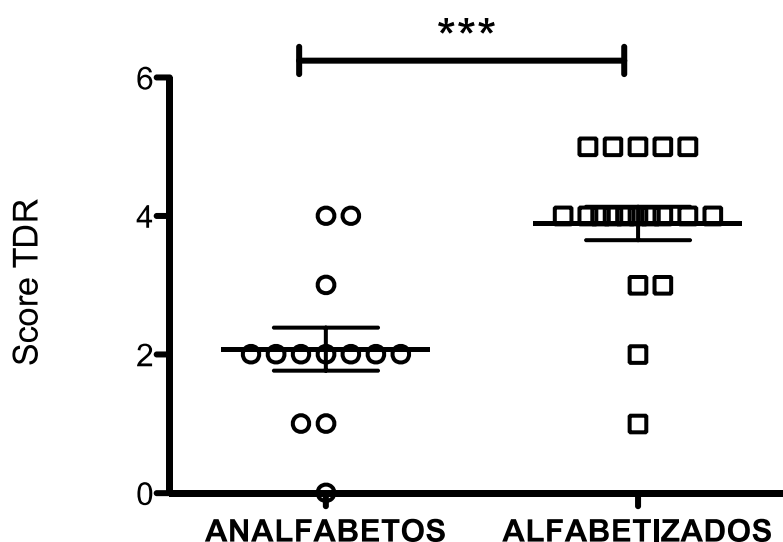


Figura 2: Comparação do desempenho no Teste do Relógio (TDR) entre idosos analfabetos e alfabetizados do ESMUTI. Teste T não paramétrico (***) $p < 0.001$.

A utilização de diferentes pontos de corte no TDR pode ser usada para discriminar sujeitos com demência daqueles sem demência²². Em um estudo feito, foram analisados seis métodos diferentes de pontuação no TDR e concluiu que todos os métodos apresentam boa sensibilidade e especificidade para distinguir idosos normais de idosos com demência leve. Contudo, salientaram que o TDR não é um instrumento útil para detectar casos de demência muito leve²³.

Comparando os escores do MEEM do grupo de idosos da ILPI1 (institucionalizados) com o grupo do ESMUTI (não- institucionalizados) observamos que os idosos do ESMUTI apresentaram escores significativamente maiores que os idosos da ILPI1, como esperado (Figura 3).

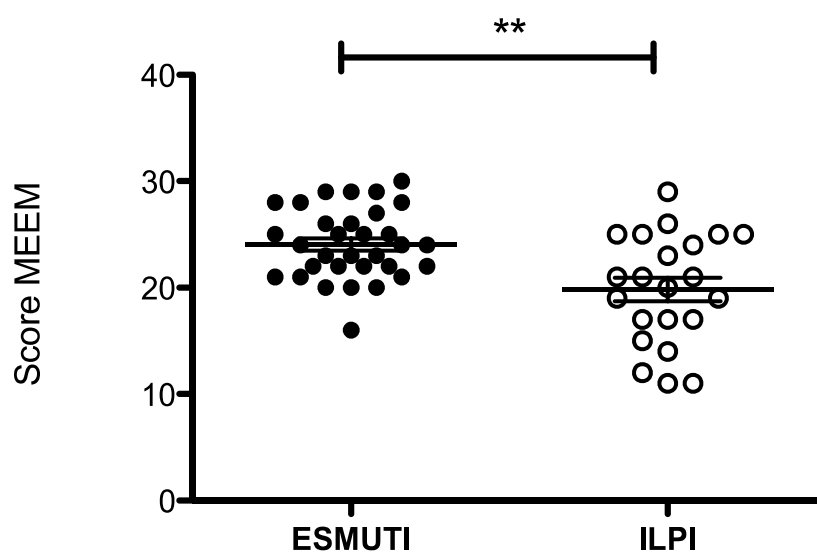


Figura 3: Comparação do desempenho cognitivo entre idosos do ESMUT e da ILPI utilizando o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Teste T não paramétrico (** $p < 0.01$).

Estes resultados indicam claramente como a educação e a realização de atividades lúdicas e/ou desportivas contribui para a capacidade cognitiva dos idosos.

Referências bibliográficas

1. Nordon DG, Guimarães RR, Kozonoe DY, Manchilia VS, Dias Neto VS. Perda cognitiva em idosos. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* 2009; 11(3): 5-8.
2. Gurian M. Rastreamento cognitivo por instrumento baseado no MEEM em idosos não institucionalizados residentes em Batatais - S.P. Dissertação de Mestrado. 87p., 2002.
3. NETTO, P. M. (1996). *Geriatria: fundamento clínico- terapêutico*. São Paulo, Atheneu.
4. WALDOW, V. R. (1998). *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre, Sagra Luzzato.
5. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;23(4):386-93.
6. Fichman H, Fernandes C, Oliveira M, Caramelli P, Aguiar D, Novaes R. Predomínio de comprometimento cognitivo leve disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro. *Rev. Neuropsicológica Latino-Americana* 2013; 5(2): 31-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2013.131>.
7. Mello BLD, Haddad MCL, Dellazora MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum* 2012; 34(1): 95-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7974>.
8. VIEIRA, E. B. (1995). *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. São Paulo, Rocca.
9. Ruwer SL, Rossi AG, Simon LF. Equilíbrio no idoso. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2005; 71(3): 298–303.
10. Lira M, Santos LCCS. Correlação entre função cognitiva e capacidade funcional nos indivíduos com doença de Alzheimer. *CCBS Cadernos de Pós- Graduação em Distúrbio do Desenvolvimento de São Paulo* 2012; 12(2): 36-45.
11. Trindade APNT, Barbosa MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão no declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov* 2013; 26(2): 289-290.
12. BORN, T. e PAPALÉO NETTO, M. (1996). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu.
13. Vila CP, Silva MEM, Simas JPN, Guimarães ACA, Parcias SR. Aptidão funcional de nível de atenção em idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(2): 355-364.
14. Reis LA, Torres GV, Araújo CC, Reis LA, Novaes LKN. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié – BA. *Psicologia em Estudo* 2009; 14(2): 295-301.
15. Loreiro APL, Lima AA, Silva RCG, Najjar ECA. Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizado: um estudo piloto. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011; 22(2): 136- 144.
16. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010; 13(3): 395-401.
17. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-MentalState. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research* 1975; 12(3): 189-198

18. BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R. e JULIANO, Y. (1994). O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatria*, n. 52, pp. 1-7.
19. Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A.L. Faria, M.E., Figueira, I. et al. (2003). O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de santo Amaro de Pádua, Rio de Janeiro. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 61(3B), 782-5.
20. Zutin TLM, Carli FVBO, Moreli LM, Silva DAG, Simões JAA. Alzheimer: aplicação do mini exame do estado mental em idosos. *AnCongrBrasMedFam Comunidade*. Belém. Maio 2013; 12:344.
21. Maia AL, Godinho C, Ferreira ED, Almeida V, Schuh A, Kaye J, et al. Application of the Brazilian version of the CDR scale in samples of dementia patients. *Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(2B):485-89.
22. Cacho J. García-García R, Arcaya J, Vicente JL, Lantada N. Una propuesta de aplicación e puntuación del test Del reloj en La enfermedad de Alzheimer. *Rev. de Neurolog.* 1999; 28(7):648-55.
23. Powlishtta KK, Von Dras DD, Stanford A, Carr DB, Tsering C, Miller JP, et al. The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology*. 2002; 59:898- 903.

Puericultura na Atenção Primária à Saúde: do contexto histórico as contribuições do enfermeiro

Childcare in Primary Health Care: from the historical context the contributions of nurses

Larissa Christiny Amorim dos Santos¹; Wanderson Alves Ribeiro²; Bruna Porath Azevedo Fassarella³; Keila do Carmo Neves⁴; Ana Lúcia Naves Alves⁵; João Victor Martins Saraiva⁶; Amanda de Araujo Franco⁷; Pedro Oscar Lopes Salvati⁸; Etyelle Silva de Oliveira⁹; Naiara Yasmim Pereira Marques¹⁰; Thiago Moreira das Viagens¹¹; Júlio Gabriel Mendonça de Sousa¹²

Autor correspondente: Larissa Christiny Amorim dos Santos. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: amorimlari224@gmail.com

13. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: amorimlari224@gmail.com
14. Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação da UNIG. E-mail: nursing_war@hotmail.com
15. Enfermeira. Mestre em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e Pós-graduação da UNIG. E-mail: brunaporath@gmail.com
16. Enfermeira. Pós-Graduada em Nefrologia; Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. E-mail: keila_arcanjo@hotmail.com
17. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutoranda na Facultad de Humanidades Y Artes. Universidad Nacional de Rosario, UNR, Argentina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIG. E-mail: ananaves.alna@gmail.com
18. Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: joaomartinsaraiva2@gmail.com
19. Enfermeira graduada pela Universidade Iguaçu. E-mail: amanda.af3@gmail.com
20. Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: lopespedrooscar@gmail.com
21. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: etyelle.oliveira@live.com
22. Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: naiaranobell@gmail.com
23. Acadêmico do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Iguaçu. E-mail: thiagomoreiradasvirgens@gmail.com
24. Acadêmico da Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: julioqgabriel33@gmail.com

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo que tem como objeto de estudo as contribuições do enfermeiro na puericultura na atenção primária à saúde e objetivou em compreender as contribuições do enfermeiro na consulta de puericultura na atenção primária à saúde; descrever os aspectos históricos sobre a saúde da criança na puericultura e refletir sobre as políticas públicas sobre a puericultura. Como metodologia, utilizaram-se artigos publicados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de informações LILACS, BDENF, MEDLINE e SCIELO, com recorte temporal de 2008 a 2018. A puericultura pode ser definida como um conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, desde o período da gestação. Os enfermeiros conseguem identificar as ações que precisam ser realizadas em uma consulta de puericultura, de forma sistemática e humanizada. Conclui-se que, a consulta de puericultura é de grande relevância para o processo saúde-doença e ainda, para o desenvolvimento da criança, gerando ações com objetivo de promover saúde e prevenir doenças.

Descritores: Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

Abstract

This is a bibliographical research of qualitative approach and descriptive character that has as its object of study the contributions of nurses in childcare in primary health care and aimed to understand the contributions of nurses in childcare consultation in primary health care; describe the historical aspects of child health in childcare and reflect on public policies on childcare. As methodology, articles published in virtual database were used. For this, we used the Virtual Health Library, in the databases LILACS, BDENF, MEDLINE and SCIELO, with timeframe from 2008 to 2018. Childcare can be defined as a set of techniques employed to ensure the perfect physical, mental development. and moral of the child, since the gestation period. Nurses can identify the actions that need to be performed in a childcare consultation, in a systematic and humanized manner. In conclusion, childcare consultation is of great relevance to the health-disease process and also to the child's development, generating actions aimed at promoting health and preventing disease.

Keywords: Child health; Primary health care; Nursing

INTRODUÇÃO

A puericultura pode ser definido como um conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, desde o período da gestação.¹ Esta definição abrange os diferentes aspectos que devem ser abordados quando falamos sobre saúde, entre eles os biológicos, psicológicos e sociais. O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim

distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida².

Corrobora-se que, a puericultura surge como ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância.³

Autores apontam que as crianças menores de um ano que são levadas à consulta de enfermagem em puericultura podem apresentar problemas relacionados ao aleitamento materno, à candidíase oral e perineal, à dermatite irritativa das fraldas, entre outros. Eles podem ser manejados de forma simples e ser solucionados através de orientações fornecidas pelo enfermeiro durante a puericultura.³

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil. Com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida e assim, reduzir as taxas de mortalidade.⁴

No que diz respeito à redução das taxas de mortalidade infantil, houve uma redução expressiva nos últimos tempos, como relata o Ministério da Saúde, o número caiu de 18,6 mortes por cada mil crianças nascidas vivas em 2010 para 16,9 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. Em relação aos últimos 20 anos, a queda ainda mais expressiva: 68,5%, passando de 54 mortes por mil nascidos vivos em 1990 para 16,9 em 2012.⁵

Esta redução, sem dúvidas também se deve as ações de saúde implementadas nos diferentes âmbitos do setor, tais como: Rede Cegonha, aleitamento, saúde na escola e na creche. Estas atividades voltadas ao cuidado da criança difundidas no país têm atingido as metas estabelecidas no Desenvolvimento do Milênio, antes dos prazos estabelecidos por este.⁵

Sendo a consulta de puericultura, uma das ações importantes tanto para o sistema de saúde, como a construção do vínculo entre a família, a criança e o profissional de saúde, para garantia da continuidade eficaz do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.⁶

Contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida.⁴ Ademais destacam que no Brasil, o principal agente responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde tem sido o enfermeiro⁷.

O enfermeiro, quando atua junto à clientela infantil, deve considerar as diversas dimensões inter-relacionadas à saúde das crianças às quais assiste, afastando-se de uma intervenção restrita à clínica biológica apresentada.⁷ Dentro dessa perspectiva, o desenvolvimento da criança tem sido enfatizado e valorizado no contexto da família. As relações parentais podem estar relacionadas a problemas no desenvolvimento cognitivo, social e do desempenho escolar da criança.⁸

Em consonância ao contexto, o vínculo é importante fator de proteção para o desenvolvimento, da mesma forma que uma relação desestruturada na família pode ser um fator de influência negativa.⁴ Estudos mostram que a relação de apego, principalmente no primeiro ano de vida, está intimamente ligada ao desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança. Estimular esse vínculo é um papel importante da equipe de enfermagem.⁷

Vale destacar, que o enfermeiro é um dos profissionais de relevância para a continuidade da assistência em saúde as diferentes populações, em destaque neste estudo a população infantil. Sendo ele fundamental na execução de ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde destas crianças. Mas como toda prática assistencial de qualidade, necessita de competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo profissional, visando à garantia do atendimento de qualidade e eficaz.⁹

Diante da problemática apresentada pode-se destacar como objeto de estudo as contribuições do enfermeiro na puericultura na atenção primária à saúde.

Para tal, traçou-se a seguinte questão norteadora: Quais são as contribuições do enfermeiro na consulta de puericultura na atenção primária à saúde?

Diante disso, a pesquisa tem como objetivos compreender as contribuições do enfermeiro na consulta de puericultura na atenção primária à saúde; descrever os aspectos históricos sobre a saúde da criança na puericultura e refletir sobre as políticas públicas sobre a puericultura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa e caráter descritivo. Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida com auxílio de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Contudo em grande parte dos estudos seja exigido algum tipo de trabalho deste gênero, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas.¹⁰

Os dados foram coletados em base de dados virtuais. Para tal utilizou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na seguinte base de informação: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciência da Saúde (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), dentre outros, no período de fevereiro à março de 2018.

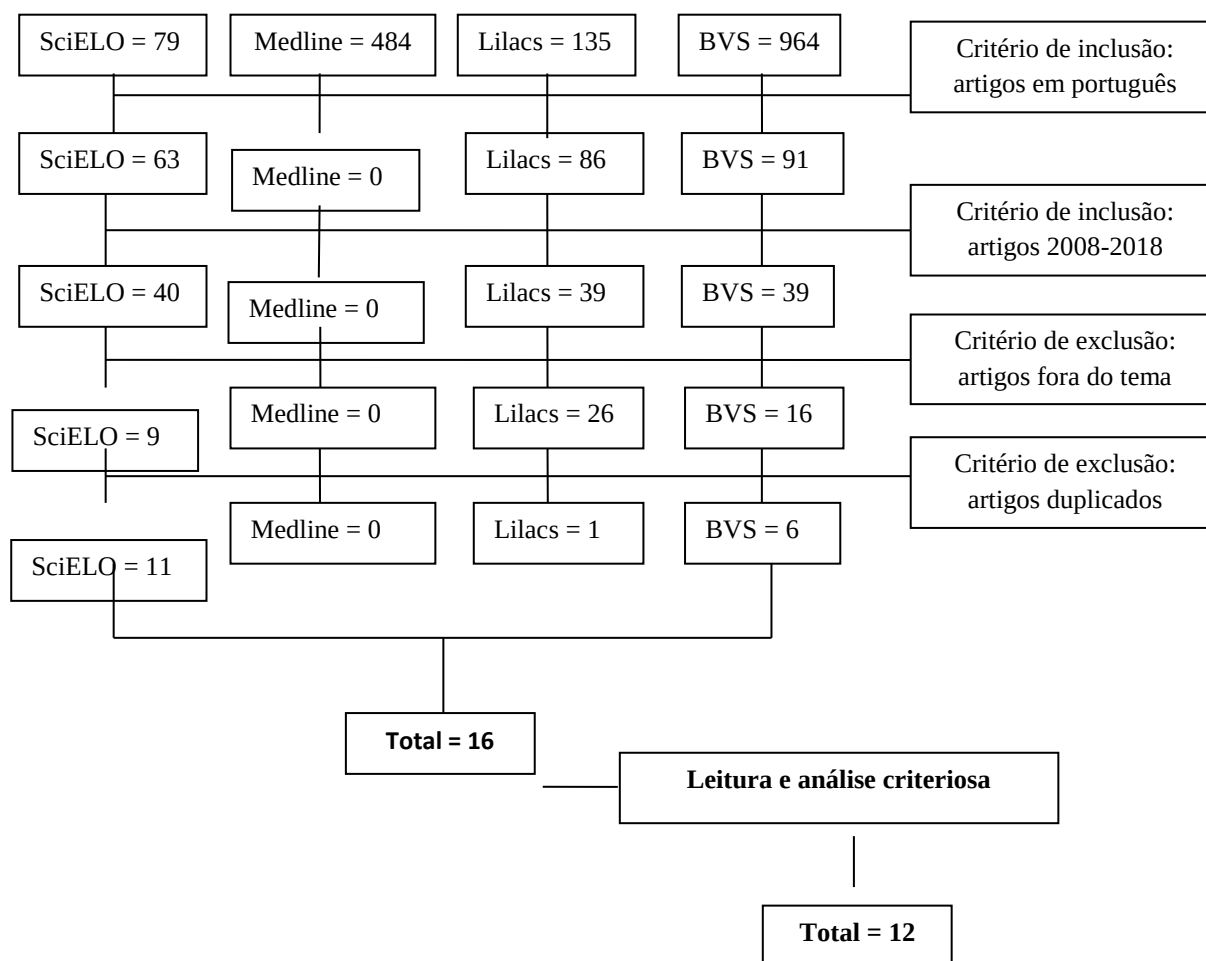
Optou-se pelos seguintes descritores: Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Enfermagem que se encontram nos Descritores em Ciência da Saúde (DECS).

Estabeleceu-se então para a realização da pesquisa os critérios de inclusão: textos na íntegra e em português com abordagem da temática estabelecida e que obedecessem ao recorte temporal de 2008 a 2018 e como critérios de exclusão, os textos incompletos e em língua estrangeira, textos que não abordassem a temática estabelecida e com recorte temporal inferior a 2008.

Cabe mencionar que os textos em língua estrangeira foram excluídos devido o interesse em embasar o estudo com dados do panorama brasileiro e os textos incompletos, para oferecer melhor compreensão através da leitura de textos na integra.

Após a associação de todos os descritores foram encontrados 1.403 artigos, excluídos 1.391 e selecionados apenas 12.

Figura 1 - Fluxograma das publicações conforme as bases de dados, Scielo, Medline, Lilacs e BVS.



Fonte: Construção dos autores, 2019.

ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Subsequente a esta seleção, foi realizado uma leitura reflexiva dos artigos, onde descreveram-se os resultados encontrados nesta leitura e, ainda, uma discussão sucinta relacionada aos achados.

Posterior à leitura reflexiva dos ensaios supracitados emergiram três categorias: Aspectos históricos sobre a saúde da criança e puericultura; políticas públicas sobre a puericultura; A consulta de puericultura realizada por enfermeiro.

Aspectos históricos sobre a saúde da criança e puericultura

Para a compreensão sobre os aspectos históricos que permeiam o surgimento da puericultura, faz-se necessário um resgate amplo do contexto social e sanitário que se encontrava o mundo. Assim, no final do século XIX, sobre a criança, diferentes profissionais passavam por dificuldades de amparar esta população em relação às questões de saúde, educação e outros.¹¹

A infância constitui uma das fases mais significativas da vida para o ser humano, pois nesta época acontece o desenvolvimento de funções vitais, além da percepção da realidade a qual estamos inseridos, por meio disto conquistamos experiências e competências mais complexas. A fase inicial da vida é uma etapa extrema importância, pois a partir desta ocorre o crescimento e evolução infantil.¹²

Percebe-se que historicamente, as crianças não eram valorizadas pelos diferentes âmbitos da sociedade, uma vez que eram vistas como “adultos em miniatura” e era tratada de tal maneira, que a infância era uma fase que todo homem em evolução deveria passar. Mesmo sendo de famílias burguesas ou de famílias humildes, as crianças refletiam as estruturas internas adquiridas com suas famílias.¹¹

As mudanças que acontecem na criança ocorrem por meio de princípios biológicos e de transformações intelectuais. Os processos biológicos são manifestados pelas medidas antropométricas bem como aspectos genéticos, metabólicos e externos. Já a transformações intelectuais, apresenta-se através do crescimento, maturidade, conhecimento e fatores psicológicos e sociais.¹²

Todos os aspectos ensinados às crianças eram repassados pelos pais. Com o início da fase industrial, as crianças deixaram de ter a educação e cuidado exclusivamente pelos pais e passaram a serem cuidadas pelas criadeiras. Nestas dificuldades dos trabalhadores que se instalaram no país e as demandas sociais. Neste período surgiram as primeiras instituições de assistência e proteção à criança.¹¹

A instituição de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (IPAI-RJ) foi criada por Moncorvo Filho 1889 e ao longo dos anos foram surgindo filiais em todo o Brasil, com o foco de acalmar os anseios dos trabalhadores industriais, visando à higienização e forma de utilização dos alimentos, um exemplo, a fervura do leite passou a salvar milhares de crianças no Brasil.¹¹

Porém, de forma gradativa aumenta-se na sociedade, a compreensão sobre a relevância da criança, suas características de crescimento e desenvolvimento, e que se faz necessário uma infância com qualidade de vida e saúde, que refletirá em todas as etapas de vida que se seguem.¹¹

Porém, este estudo atenta-se aos aspectos voltados a assistência da criança, que começou a se transformar também no final do século XIX, ocorrendo em 1922, o 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância que foi realizado no Rio de Janeiro, instituiu-se que o dia 12 de outubro seria a comemoração do dia da criança.¹¹

Durante o Estado Novo foi criado o departamento nacional da criança (1940) e, paradoxalmente, considerando a centralização política desse período, a proposta desse departamento implicava em participação ativa da sociedade, sobretudo de médicos, professores, autoridades públicas e mulheres.¹³

Neste contexto, também se percebeu a necessidade de uma evolução social, e assim iniciaram as primeiras inquietações para a construção de políticas públicas no país. E o Ministério da Educação e Saúde lançou a proposta de criação da Casa da Criança em 1946 e esta tinha o objetivo de cuidar desta criança, possibilitando a redução da mortalidade infantil.¹¹

Ainda com a ideia de redução de mortalidade infantil, o governo criou a Campanha Educativa com o objetivo de “formar uma mentalidade voltada para o bem-estar da criança, evitar a mortalidade infantil a materna, fortalecer a vida familiar elevar o nível social e despertar e estimular o amor a terra. E a partir destas campanhas, começaram a ser difundidos “os preceitos de higiene e puericultura.”¹¹

O Ministério da Saúde passou a estabelecer a partir de 1984, ações voltadas a garantia de acesso da criança a assistência à saúde, redução das morbimortalidades, abrangendo mais que mortalidade infantil, uma vez que o caráter que se prezava era o preventivo.¹⁴

E para o alcance desta meta, priorizava ações básicas de saúde: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, prevenção e controle das doenças diarreicas prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; e controle de doença imunopreveníveis por vacinas.¹⁵

Os manuais e livros de puericultura que surgiram, traziam objetivos para serem utilizados pelos profissionais. Um destaque para o livro de Higiene da Criança, o livro Consultas Práticas de Higiene Infantil, o livro Prepara teu filho para a vida e o manual ABC das Mães.¹⁶

O livro de Higiene da Criança tinha como objetivos: “divulgar os princípios da higiene infantil de modo a contribuir para a redução das elevadas taxas de mortalidade infantil e favorecer a formação de indivíduos saudáveis, em condições de contribuir para o desenvolvimento da nação”.¹⁶

Consultas Práticas de Higiene Infantil, também com a abordagem parecida, é um dos livros mais antigos, escrito pelo Dr. Fernandes Figueira e publicado em 1919, como um conjunto de respostas as consultas de puericultura que realizava.¹⁶

O livro *Prepara teu filho para a vida*, tinha um diferencial, não abordava temas de higiene, mas voltadas à saúde mental e física da criança, tendo como principais características do recém-nascido, amamentação, alimentação, banho, organização do enxoval e do quarto, passeios e vida ao ar livre, desenvolvimento físico e mental, formação de hábitos e disciplina, doenças frequentes etc.¹⁶

E o manual *ABC das Mães*, que tratava sobre ser tardio iniciar a assistência e o cuidado a criança somente após o nascimento. Mas por ser um manual mais voltado às mães, consideravam a importância da qualidade de saúde do bebê, mais extrapolavam questões de puericultura.¹⁶

Políticas públicas sobre a puericultura

Como marco mundial para iniciar a descrição das políticas públicas criadas no Brasil, que abordavam a saúde da criança, temos a Declaração de Alma-Ata de 1978 publicada pela Organização Mundial da Saúde “ao eleger a Atenção Primária à Saúde como estratégia de planejamento, funcionamento e programação para os serviços de saúde visando à Saúde para todos no ano 2000 passa a influenciar fortemente políticas de saúde em vários países, inclusive no Brasil”.¹³

Em 1980, surgem as Ações Básicas de Saúde na Atenção Integral à Saúde da Criança, definindo normas e prioridades para o desenvolvimento destas ações, que agrupavam os eixos dos serviços prestados no Brasil. Em 1983 é lançado, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), direcionado as ações de integralidade da mulher nos diferentes ciclos da vida.¹³

E o marco nacional de transformação sanitária, redemocratização do país, na criação do sistema único de saúde (SUS), em 1988. O SUS trouxe os princípios da equidade, acesso universal a todos os níveis de atenção, a integralidade das ações, controle social.¹⁷

Em 1990 a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, considerando que a criança é aquela pessoa até doze anos de idade incompletos. Em 2000, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento, com propostas de reorganização do cuidado à mulher, ampliando o acesso e a qualidade.¹⁷

A consulta de puericultura realizada por enfermeiro

Autores destacam o profissional enfermeiro, como o principal agente responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde. A realização parcial destas atividades que acompanham o desenvolvimento e crescimento infantil pode comprometer a qualidade do atendimento, e a dificuldade de entender as orientações pode desmotivar o retorno das mães as consultas.⁷

Então, antes de tudo, faz-se necessário uma boa relação interpessoal do profissional com as mães. E quando bem orientadas refletem na adesão aos tratamentos e acompanhamento clínico, contribuindo para a detecção precoce de fatores riscos e agravos de saúde.¹⁸

Neste nível de assistência, o enfermeiro, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença, revelando forte componente interacional e educativo.³

A consulta de enfermagem à criança é uma atividade privativa do enfermeiro de acordo com a Lei 7.498/86 tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde.¹⁹

É possível identificar em estudos, que os enfermeiros conseguem identificar as ações que precisam ser realizadas em uma consulta de puericultura, de forma sistemática e humanizada. Através da consulta de enfermagem, o profissional consegue obter uma avaliação mais abrangente da criança, além de observar as intercorrências e queixas prestadas pela criança/mãe atendida, busca compreender todo o estado de saúde da criança.¹⁹

São prezadas na consulta a garantia das informações acerca do peso, medida e exame físico completo; o crescimento e desenvolvimento; a carteira de vacinação (partes não preenchidas, vacinas atrasadas e outros); acompanhamento profissional desde a gestação. Os enfermeiros também destacam a importância das etapas da consulta para assistência da criança e atenção a mãe, para que seja considerada humanizada.¹⁹

Algumas ações de humanização na consulta são a garantia de ambiente confortável e com privacidade, dar atenção à criança e a família, manter a criança no colo da mãe, examinar a criança de acordo com a vontade dela. Também se aplica na consulta de puericultura a estratégia de mudanças individuais e coletivas, no que se refere às dificuldades do dia-a-dia das mães com ações de higienização, a importância do aleitamento, entre outros.¹⁹

Estabelecem-se os vínculos com a família, e aumenta a confiança mútua entre eles, facilitando o aceite de sugestões das mudanças para o cuidado em saúde e autocuidado. Sendo as consultas nas Unidades de Saúde da Família ou em visitas domiciliares, o vínculo será um fator contributivo para o enfermeiro. O enfermeiro realiza uma vigilância da saúde da criança, quando realiza uma adequada consulta de enfermagem, e contribui para qualidade de vida das crianças.¹⁹

CONCLUSÃO

Conclui-se que, a consulta de puericultura é de grande relevância para o processo saúde-doença e ainda, para o desenvolvimento da criança, gerando ações com objetivo de promover saúde e prevenir doenças, dando foco na avaliação do crescimento e na educação em saúde com os responsáveis pois, através da puericultura é possível construir vínculo com os responsáveis pela criança a fim de, diminuir ou trucidar as inquietações.

Conclui-se ainda que, enfermeiros na consulta de puericultura seguem algumas as recomendações preconizadas nas Diretrizes de Atenção à Saúde da Criança no que se refere à prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento de agravos. Frente a isso, nota-se que o

enfermeiro tem grande responsabilidade assistencial e, é necessário implementar capacitações para educação continuada desse profissional, para melhor compreender as necessidades da criança e ainda, os manejos e adequação da linguagem para orientar os responsáveis.

REFERÊNCIAS

1. Cegalla DP. *Dicionário escolar da língua portuguesa*. 2 ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 2008.
2. Vieira DDS, Santos NCCDB, Nascimento JAD, Collet N, Toso BRGDO, Reichert APDS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2018;27.
3. Gauterio DP, Irala DDA, Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Revista Brasileira de enfermagem*, 2012;65:508-513.
4. OPAS - Organização Pan-americana da Saúde. *Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI*. Washington: OPAS; 2005.
5. Ministério da Saúde. *Brasil reduz em 77% a taxa de mortalidade na infância*. Saúde da criança. 2013. Portal Brasil.
6. Moura RS, Saraiva FJC, Santos RFM, Porfiro ABV, Leite GF, Felippu, JSTM. Diagnóstico e intervenções de enfermagem durante as consultas de puericultura: Relato de experiência. *Olhares Plurais- Revista Eletrônica Multidisciplinar*, 2015;2(13).
7. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCDC, Mello DFD. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2012;65:148-154.
8. Cia F, Pereira CDS, Prette ZAP, Prette, A. Habilidades sociais parentais e o relacionamento entre pais e filho. *Psicologia em estudo*, 2006;11: 73-81.
9. Marques, DKA, Nóbrega MMLD. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para adolescentes hospitalizados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2009;13(3):372-380.
10. GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
11. Alves HAB, Medeiros DAC. Assistência no brasil: conceitos, aplicações, objetivos e resultados. *Revista Científica e-Locução*, 2012;1(02):23-23.
12. Ferreira MGC, Gomes MFP, Fracolli LA. Aleitamento materno: orientações recebidas por gestantes acompanhadas pela estratégia saúde da família. *Revista de Atenção à Saúde*, 2018;16(55):36-41.
13. Santos, R. C. K. D., Resegue, R., & Puccini, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano*, 2012;1:160-165.
14. Araújo JP, Silva RMMD, Collet N, Neves ET, Tos BRGDO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista brasileira de enfermagem*, 2014;67:1000-1007.
15. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2007;20:55-61.
16. Lima ALG. A recepção higiênica do bebê: um estudo a partir de manuais de puericultura publicados no Brasil entre 1918 e 1968. *Proceedings of the 7th Formação de Profissionais e a Criança-Sujeito*. 2018.
17. Ministério da Saúde. *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; (Serie A - Normas e Manuais Técnicos), 2005.
18. Malaquias TDSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015;36:62-68.
19. CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2011.

Tuberculose: A análise da contaminação dos detentos e o custo financeiro para o sistema prisional

Joana Maria de Souza¹; Marília Salete Tavares²; Izabella Cristina Souza do Nascimento³

- 1- *Graduação em Enfermagem (2004), Especialização em Enfermagem psiquiátrica e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007), mestrado profissional em ensino de ciência da saúde e do meio Ambiente pelo Centro Universitário Anhanguera de Niterói (2016), Doutorado em Administração e Gestão de Saúde Pública pela Universidade Columbia Del Paraguai (2019).*
- 2- *Fisioterapeuta, Especialização em Ergonomia pela Universidade Estácio de Sá, Fisioterapeuta do trabalho na Universidade Iguaçu e participante do Grupo de pesquisa GPqSE - Grupo de Pesquisa em Saúde e Envelhecimento. Email:mariliasalete@gmail.com*
- 3- *Graduação em Biomedicina pela Universidade Unigranrio (2020). Especialização em Musculação e Treinamento de Força pela Universidade Federal do Rio de Janeiro(em curso)*

RESUMO

O aumento da tuberculose em presídios vem sendo descrito como um alarmante problema de saúde pública em muitos países. A prevalência de tuberculose entre detentos pode ser até 50 vezes maior do que as médias nacionais. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico, diagnóstico e custos financeiros no tratamento dos detentos contaminados com tuberculose. Metodologia: O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa humana, número do protocolo 83444517.1.0000.5291. Foi realizada uma pesquisa em documentos oficiais para conhecer o perfil dos detentos e identificação dos custos da saúde na penitenciária em estudo. Foi realizada uma pesquisa de campo com coleta da amostra biológica tipo escarro para realização do exame cultura para identificar detentos com tuberculose já instalada e sem o diagnóstico. Resultados: Identificamos que os documentos da Penitenciária e do Ministério da Saúde não informam o real custo médio de um indivíduo com a bactéria, pois não consideram o custo de recursos humanos, exames, hospitalizações, atividades dos centros de suporte, transporte, entre outros custos. Quanto às características dos detentos com tuberculose, identificamos que os mais acometidos são jovens, entre 20 e 39 anos e negros. Conclusão: O diagnóstico e tratamento da tuberculose em pacientes privados de liberdade são muitas vezes tardios, podendo levar a sequelas importantes. Deve-se estabelecer a prática de investigar a possibilidade da contaminação por tuberculose tanto no momento da inclusão, como também em rotina periódica para a população inserida no sistema prisional.

PALAVRAS-CHAVE

Tuberculose; Sistema prisional; *Micobacterium tuberculosis*, Tuberculose em PPL; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A população reclusa, negligenciada em seus cuidados básicos de saúde enfrenta vários fatores de risco a saúde, tais como: Condições insalubres; stress oriundo do encarceramento, uso potencial de drogas e violência. Irregularidades das mais diversas são encontradas no cotidiano das prisões brasileiras, desde pequenas ilegalidades até graves violações de direitos humanos^{1,2}.

A vulnerabilidade social é um fator determinante para o lançamento de certos indivíduos no sistema carcerário, uma vez que esta condição social os transforma em seres considerados “perigosos”. Nesse contexto, compreende-se que a prisão, antes de uma instituição disciplinar, transforma-se em uma espécie de “depósito humano”, local destinado àqueles sujeitos considerados inservíveis ao modelo de produção/sociedade vigente³.

O Ministério da Saúde assevera que locais com espaços apertados, sujos, com pouca ventilação, completamente lotados são propícios para qualquer epidemia⁴. A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, essa bactéria consiste em uma patologia transmitida por meio da liberação de aerossóis pela pessoa que apresenta a forma bacilífera. Diversos aspectos potencializam os riscos de desenvolvimento da TB no sistema prisional; Fatores tais como: superlotação, condições sanitárias prejudicadas, baixo nível socioeconômico, pouca ventilação, desnutrição, indivíduos fumantes, alcoólatras, usuários de drogas^{5,6}.

Nesse contexto, as condições de confinamento estão diretamente associadas a transmissibilidade da bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que no ambiente prisional as chances de adoecimento são vinte e oito vezes maiores do que na população em geral^{5,6,7}. Somando-se a esses fatores, ainda é mais cruel as dificuldades de acesso à assistência médica e dificuldades quanto às ações preventivas ao acometimento das doenças infecto contagiosas^{1,2,6}.

Em termos da contaminação e infecciosidade de TB, a probabilidade de uma pessoa ser infectada na sequência de contato com um caso infeccioso é menor quando é diminuída a proximidade do indivíduo com o caso índice. Sendo assim, o número absoluto de pessoas que um caso infeccioso venha a infectar, sem ser por contato próximo é considerável e pode exceder o número de infectados entre aqueles originados dos contatos próximos. Dessa forma, aumenta-se a probabilidade de adoecimento que vai do sujeito mais próximo ao mais distante; às vezes, até tão distante, que não se percebe uma lógica causal do porquê de ter sido infectado, isto ocorre quando o número de contatos casuais de um caso infeccioso excede bastante o número dos contatos próximos susceptíveis ao caso bacilífero^{7,8}.

A detecção e o tratamento de casos são elementos centrais do controle da TB, especialmente nas prisões. Deve-se levar em conta o impacto da disseminação global do bacilo entre os familiares dos presos e profissionais no sistema prisional, nos custos envolvendo diagnósticos tardios com a descoberta da doença quando não há mais possibilidade de tratamento, casos mais graves com necessidade de internação com a doença já complicada ou em desfecho fatal, especialmente em relação ao acometimento de adultos jovens que contribuem para uma demanda crescente de casos com formas resistentes da bactéria causadora da doença e a perda do acompanhamento que também estão associadas a uma maior duração do tratamento^{7,8,9,10,11}.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de TB em 2017 foi de 72.770 e os coeficientes de incidência variaram de 10,0 a 74,7 casos por 100 mil habitantes. No ano de 2016, foram notificados 4.483 óbitos por TB, o que corresponde ao coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos por 100.000 habitantes⁹. Considerando que, a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade, além de ser uma responsabilidade do Estado, representa uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade sem exclusão. Impulsionado por essa problemática e entendendo que o cuidado em saúde deve ser uma prática integral sempre moldada as necessidades do público que se atende, é que este estudo buscou responder as questões norteadoras em seus objetivos.

Neste sentido, o objetivo do trabalho foi analisar a contaminação pela TB, bem como, as formas de contágio e os custos financeiros desses pacientes na unidade prisional. Conhecer o perfil dos detentos e realizar uma busca ativa de TB nos detentos de pouco tempo de ingresso na unidade prisional de uma penitenciária localizada na cidade do Rio de Janeiro, com o intuito de propor um protocolo de prevenção da TB no sistema prisional.

METODOLOGIA

Este estudo seguiu os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 e Resolução nº 510 de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contando com a autorização da coordenação do Hospital Sanatório Pena e da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária - SEAP para a realização do estudo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida, sob número de parecer 2.624.758 e CAAE 8344517.1.00000.5291.

A pesquisa é classificada como descritiva, exploratória, documental e de campo, com abordagem mista: qualitativa e quantitativa, ocorreu em uma penitenciária localizada na cidade do Rio de Janeiro, que pertence ao complexo do Gericinó, no bairro de Bangu. No sentido de dar embasamento ao tema da TB no âmbito da unidade prisional, foi realizado um levantamento bibliográfico em literatura especializada nas bases de dados Pubmed, BIREME, Scielo e o Lilacs., além de manuais e documentos do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Com a finalidade perceber os agravos da TB verificados no sistema prisional e para identificação dos custos da saúde e perfil dos detentos na penitenciária em estudo, foi realizada uma análise dos documentos relacionados ao cenário epidemiológico, diagnóstico, farmacológico e de controle. O estudo também contou com uma pesquisa de campo em que foi realizada coleta de amostra biológica do tipo escarro de detentos voluntários. Após a coleta do exame, a amostra foi levada para o laboratório do Sanatório Penal e iniciado o acompanhamento dos casos de TB. O ambulatório que presta os cuidados em saúde da população carcerária funciona de segunda à sexta-feira, de 9h: min às 17h: A equipe é composta de um médico, um dentista, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e conta ainda com as equipes dos programas de TB, hanseníase e Dvst/AIDS realizados uma vez por semana. A pesquisa alcançou toda população que apresentaram TB no ano de 2010 a 2018 e que foram submetidas ao tratamento da doença, que consistem em 422 detentos. Além de uma amostra da população que deu entrada na unidade prisional. de 30 a 90 dias anteriores ao início da pesquisa de campo.

A coleta de dados foi dividida em duas partes, sendo uma parte realizada através da análise documental, referente aos dados dos detentos da unidade prisional e outra parte, onde foi realizada a pesquisa de campo, através da coleta de amostra biológica, do tipo escarro dos detentos voluntários para realização do exame de cultura para busca do *M. tuberculosis*.

Depois de autorizado pela escola de gestão de saúde do sistema penitenciário do Rio de Janeiro e pelo comitê de ética de pesquisa foi verificado a Tabela Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, Programa Nacional de Combate à Tuberculose – PCNT, Manual de recomendações para o controle de TB entre outros documentos pertinentes ao tema no intuito de atender os objetivos traçados pelo estudo também foi feito um levantamento de dados dos livros de registros de pacientes e acompanhamento dos casos de TB no ambulatório do Hospital de TB no Sanatório Penal durante os meses de abril a agosto de 2018.

Foram analisadas as seguintes variáveis: Idade; Raça/cor; Início do tratamento; Entrada no sistema carcerário; Entrada em Bangu II. Para cálculo da amostra referente à análise documental foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: internos que iniciaram o tratamento para TB; maiores de 21 anos de idade; que constam no livro de registro de dados de pacientes e acompanhamento de casos de TB. E critérios de exclusão: dados incompletos; internos que não pertencem a Bangu II. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão chegamos a uma amostra para análise documental de 344 voluntários ($n = 344$). Para cálculo da amostra referente à pesquisa de campo, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: detentos voluntários com 30 dias de entrada no presídio e voluntários com até 90 dias de entrada no presídio. E critérios de exclusão: detentos voluntários que não estavam presentes nos dias da coleta.

A pesquisa de campo foi realizada junto a detentos voluntários que aceitaram participar da pesquisa, assinaram TCLE e que possuíam de 30 a 90 dias de permanência no presídio, levando em consideração que o Ministério da Saúde e CVE/SP (s/d) afirmam que o período de incubação do *M. tuberculosis* é de 4 a 12 semanas, optou-se por dividir a amostra em 2 grupos, sendo o grupo 1 com 30 dias de permanência no presídio e o grupo 2 com até 90 dias de permanência⁴. O exame de Cultura é um procedimento que permite a multiplicação e o isolamento de bacilos álcool-ácido resistente (BAAR) a partir da semeadura da amostra clínica, em meios de cultura específicos para microbactérias e possui alta especificidade. É um método sensível e específico para o diagnóstico das doenças causadas por microbactérias, principalmente para a TB pulmonar e extrapulmonar, porém é um exame demorado, pois seu resultado leva em torno de 45 a 60 dias¹².

Inicialmente conseguiu-se um número considerável de 532 detentos voluntários, porém após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão chegamos a uma amostra para análise da pesquisa de campo que foi de 112 voluntários ($n = 112$). Estes foram divididos em dois grupos:

Grupo 1 – com até 30 dias de entrada no presídio, 27 detentos voluntários.

Grupo 2 – com até 90 dias de entrada no presídio, 85 detentos voluntários.

Com isso, na segunda semana do mês de abril de 2018, foi realizada a coleta das amostras biológica, do tipo escarro, para a realização do teste de cultura para verificação da presença do *M. Tuberculosis*, pois além de ser aceita para o exame de cultura, é uma amostra simples de ser coletada.

Essa amostra foi acondicionada em frasco coletor estéril de plástico (instrumento de coleta) para realização do exame de cultura no laboratório do Sanatório Penal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para avaliar o custo financeiro dos doentes a partir da TB dentro do sistema prisional, usou-se a pesquisa bibliográfica onde autores informam o custo médio do paciente com TB.

Um estudo sobre o gasto do governo com o tratamento da TB, para cada tratamento de um caso novo de TB é gerado em média um custo de R\$ 293,91 para o Sistema de Saúde. O mesmo ainda relata que o custo médio para a família é de R\$ 3.119,40, o que compromete a renda da família. Essa perda é relativa a incapacidade temporária do indivíduo acometido pela TB, que no início do tratamento não deve exercer atividade laboral. O autor ainda destaca as perdas intangíveis que não podem ser mensuradas e, por isso, sugere maior empenho dos gestores e profissionais de saúde no controle da doença a fim de amenizar o impacto financeiro nas famílias e no governo¹³. Outro estudo relatou um custo de tratamento da TB pelo serviço de saúde de R\$ 186,00, além de afirmar que o tratamento da TB multirresistente é 27 vezes mais alto¹⁴.

Das internações hospitalares registradas em Natal, município localizado na região Nordeste do Brasil, foram identificados 569 casos de internações por TB: 97,4% na forma pulmonar; 62,0% entre 30 e 59 anos; 77,7% masculino; 87,3% mulato. No total das internações, 13,4% morreram e 17,9% foram readmitidos. No total, foram gastos US \$ 470.370,07 em internações evitáveis e reinternações por TB, com um custo médio anual de US \$ 78.395,01, valores medianos de US \$ 392,70 por internação e US \$ 1.342,19 por reinternação¹⁵.

Se comparado com outros países podemos verificar que o custo do tratamento da TB no Brasil não é tão oneroso e que o investimento maior deve ser na área de prevenção e promoção. Na pesquisa documental foi identificado valores de pagamento do SUS aos estabelecimentos de saúde descritos na Tabela Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Além da tabela, foi usada a tabela online disponibilizada no site do Ministério da Saúde para verificar se houve algum outro reajuste de valores¹⁶. De acordo com o Ministério da Saúde – Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (2013) o diagnóstico da TB, através do exame de baciloscopia direta ou exame de BAAR, é caracterizado como de média e alta complexidade, segundo o tipo de financiamento, possuindo um custo, para o SUS, de R\$ 4,20¹⁶.

O exame de cultura, muitas vezes feito para confirmar os resultados obtidos no exame de baciloscopia, é caracterizado como exame de média e alta complexidade, possuindo um valor de custo para o SUS de R\$ 5,62 por exame, segundo Tabela Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS e confirmado pelo DATASUS¹⁶.

Ainda através do site do Ministério da Saúde é possível verificar o valor pago pelo SUS as Unidades de Atendimento em Saúde pelo procedimento 0303010215 que se refere ao tratamento de TB (infecção por *M. tuberculosis* e *M. bovis* em todas as suas formas clínicas e localizações, sendo caracterizada como de média complexidade no valor de R\$ 82,46. No entanto, os valores acima

descritos não informam o custo médio de tratamento, visto que não incluem custo de recursos humanos e tratamento diretamente observado, suas hospitalizações, atividades dos centros de suporte, transporte, exames de imagem entre outros custos¹⁶.

Para conhecer o perfil dos detentos de uma unidade prisional nos anos de 2010 a 2018”. Foi realizada uma pesquisa documental para identificar o número de detentos da penitenciária em questão, no período de 2010 a 2017. Além do número de detentos, foi possível identificar através do instrumento de coleta de dados, o número de detentos com TB que seguem em tratamento na unidade prisional. Observamos também que, ao longo dos anos houve um aumento progressivo de detentos, com destaque para o ano de 2016, onde se pode observar um pico no número de detentos. Na tabela 1, podemos observar o número médio por ano de detentos e o número de infecção de detentos por TB no período de 2010 a 2017. Os totais são referentes à quantidade de presos no último dia de cada ano, pois durante o ano existe uma movimentação de presos, tornando os totais flutuantes de mês para mês ou de semana para semana. Devido a esse fato, o ano de 2018 não foi incluído.

Tabela 1 –

Número de detentos por ano e por contaminação por TB no período de 2010 a 2017

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Número de detentos	1077	1123	1671	1359	1895	2068	2870	2662	Media anual 1841
Detentos com TB	9	22	18	29	19	48	42	112	Total 299

Fonte: Dados do autor, 2018.

Nessa tabela, podemos verificar um pico de infecção de detentos por TB no ano de 2017, esse alto índice pode ser reflexo do alto número de detentos nos anos de 2015, 2016 e 2017, conforme descritos na tabela, como sendo os anos de maiores concentrações de detentos na Penitenciária Alfredo Tranjan.

Na tabela 2, podemos verificar um predomínio de TB em adultos jovens com idade de 20 a 39 anos. Souza et. al. (2012) em seu estudo sobre TB no sistema prisional apresentou uma amostra em que, a maioria dos detentos contaminados possuíam idades entre 30 a 39 anos¹⁷. Minayo e Ribeiro (2016) corroboram ao relatar em seus estudos sobre as condições dos presos no estado do Rio de Janeiro, que 50% dos presos são analfabetos e em sua maioria são jovens entre 20 a 39 anos¹⁸.

Tabela 2 –

Idade dos detentos com tuberculose de 2010 a 2018

Idade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
20-39	7	16	5	22	13	47	40	110	45
40-59	2	6	1	5	6	1	2	2	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-
65-69	-	-	-	1	-	-	-	-	-
70-79	-	-	-	1	-	-	-	-	-
TOTAL	9	22	6	29	19	48	42	112	45

* 2018 – dados coletados até o mês de agosto.

Fonte: Dados do autor, 2018.

Na tabela 3, pode-se observar uma incidência maior de TB em negros, seguidos de pardos e brancos em menor número.

Tabela 3 –

Raça / cor dos detentos com tuberculose

Raça/ cor	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Branco s	2	2	5	3	2	9	7	21	8
Negro s	5	14	7	21	13	34	22	54	28
Pardos	2	6	6	5	4	5	13	36	9
TOTA L	9	22	18	29	19	48	42	111	45

* 2018 – dados coletados até o mês de agosto.

Fonte: Dados do autor, 2018.

Miranda e Cintra (2015) relatam no boletim epidemiológico sobre TB em PPL, Goiás, que existe uma forte associação da pobreza com TB, além das condições precárias como má nutrição, migração para comunidades de alto risco, stress que são fatores de risco, mas segundo os autores esses dados não seriam associados a cor ou raça ¹⁹.

Na tabela 4, é possível verificar o início do tratamento para TB entre detentos com menos de 30 dias de entrada na unidade prisional, para que se identifique se o número de detentos que já ingressaram na unidade prisional doentes. Podemos verificar que o número de detentos novos que chegam a unidade prisional de Alfredo Tranjan, já contaminados vem aumentando ao longo dos anos.

Tabela 4 –

Detentos em tratamento de TB com menos de 30 dias na unidade prisional no período de 2010 a 2018

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Detentos novos	1	0	3	3	5	7	11	13	10

* 2018 – dados coletados até o mês de agosto.

Fonte: Dados do autor, 2018.

Na tabela 4, podemos verificar que no ano de 2017 foi o ano que apresentou o maior número de detentos novos com TB. De Almeida e Garrido (2017), relatam em seu estudo a necessidade da busca da TB no momento do ingresso do detento na unidade prisional como forma de controle e redução de novos casos da doença²⁰.

Pesquisa de Campo

A busca ativa de TB em detentos que ingressaram a pouco tempo na Penitenciária Alfredo Tranjan, foi realizada com o exame de cultura. Não se utilizou os detentos com mais de 90 dias, pois geralmente esses detentos já passaram por algum tipo de atendimento do serviço médico do presídio. Durante o período anterior a realização dos testes de cultura, 432 detentos se mostraram dispostos a participar da pesquisa de campo. No entanto, por diversos motivos como; Verba para realização do exame de cultura insuficiente, transferência de detentos, ausência no momento da coleta entre outros só conseguimos fazer os testes em 112 voluntários. A coleta da amostra biológica, do tipo escarro, foi realizada na segunda semana de abril de 2018. Após a realização da coleta, as amostras foram encaminhadas ao laboratório do Sanatório Penal para a realização do exame de cultura. Os resultados na tabela 5, foram apresentados 45 a 60 dias após a data da coleta, entre os dias 28 de julho a 3 de agosto. Diante das crescentes taxas de TB, tanto em detento novo, como em detentos com longa permanência nos presídios, optou-se por dividir os detentos em dois grupos, sendo:

Grupo 1 – com 30 dias de entrada no presídio;

Grupo 2 – com 90 dias de entrada no presídio.

Diante dos resultados encontrados na tabela 5, podemos concluir que os detentos com até 30 dias que apresentaram resultado positivo, já deram entrada no presídio infectados com o *M. tuberculosis*. Os detentos voluntários com até 90 dias com resultado positivo para TB podem ter dado entrada no presídio, já infectados, como também, podem ter adquirido a doença no presídio.

Tabela 5 –

Tabela com resultado da aplicação dos testes

Ano 2018	Voluntários	Dias de entrada no presídio	Positivos	%
	27	- 30	4	15
	85	- 90	17	10
Total	112		21	

Fonte: Dados do autor, 2018.

De acordo com o Manual de recomendações para o controle de TB elaborado pelo Ministério da Saúde, a saúde da pessoa privada de liberdade (PPL) é garantida pelo Estado e de responsabilidade partilhada entre os Ministérios da Justiça e Ministério da Saúde, incluindo parcerias entre secretarias de saúde e de Justiça nas esferas estaduais e municipais⁹.

Cabe aqui reforçar a conclusão de estudos que relatam a necessidade da busca sistemática da TB no momento do ingresso do detento na unidade prisional, a fim de promover o combate e controle da doença nos presídios²⁰. Outros complementam relatando também a importância, não só da busca ativa, mas também das ações que promovam humanização dos PPL e funcionários do sistema prisional¹⁸.

Segundo dados do Ministério da Saúde cerca de 1 para cada 4 indivíduos no sistema prisional estejam infectados pela *Mycobacterium tuberculosis*. O alto número de infecções causadas pela *Mycobacterium tuberculosis* contribuem para uma demanda crescente de casos com formas resistentes da bactéria causadora da doença⁴.

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, foi possível observar os diversos aspectos envolvidos na assistência de saúde a pessoa privada de liberdade. Nesta prática, também foram notáveis as deficiências da assistência, como a falta de equipamentos e materiais adequados, demora na realização das avaliações e exames, demora na liberação de medicamentos e suspensão do tratamento. A complexidade e dificuldade de tratamento vivenciado pela população carcerária acometida pela TB tem levado ao desenvolvimento de diversos estudos com o objetivo de analisar o impacto desta condição sobre a vida das pessoas sob diferentes aspectos^{1,2,5,6}.

Todas essas dificuldades podem contribuir para o maior número de infectados pela TB na população reclusa, que permite disseminar infecções ao longo do tempo aos familiares dos detentos, nas comunidades vizinhas, assim como também na comunidade em geral. A precariedade de vida e a escassez de acesso à informação, consequência da baixa escolaridade, aumentam a vulnerabilidade à TB. A baixa escolaridade pode influenciar negativamente a compreensão sobre a importância do tratamento correto e os riscos do abandono da terapia antiTB, gerando ulteriores obstáculos para a eliminação da doença, colaborando assim para o aumento da geração de cepas resistentes aos fármacos antiTB^{19,20,21,22}.

Levando em consideração os altos índices de TB nos presídios e aos resultados obtidos no presente estudo, recomenda-se um protocolo de acolhimento ao detento em sua entrada na unidade Prisional de Alfredo Tranjan, onde seja feito um exame de enfermagem, com anamnese apurada, além da coleta de amostra biológica do tipo escarro para que seja feito a cultura para detecção do *M. tuberculosis*.

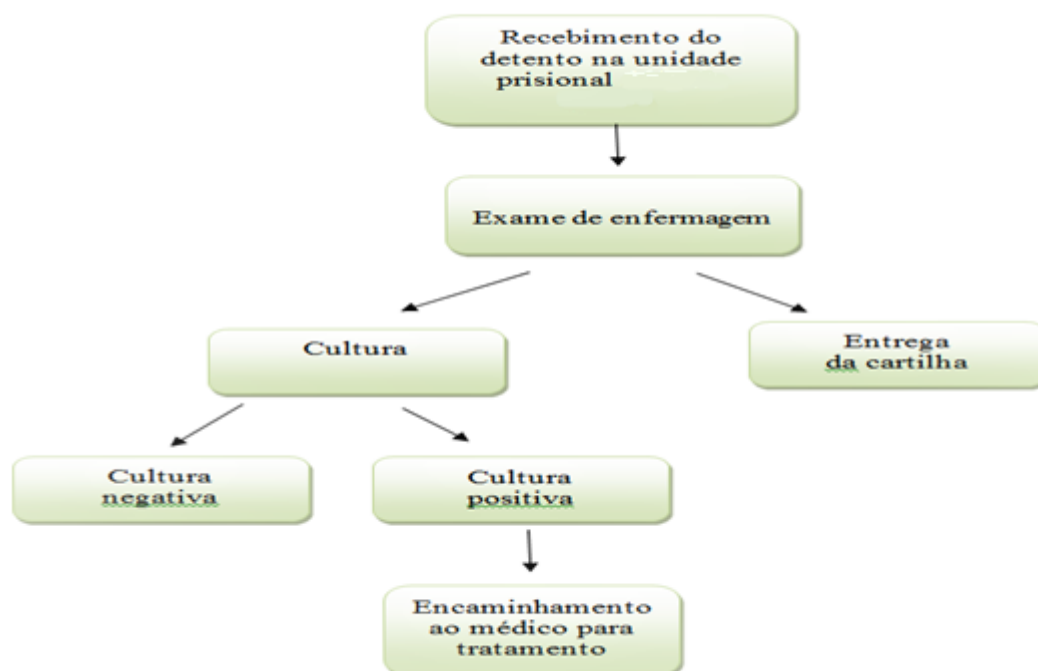
A aplicação do teste de diagnóstico, no caso a cultura, para o detento recém-ingresso na unidade prisional é de fundamental importância para combate e controle da TB, pois já identificaria os detentos novos que já chegam infectados com a TB, podendo esses ser assintomáticos. Outra vantagem quanto ao uso do exame de cultura, é o seu baixo custo e sua alta especificidade^{20,21}.

A vantagem em se diagnosticar o indivíduo portador de TB o quanto antes é que um indivíduo bacilífero, pode infectar em média 10 a 15 pessoas e identificando este indivíduo e iniciando o esquema terapêutico nele, após 15 dias de tratamento, os níveis de transmissão são insignificantes²².

Nesse caso, vale destacar que o uso do protocolo pode ser uma ferramenta auxiliar e eficaz para o diagnóstico e controle da doença, levando em consideração que o bacilífero pode infectar 10 a 15 pessoas em um ano, analisando como exemplo o ano de 2018, em que se identificou de início 10 detentos com TB, verifica-se que esses 10 detentos deixaram de infectar em média 100 a 150 pessoas. Na figura 1, segue o protocolo de acolhimento e prevenção, elaborado pela pesquisadora, em formato de fluxograma.

No momento do exame de enfermagem, o detento receberia uma cartilha informativa da TB e seria explicado as principais informações quanto a doença, como os sintomas, tratamento e formas de contágio.

Figura 1 - Protocolo de acolhimento ao detento novo



Fonte: Elaborado pelo autor

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Concluimos que o custo de tratamento da TB por pessoa, através da pesquisa documental não informam o real custo médio de tratamento, pois esses não consideram o custo de recursos humanos e suas hospitalizações, atividades dos centros de suporte, transporte, exames de imagem entre outros custos. O perfil dos detentos são jovens com idade ente 20 a 39 anos e negros. Também foi possível concluir que esses mesmos indivíduos são os mais susceptíveis a TB.

Foi concluída a busca ativa de infectados por TB nos detentos de menos de 90 dias de ingresso na unidade prisional, onde podemos verificar um predomínio de infectados com idade de 20 a 39 anos. Observou-se que, as condições físicas precárias e insalubres dos presídios, com superpopulação, falta de ventilação, potencial uso de drogas favorecem a instalação não só de TB, como também é propicia para qualquer outra endemia, podendo levar a contaminação de outros presos, de seus familiares, como também dos funcionários do sistema prisional e comunidade do entorno.

Recomendamos a aplicação do protocolo de acolhimento elaborado pela pesquisadora e distribuição de uma cartilha informativa entre os detentos no intuito de auxiliar no combate e controle da TB nas unidades de saúde prisionais. Diante de diversos materiais educativos sobre a TB, o documento eleito como preferencial foi a cartilha “Educando o cidadão sobre a tuberculose” (<http://urmes.com.br/download/cartilha-tuberculose.pdf>), elaborada pelo Centro de Referência Professor Hélio Fraga - Hospital da Fundação Osvaldo Cruz, que possui uma linguagem de fácil compreensão, com gravuras elucidativas e com informações essenciais e bem sucintas, possuindo 16 páginas.

Que sejam promovidas ações educacionais e campanhas para a prevenção não só da TB, como também de outras doenças, para os detentos, como também para seus familiares e para os funcionários do sistema prisional, em parceria da Secretaria de Segurança e Secretarias de Saúde com Instituições de Ensino Superior, Sociedade Civil e Instituições de Pesquisa.

Referências bibliográficas

1. VAN HOUT MC, MHLANGA-GUNDA R. *Contemporary women prisoners health experiences, unique prison health care needs and health care outcomes in sub Saharan Africa: a scoping review of extant literature*. BMC Int Health Hum Rights. 2018;18(1):31.
2. POTEAT TC, MALIK M, BEYRER C. *Epidemiology of HIV, Sexually Transmitted Infections, Viral Hepatitis, and Tuberculosis Among Incarcerated Transgender People: A Case of Limited Data*. Epidemiol Rev. 2018;40(1):27-39.
3. WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; NIELSSON, Joice Graciele. "Crônica de uma morte anunciada": a instauração do "paradigma do campo" e o colapso do sistema penitenciário brasileiro. *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, v. 4, n. 2, 2017.
4. BRASIL, 2019a. Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. *Depen lança Infopen com dados de dezembro de 2019* Brasília, DF: Depen, 2019. Disponível em: <http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen-lanca-infopen-com-dados-de-dezembro-de-2019> Acesso em: 07/12/2020.
5. ADANE K, SPIGT M, FERED S, ASMEHASH T, ABEBE M, DINANT GJ. *Half of Pulmonary Tuberculosis Cases Were Left Undiagnosed in Prisons of the Tigray Region of Ethiopia: Implications for Tuberculosis Control*. PLoS One. 2016;11(2):e0149453.
6. HIGUITA-GUTIÉRREZ LF, ARANGO-FRANCO CA, CARDONA-ARIAS JA. *Causal association of antibiotic use and resistant tuberculosis infection: Casecontrol meta-analysis*. Rev Esp Salud Publica. 2018;92.
7. CONSTANTINO, Patricia; ASSIS, Simone Gonçalves de; PINTO, Liana Wernersbach. *O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 2089-2100, 2016.
8. FORMIGA, N S, LIMA, D; *A tuberculose em instituições prisionais: para além de uma epidemiologia, um estado de direito humano a saúde*. Revista de Criminologia e Ciências Penitenciárias; Ano 1: N.2; 2011
9. BRASIL, 2019b. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico 09 Volume 50 | Mar. 2019 Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf> Acesso em: 28/07/2020
10. VISCA D, ZAMPOGNA E, SOTGIU G, et al. *A reabilitação pulmonar é eficaz em pacientes com sequela pulmonar de tuberculose*. Eur Respir J. 2019; 53 (3): 1802184. <https://doi.org/10.1183/13993003.02184-2018>
11. MUÑOZ-TORRICO M, RENDON A et al. *Existe uma justificativa para a reabilitação pulmonar após quimioterapia bem sucedida para tuberculose ?*. J Bras Pneumol. 2016; 42 (5): 374-385. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000226>
12. DA COSTA, Ronaldo Rodrigues; SILVA, Marcio Roberto; GONÇALVES, Isabel Cristina. *Diagnóstico laboratorial da tuberculose: Revisão de literatura*. Rev Med Minas Gerais, v. 28, n. Supl 5, p. S280525, 2018.
13. ARRUDA, Karla Gleice de. *Avaliação dos custos do tratamento de tuberculose em município de médio porte do Nordeste brasileiro*. 2014. 58 f. Tese (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2014. Disponível em

- <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11539/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Karla%20Gleice%20de%20Arruda.pdf>. Acesso em: 07/12/2020.
14. COSTA, J. G. et al. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.1, p.122-128, 2005.
 15. DA CUNHA GARCIA, Maria Concebida et al. Hospitalizations and re-Hospitalizations Due to Tuberculosis: Economic Costs and Spatial Distribution Analysis in an Endemic Northeastern City, Brazil. *International Archives of Medicine*, v. 9, 2016.
 16. BRASIL, Ministério da Saúde – DATASUS através do link: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/seg/procedimento/exibir/0202080048/08/2018>.
 17. SOUZA KMJ, VILLA TCS, ASSOLINI FEP, BERALDO AA, FRANÇA UM, PROTTI SO, et. al.. Delay in the diagnosis of tuberculosis in prisons: the experience of incarcerated patients. *Texto context-enferm* 21(1):17-25, 2012.
 18. MINAYO, MCS, RIBEIRO AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 21(7):2031-2040, 2016
 19. MIRANDA, Emílio Alves; CINTRA, Seyssa Cristina. Situação Epidemiológica da Tuberculose entre a População Privada de Liberdade em Goiás no ano de 2015. *Boletim epidemiológico Goiás*. Vol. 18, n.2, 2015.
 20. DE ALMEIDA WINTER, Bárbara Carollo; GARRIDO, Rodrigo Grazinoli. A tuberculose no cárcere: um retrato das mazelas do sistema prisional brasileiro. 2017.
 21. DE ANDRADE, Ueliton Santos; FERREIRA, Fábio Félix. Crise no sistema penitenciário brasileiro: capitalismo, desigualdade social e prisão. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 4, n. 1, 2016.
 22. BALLESTERO JGA, GARCIA JM, BOLLELA VR, RUFFINO-NETTO A, DALCOMO MMP, MONCAIO ACS, et al. Manejo da tuberculose multirresistente: principais recomendações das diretrizes brasileiras. *J Bras Pneumol*. 2020; 46 (2): e20190290.