

REVISTA FERIDAS

ENTREVISTA

Veja como funciona o tratamento por Câmaras Hiperbáricas



Dr.ª. Maria do Carmo Perpetuo



Dr. Roberto Silva



Dr.ª. Nayara Basílio



Dr. Leandro Simoni

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios

MPM
Editora

ISSN 2318-7336
ISSN 2674-9327

Artigos Paciente portador do vírus t-linfotrópico humano do tipo 1 (HTLV tipo 1): Um relato de experiência • Desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde

NOVASOURCE[®] proline

A cicatrização se constrói
com inovação

Conte com a família Novasource Proline para acompanhar
a jornada do seu paciente com lesões crônicas

Contribui para um processo cicatricial mais
acelerado por ser o ÚNICO com:



NÃO CONTÊM GLÚTEN



Elevado aporte
proteico



Prolina e Arginina



Vitaminas e
minerais específicos



Sem adição
de sacarose



Conheça a loja virtual
de Nestlé Health Science

www.nutricaoatevoce.com.br



Avante
Nestlé Health Science

Plataforma de atualização científica
de Nestlé Health Science

www.avantenestle.com.br

Acompanhe as novidades do Avante Nestlé nas redes sociais:

AvanteNestlé avantenestlebr AvanteNestléBR

Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461. Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

EDITORA CIENTÍFICA
MPM Comunicação

EDITORA EXECUTIVA
Maria Aparecida do Santos

REDAÇÃO/PAUTA
Leonardo Dias
jornalista1@mpmcomunicacao.com.br

DIAGRAMAÇÃO
Jheniffer Sobral
GERENTE DE MARKETING
Lucas Soares
(lucas@mpmcomunicacao.com.br)

ASSINATURAS
assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

PUBLICIDADE
maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

ENVIO DE ARTIGOS
artigo1@mpmcomunicacao.com.br ou
www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/

ENDEREÇO
Editora MPM Comunicação
Av. Hilário Pereira de Souza, 406 - 7º Andar, Sala 703
CEP: 06010-170, Centro - Osasco - SP

PERIODICIDADE: bimestral | **TIRAGEM:** 15.000 exemplares |
Impresso no Brasil por: Artes Graficas Freire LTDA | R\$540,00
O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao
do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

WWW.REVISTA FERIDAS.COM.BR



MPM
Editora

Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Revista Feridas envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.



Todo o conteúdo desse periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença **Creative Commons**

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).

INDEXAÇÃO: Banco de Dados de Enfermagem: LATINDEX e Google Acadêmico.

A edição brasileira da Revista Feridas, criada em maio/junho de 2013, atualmente publicada pela editora MPM Comunicação Ltda., é uma publicação bimestral destinada à divulgação de conhecimento científico nas áreas de Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Infectologia, Enfermagem, Fisioterapia, Podologia, Nutrição, Psicologia, entre outras. Tem como finalidade contribuir com a construção do saber dos profissionais desse campo por meio de divulgação de conteúdos científicos.

WWW.REVISTA FERIDAS.COM.BR

CONSELHO CIENTÍFICO

Dra. Aída Carla Santana de Melo Costa: Universidade Tiradentes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. | Aracaju, SE – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0806207448385614>.

Dr. Aylton Cheroto Filho: CMB Clínica Médica. | São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/5433981453180978>.

Carla Cristina Araújo: Fisioterapeuta Mestre em Biológicas (Fisiologia) pela Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (UFRI). Doutoranda em ciências Biológica, pelo Instituto de Ciência Básica da Saúde (UFRS). Colaboradora do laboratório de Investigação Pulmonar, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da sociedade Americana Torácica e da Sociedade Brasileira de Fisiologia.

Daniele Vieira Dantas: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. | Natal, RN – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0404704679319143>.

David de Souza Gomes: Médico. Diretor técnico de Serviço de Saúde da Divisão de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Médico responsável pelo Serviço de Queimaduras. Professor titular de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro. Professor da Faculdade de Medicina de São Paulo e Médico do Hospital Escola Wladimir Arruda.

Francisco Lopes: Médico. Membro especialista e titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPC). Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Preceptor dos Serviços de Cirurgia Plástica e do grupo de Prevenção e Tratamento de feridas do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre.

Geraldo Magela Salomé: Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí, Universidade. | Pouso Alegre, MG – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/0340871070977180>.

Gilson de Vasconcelos Torres: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. | Natal, RN – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/1944547152815226>.

Dr. José Adorno: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. | Brasília, DF – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/318002423598550>.

Prof. José Antonio Gonçalves Silva: Sociedade Beneficente São Camilo, Sociedade Beneficente São Camilo - SP - BRA. | São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/9714663413046660>.

Dr. José Maria Pereira de Godoy: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Vascular e Angiologia. | São José do Rio Preto, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/1842282736337949>.

Dr. Kleder Gomes de Almeida: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Departamento de Morfofisiologia. | Campo Grande, MS – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7688253297906529>.

Luciana Frutuoso de Oliveira: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da UFBA - Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho. | Salvador, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/6914588695490963>.

Luzia Wilma Santana da Silva: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde, Campus Jequié. | Jequié, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2322574487494636>.

Marcos Barreto: Médico. Coordenador do Centro de Tratamento de Queimaduras do Hospital da Restauração.

Dra. Maria de Fátima Guerreiro Godoy: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. | São José do Rio preto, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/9348330740577303>.

Marina de Góes Salvetti: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. | São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2728892775372573>.

Dr. Marcelo Fernando Matielo: Hospital do Servidor Público Estadual, Cirurgia Vascular. | São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2270747437132850>.

Prof.ª Sandra Marina Gonçalves Bezerra: Universidade Estadual do Piauí, Departamento de Enfermagem da UESPI. | Teresina, PI – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/7317580724685203>.

Dr. Paulo Jorge Pereira Alves: Universidade Católica Portuguesa (UCP). | Porto – Portugal | <http://lattes.cnpq.br/3456052972991332>.

Dra. Roberta Azoubel: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Faculdade de Fisioterapia de Jequié, Departamento de Saúde. | Jequié, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8386042931952983>.

Roseanne Montargil Rocha: Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. | Ilhéus, BA – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/8084297326292440>.

Dra. Rutiene Maria Giffoni Rocha de Mesquita: Universidade Federal de Roraima, Centro de Ciências da Saúde. | Boa Vista, RR – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/5091651138635885>.

Dr. Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior: Universidade Nove de Julho, Departamento de Saúde III. | São Paulo, SP – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/3015509051693108>.

Thaiza Teixeira Xavier Nobre: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, FACISA. | Santa Cruz, RN – Brasil | <http://lattes.cnpq.br/2813639308023253>.

Sumário

1900 Editorial

1901 Normas de Publicação

1901 Agenda

1902 Notícias

1905 Matéria



Edição 53

Ano 2022

Mês Março/Abril

Capa Imagem ilustrativa/
Freepik

Artigos

1910 Paciente portador do vírus t-linfotrófico humano do tipo 1 (HTLV tipo 1): Um relato de experiência

Patient carrier of human t-lymphotropic virus type 1 (HTLV type 1): An experience report

Paciente portador de virus t-linfotrófico humano tipo 1 (HTLV tipo 1): Un reporte de experiencia

Francilany Fabiola Vilhena Vieira, Jamile da Silva Corrêa, Rejane de Almeida Martins, Debora dos Santos Cardoso, Taís Amaral Dantas, Elen de Oliveira Vieira Bandeira, Izabela Cristina da Silva dos Santos, Elaine Fabricia Oliveira da Silva, Arimatéia Portela de Azevedo

1921 Desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde

Perinatal outcomes of women accompanied in primary health care

Resultados perinatales de mujeres acompañadas en la atención primaria de salud

Andriely Guedes Saturnino, Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Carginin, Bianca Machado Cruz Shibukawa, Maria de Fátima Garcia Lopes Merino, Marcela Demitto Furtado

Tratamento hiperbárico na recuperação de jogadores de futebol

Na Revista Feridas de Março/Abril, destacamos a medicina Hiperbárica, um método que vem crescendo e ganhando cada vez mais espaço quando se fala no tratamento de feridas. A matéria desta edição também aborda o assunto, explicando de forma detalhada como são os procedimentos.

Acelerar a recuperação pós-exercício e o tratamento de lesões tem sido uma preocupação constante para os profissionais da ciência do esporte. Dentre os vários procedimentos que vêm sendo estudados para acelerar a recuperação, tratar e prevenir lesões, uma técnica mais nova tem recebido grande atenção nos últimos anos. É o uso da oxigenoterapia hiperbárica, que visa promover o aumento da oxigenação tecidual, acelerar o processo de regeneração da lesão e atenuar o processo inflamatório.

Diversos artigos científicos recentes demonstraram esses benefícios. A ciência provou que esse procedimento pode acelerar a recuperação, permitindo que os atletas ganhem tempo significativo em suas maratonas de jogos e sessões de treinamento.

A efetividade do processo é tão grande, que até grandes clubes e jogadores de futebol têm aderido à prática. O Corinthians, por exemplo, foi o primeiro time do Brasil a usar o tratamento. O clube instalou uma câmara Hiperbárica em seu Centro de Treinamento, visando acelerar a recuperação

física de seus atletas. Em entrevista ao Globo Esporte, o então fisioterapeuta do clube, Luciano Rosa declarou: “Os atletas, pós-jogo ou após um treino intenso, estão vindo para cá de forma pontual. São selecionados os atletas que mais necessitam de uma recuperação um pouco mais rápida e com mais eficiência, então vêm para cá e ficam em torno de 40 e 50 minutos na câmara”.

O atacante Hulk, do Atlético MG, possui uma câmara hiperbárica em sua própria casa. Nas redes sociais, é comum o atleta aparecer fazendo o tratamento. E o resultado é nítido. No ano de 2021, Hulk obteve o seu recorde de jogos em uma mesma temporada, com 70 jogos, isso mesmo aos 35 anos.

Outro veterano dos gramados, o craque português Cristiano Ronaldo, investe mais de R\$ 40 mil em seu tratamento com a oxigenoterapia hiperbárica. CR7 faz uso do procedimento desde 2016, quando tinha 31 anos. O processo foi fundamental para que ele seguisse atuando em alto nível, aliás, foi exatamente nesta fase, que Cristiano conseguiu quebrar a maioria de seus recordes, o colocando de vez como um dos maiores nomes da história do futebol.

Boa leitura!

Leonardo Dias

Referências

BARROS, Turbilio; ANGELI, Gerseli. Câmara hiperbárica na recuperação e tratamento de lesões. Globo Esporte, 2021. Disponível em: <<https://ge.globo.com/eu-atleta/saude/post/2021/09/07/camara-hiperbarica-na-recuperacao-e-tratamento-de-lesoes.ghtml>>. Acesso em 20 de abril de 2022.

Cristiano Ronaldo investe mais de R\$ 40 mil em câmara hiperbárica para cuidar da parte física. Extra Globo, 2022. Disponível em: <<https://extra.globo.com/esporte/cristiano-ronaldo-investe-mais-de-40-mil-em-camara-hiperbarica-para-cuidar-da-parte-fisica-25339515.html>>. Acesso em 20 de abril de 2022.

Em regime de concentração no Atlético-MG, Hulk leva câmara hiperbárica para a Cidade do Galo. Globo Esporte, 2022. Disponível em: <<https://ge.globo.com/futebol/times/atletico-mg/noticia/em-regime-de-concentracao-no-atletico-mg-hulk-leva-camara-hiperbarica-para-a-cidade-do-galo.ghtml>>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

Corinthians instala câmara hiperbárica no CT; saiba como funciona e para o que serve. Globo Esporte, 2020. Disponível em: <<https://ge.globo.com/futebol/times/corinthians/noticia/ultimas-noticias-corinthians-camara-hiperbarica.ghtml>>. Acesso em: 20 de abril de 2022.

Data	Evento	Local	Informações
03/05 à 07/05	40° Congresso Brasileiro de Pediatria	Natal - RN	https://www.sbp.com.br/congressos/40o-congresso-brasileiro-de-pediatria/
05/05 à 07/05	XII Congresso Brasileiro de Climatério e Menopausa	São Paulo	https://www.sympla.com.br/xii-congresso-brasileiro-de-climaterio-e-menopausa-sobrac__1412694
19/05 à 20/05	CONTINENCE 2022 - I congresso sobre disfunções do trato urinário inferior	Tivoli Mofarrej - São Paulo - São Paulo, SP	https://www.sympla.com.br/continence-2022-i-congresso-sobre-disfuncoes-do-trato-urinario-inferior__798610
17/06 à 18/06	3° Congresso Brasileiro de Estomatoterapia	Centro de Convenções Frei Caneca, São Paulo	https://sobest.com.br/cpe2022/

Normas de publicação da Revista Feridas

1. A Revista Feridas (RFE), como um veículo de difusão científica, abre espaço para que diversos profissionais das áreas de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, engenharia, fisioterapia, educação física, entre outros, divulguem seus estudos. A RFE aceita artigos inéditos e originais, e condena o plágio e o autoplagio. Os trabalhos devem ser destinados exclusivamente para a RFE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, seja parcial ou integralmente. Na pesquisa envolvendo seres humanos, é necessário o envio de cópia da aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as Normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2. Juntamente com o manuscrito, o/a(s) autor(es)-as) deverá(-rão) enviar declaração referente a responsabilidade de conteúdo, termo de transferência de direitos autorais e declaração de conflitos de interesse (modelos no site: [revistaferidas.com.br](http://www.revistaferidas.com.br)). O autor de correspondência deverá encaminhar os documentos para o site e/ou e-mail: <http://www.revistaferidas.com.br/assine/>, artigo1@mpmcomunicacao.com.br juntamente com o artigo.

3. Categorias aceitas: artigos de revisão de literatura, artigos originais, relato de experiência profissional (inclui estudo de caso). Máximo de 15 páginas (excluindo apenas a folha de rosto). Notas e carta para Editora Científica (máximo de uma página).

4. Estruturação e preparação dos manuscritos: folha de rosto com títulos completos em negrito nos idiomas português, inglês e espanhol, nome dos autores separados por ponto e vírgula e, em nota de rodapé, a listagem dos autores (com respectivas titulações, instituições por extenso, departamento a que pertencem, e-mail de todos os autores e categoria do manuscrito; o autor de correspondência deve acrescentar o endereço). Resumos em português, inglês e espanhol, com no máximo 250 palavras, espaçamento entrelinhas de 1,0, contendo objetivo, método, resultados e conclusão. Ensaio clínico deve apresentar o número do registro ao final do resumo e ter um máximo de 8 páginas (excluindo folha de rosto). Descritores: três a seis descritores acompanhando os idiomas português, inglês e espanhol, extraídos do vocabulário DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME (disponível em decs.bvs.br). Introdução, métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos: numeração arábica e sequenciada, no canto superior direito. Corpo do manuscrito: deve ser apresentado em folha A4, com margens superior, inferior, direita e esquerda a 3,0 cm. O texto deve ter espaçamento entrelinhas de 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12. Referências: em ordem numérica, seguindo as Normas Gerais do Estilo Vancouver.

5. Será cobrado após aprovação do estudo uma taxa de Revisão e Tradução. (Apenas para Assinantes)

6. É OBRIGATORIO conter, no final do Documento Word, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), o ORCID, títulos e formação profissional. Pode conter para cada estudo até 06 (seis) autores.

7. Ilustrações: gráficos, tabelas, fotografias e fluxogramas, totalizando 06 ilustrações, devem ser inseridos no corpo do texto, exceto as fotografias. As nomenclaturas das ilustrações devem vir antes das mesmas, no canto superior direito justificado, numerados sequencialmente, à medida que aparecem no texto (numeração arábica). As fotografias devem vir em alta resolução (mínimo de 300 DPI e 1 a 2 MBs.), encaminhadas em arquivo separado para o e-mail artigo1@mpmcomunicacao.com.br.

8. Processo de julgamento: o anonimato dos autores será garantido. Cumpridas as normas pelos autores, o manuscrito será encaminhado para dois pareceristas (avaliação cega). Em discordância, será encaminhado a um terceiro parecerista. Após tomar conhecimento dos pareceres, a coordenação científica conduzirá a decisão: aceite, aceite após revisão e/ou recusa. Os manuscritos não aceitos serão excluídos dos arquivos da RFE.

9. O autor deverá submeter seu artigo a um revisor das línguas portuguesa, inglesa e espanhola e enviar, em anexo, uma declaração desses revisores para o site e/ou e-mail: <http://www.revistaferidas.com.br/assine/>, artigo1@mpmcomunicacao.com.br.

10. Ao primeiro autor do artigo será enviado o PDF da revista.

Normas completas no site: [revistaferidas.com.br](http://www.revistaferidas.com.br)

Conheça os principais métodos preventivos contra a gripe

Campanha Nacional de Vacinação é a principal forma de no combate à doença



Foto Ilustrativa: Freepik

A 24ª edição da Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe foi iniciada no Brasil em 4 de abril. O Ministério da Saúde estima imunizar cerca de 90% dos brasileiros contra a influenza, doença que atinge milhares de pessoas todos os anos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no período de outono e inverno, a gripe atinge cerca de 5% a 15% da população, resultando em até 5 milhões de casos graves e 500 mil mortes ao redor do mundo.

O Dr. Nelson Tatsui, Diretor-Técnico do Grupo Criogênese e Hematologista do HC-FMUSP, explica que a doença geralmente se manifesta por meio de irritação na garganta, tosse seca e congestão nasal e pode evoluir para febre, dor no corpo e expectoração. "Os sintomas são similares aos apresentados pelo coronavírus, mas para gripe já existe um forte controle preventivo. A campanha se torna importante para reduzir a circulação da influenza, diminuir o número de hospitalizações, além de facilitar o diagnóstico da Covid-19 por exclusão, uma vez que os sinais apresentados são semelhantes", aponta.

Segundo o especialista, a influenza passa por diversas mutações ao longo do ano, impedindo sua erradicação. Com isso, as doses do imunizante também são fortalecidas e modificadas ano após ano. "É extremamente importante nunca deixar de se vacinar, pois o organismo precisa estar sempre protegido contra as novas cepas", recomenda. Estudos apontam que a vacinação é o melhor método de prevenção contra o vírus, pois reduz de 39% a 75% a mortalidade por complicações. De acordo com o Dr. Nelson, a gripe está associada às estações mais frias do ano. "O vírus permanece ativo o ano inteiro, mas a diminuição da temperatura, a baixa umidade do ar e o maior nível de poluição atmosférica, favorecem a transmissão do influenza", explica. Doenças

como sinusite, otite e pneumonia também são características da época e podem se manifestar como complicações da gripe.

Todo ano, a influenza afeta entre 20% a 30% das crianças e cerca de 10% dos adultos. O médico destaca que o público infantil e gestantes fazem parte do grupo prioritário nas campanhas de vacinação, pois têm grandes chances de desenvolver outras enfermidades. "A gripe deixa o organismo ainda mais debilitado e diminui a imunidade, servindo de porta de entrada para quadros mais graves. Os pequenos estão desenvolvendo seu sistema imunológico e mulheres grávidas ficam mais suscetíveis à contração de infecções", esclarece.

O médico enfatiza que os métodos preventivos são a melhor forma de evitar a contaminação. "Lavar sempre as mãos, manter-se hidratado e evitar lugares sem ventilação estão entre alguns cuidados que podem ser priorizados, porque afastam a infecção. A vacina é fundamental para se proteger", finaliza.

Sobre a Criogênese

A Criogênese, que nasceu em São Paulo e possui mais de 12 anos de experiência com células-tronco, é membro institucional da AABB (Associação para o Avanço do Sangue e Bioterapias). A clínica é referência em serviços de coleta e criopreservação de células-tronco, medicina reprodutiva, gel de plaquetas e aférese, incluindo a diferenciada técnica de fotoférese extracorpórea. Sua missão é estimular o desenvolvimento da biotecnologia através de pesquisas, assegurando uma reserva celular para tratamento genético futuro.

Por: Dezoito Com

Dia Mundial da Meningite: vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da doença

Vera Rufeisen, infectologista do Vera Cruz Hospital, alerta sobre a necessidade de procurar atendimento aos primeiros sintomas



Abril, 2022 – A meningite é um processo inflamatório das meninges (membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal), causada por bactérias e vírus, e que pode levar a óbito ou deixar sequelas. Problema de saúde pública global, ganhou um dia próprio, 24 de abril, para conscientização. De acordo com o Ministério da Saúde, a cada ano, cerca de cinco milhões de casos são registrados em todo o mundo. No Brasil, os dados registraram cerca de 15 mil em 2019, sendo 224 destes na cidade de Campinas.

Infectologista do Vera Cruz Hospital, Vera Rufeisen explica que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da doença, que pode ser causada por uma grande variedade de microrganismos, entre eles bactérias, vírus, fungos e protozoários. "A vacinação protege contra o tipo mais grave, o bacteriano, que pode ser causado pelas bactérias Meningococo, Pneumococo e Haemophilus. As meningites do tipo virais são, habitualmente, menos graves e evoluem de forma benigna na maioria dos casos".

Cada tipo é transmitido de uma forma. As bacterianas meningocócicas são transmitidas por contato direto com uma pessoa contaminada, ao falar, tossir ou espirrar, seja ela assintomática ou doente; já as virais têm predominância pela via fecal-oral, mas também podem ocorrer pela via respiratória. "Entre os sintomas estão febre alta, que surge subitamente, dor de cabeça forte, rigidez no pescoço, vômitos, confusão mental e dificuldade para se concentrar, convulsões, sensibilidade à

luz, fraqueza e perda de apetite. Em bebês e crianças, também pode haver agitação, sonolência e irritabilidade", destaca Vera.

Procurar por atendimento médico logo no início do aparecimento dos sintomas é determinante para o diagnóstico precoce e tratamento. "As meningites bacterianas são tratadas com antibioticoterapia e, em algumas situações, terapia adjuvante com corticoides. Como é necessário o suporte clínico adequado, a pessoa fica internada para tratamento. No caso das meningites virais, como as causadas por enterovírus, faz-se o controle por meio de medicamentos analgésicos, antipiréticos e outros para aliviar os sintomas, exceto em alguns casos, como, por exemplo, com as infecções por Herpes simplex, quando deve ser iniciada uma terapia antiviral", detalha a infectologista.

No combate à doença, o Vera Cruz Hospital conta com uma equipe multidisciplinar especializada para tratar o paciente de forma individualizada e humanizada durante a permanência na unidade. "O tratamento precoce e adequado dos casos reduz significativamente a letalidade da doença e é importante para o prognóstico satisfatório. O quanto antes identificarmos a patologia e iniciarmos a terapêutica apropriada, maiores as chances de termos uma evolução favorável", pontua a especialista.

Todas as faixas etárias podem ser acometidas pelas meningites bacterianas, mas as crianças são as mais acometidas e respondem por

cerca de 30% dos casos. "A infecção pela *Neisseria meningitidis* (Meningococo), bactéria causadora da meningite meningocócica, a mais prevalente em nosso meio, pode causar casos muito graves que podem ter evolução para óbito em horas", alerta Dra. Vera.

A segunda maior causa é a *Streptococcus pneumoniae* (Pneumococo), que atinge, em sua maioria, os extremos de idade, como crianças de até dois anos e idosos, e é responsável por outras doenças graves invasivas, como pneumonia, meningite, bacteremia, sepse, além de doenças não invasivas, como otite média, sinusite, entre outras. "Eventualmente, pode levar ao óbito e também pode apresentar complicações, como perda da audição, distúrbio de linguagem e visuais, atraso no desenvolvimento psicomotor e cognitivo".

Já a *Haemophilus influenzae* B, também chamada de Hib, pode causar infecções e doenças não invasivas, tais como bronquite, sinusites e otites, e até quadros mais graves com pneumonias e meningites. Crianças menores de cinco anos de idade, principalmente as menores de 1 ano, e pessoas maiores de 60 anos são mais suscetíveis à doença.

A infectologista ressalta que o panorama da doença tem apresentado mudanças nas faixas etárias afetadas. "Nos surtos e epidemias, há um deslocamento das faixas etárias acometidas, com aumento na prevalência entre os adolescentes e adultos jovens. No Brasil, a letalidade da doença meningocócica pode chegar a 50% dos casos", menciona.

A importância da vacinação no combate à meningite

A vacina é a intervenção médica de maior impacto positivo em mortalidade após a descoberta dos antibióticos e pode prevenir uma grande variedade de infecções graves. "Em 1999, foi introduzida no país a vacina contra o Hib, responsável por várias doenças invasivas, como meningites e pneumonias, sobretudo em crianças. O Hib era a segunda causa mais comum de meningite bacteriana no Brasil, atingindo, em sua maioria, menores de um ano. Com a vacina, houve redução de mais de 90% no número de casos, incidência e número de óbitos por meningite por *H. influenzae*", adiciona Vera.

Para ela, a imunização é a forma mais eficaz de prevenção de uma ampla variedade de doenças infectocontagiosas e deve ser estimulada para evitar o retorno de infecções graves ao país. "Quando a maioria das pessoas é imunizada para aquele agente, a diminuição da circulação do microrganismo faz diminuir de forma expressiva o número de casos". Quando o indivíduo é vacinado, ele não apenas se protege: há também uma proteção coletiva para aqueles que não puderam ser imunizados.

No calendário vacinal, temos imunizantes que devem ser administrados na infância, em adultos com determinadas comorbidades (como, por exemplo, ausência do baço, doenças crônicas) ou outras imunodeficiências. As vacinas pneumocócicas também devem ser indicadas para todos os maiores de 60 anos e portadores de doenças como cardiopatias, pneumopatias, diabetes, entre outras. "Cada vacina é para um tipo de bactéria e, mesmo entre elas, há sorotipos específicos. Temos as de meningo ACWY, meningo B, meningo C, *Haemophilus B* e pneumocócicas 13 e 23 valentes".

Além da vacina como forma de prevenção, a infectologista dá dicas para evitar o contágio. "Evite locais com aglomeração e dê preferência por ambientes ventilados. Higienize as mãos frequentemente e pratique a etiqueta respiratória, cobrindo a boca e o nariz ao tossir ou espirrar", conclui.

Sobre o Vera Cruz Hospital

Há 78 anos, o Vera Cruz Hospital é reconhecido pela qualidade de seus serviços, capacidade tecnológica, equipe de médicos renomados e por oferecer um atendimento humano que valoriza a vida em primeiro lugar. A unidade dispõe de 1.54 leitos distribuídos em diferentes unidades de internação, em acomodação individual (apartamento) ou coletiva (dois leitos), UTIs e maternidade, e ainda conta com setores de Quimioterapia, Hemodinâmica, Radiologia (incluindo tomografia, ressonância magnética, densitometria óssea, ultrassonografia e raio x), e laboratório com o selo de qualidade Fleury Medicina e Saúde. Em outubro de 2017, a Hospital Care tornou-se parceira do Vera Cruz. Em quase cinco anos, a aliança registra importantes avanços na prestação de serviços gerados por investimentos em inovação e tecnologia, tendo, inclusive, ultrapassado a marca de mil cirurgias robóticas, grande diferencial na região e no interior do Brasil. Em médio prazo, o grupo prevê expansão no atendimento com a criação de dois novos prédios erguidos na frente e ao lado do hospital principal, totalizando 17 mil m² de áreas construídas a mais. Há 35 anos, o Vera Cruz criou e mantém a Fundação Roberto Rocha Brito, referência em treinamentos e cursos de saúde na Região Metropolitana de Campinas, tanto para profissionais do setor quanto para leigos, e é uma unidade credenciada da American Heart Association. Em abril de 2021, o Hospital conquistou o Selo de Excelência em Boas Práticas de Segurança para o enfrentamento da Covid-19 pelo Instituto Brasileiro de Excelência em Saúde (IBES) e, em dezembro, foi reacreditado em nível máximo de Excelência em atendimento geral pela Organização Nacional de Acreditação.

Por: WGO Comunicação

Veja como funciona o tratamento por Câmaras Hiperbáricas

Método vem crescendo e fazendo sucesso até com famosos

Por: Leonardo Dias

Também conhecido como Oxigenoterapia Hiperbárica, o tratamento nessas câmaras vem tendo maior procura nos últimos. Recentemente, até grandes jogadores de futebol como Cristiano Ronaldo, Thiago Silva e Hulk aderiram ao procedimento. Mas afinal, o que as câmaras fazem?

Basicamente, uma câmara hiperbárica é um método de tratamento baseado na respiração de oxigênio puro a uma pressão atmosférica mais alta que o normal. Como resultado, a reorganização física é muito mais rápida.

Os tecidos que compõem o corpo precisam de oxigênio para funcionar corretamente. Assim, quando ocorre dano a qualquer um desses tecidos, o oxigênio se torna ainda mais importante para repará-los.

Para esta edição da nossa Revista, trouxemos especialistas do Centro Mineiro de Medicina Hiperbárica, que é o primeiro centro em Minas Gerais e o único em Belo Horizonte, especializado em Oxigenoterapia Hiperbárica. Presta assistência auxiliar a pacientes com lesões crônicas, desenvolvendo um trabalho buscando melhorar os resultados e reduzir o tempo de tratamento, com ênfase na redução de inter-

nações, custos e complicações principalmente no que diz respeito ao sofrimento do paciente.

Revista Feridas: O que é a Oxigenoterapia Hiperbárica?

CMMH:

É um método terapêutico, no qual o paciente portador de ferida ou afecção é submetido a uma pressão maior que a atmosférica (2,5 a 3 ATAS) no interior de uma câmara hiperbárica, respirando oxigênio a 100%.

No Brasil, é um tratamento médico, reconhecido como uma modalidade terapêutica com regulamentação de suas indicações pelo Conselho Federal de Medicina, mediante a resolução CFM 1 45795.

Revista Feridas: Como funciona a Oxigenoterapia Hiperbárica?

CMMH:

Os mecanismos fisiológicos da OHB iniciam-se com a inalação do O₂ puro, em ambiente hiperbárico, que proporciona o aumento da quantidade de O₂ molecular dissolvido no plasma e da sua transferência para os tecidos.

Trocando em miúdos, segundo a Lei do físico Henry, "a solubilidade de um gás em um líquido, é



Foto: Arquivo pessoal

Maria do Carmo Maia de Oliveira Perpetuo

CRM 5570

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1969).

Atualmente é autônoma do Hospital Felício Rocho, proprietária e administradora do Centro Mineiro De Medicina Hiperbárica. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Oxigenoterapia Hiperbárica

“Os tecidos que compõem o corpo precisam de oxigênio para funcionar corretamente.”



diretamente proporcional a pressão, portanto respirando oxigênio e aumentando a pressão dentro da câmara, o oxigênio será dissolvido no plasma que banha todos os tecidos.

Esse oxigênio será oferecido aos tecidos pelo plasma segundo a “Efeito Robin Hood”. O “efeito Robin Hood” não oferece oxigênio aos tecidos que não precisam (por exemplo pele íntegra), e sim ao tecido que precisa (tecido le-

sado, área de infecções). Na lesão ou ferida, a concentração de oxigênio chega a ser 20 vezes maior do que um tecido normal.

Revista Feridas: Quais os tipos de câmaras?

CMMH:

MULTIPLACE – vários paciente fazendo sessão ao mesmo tempo
MONOPLACE apenas um paciente por sessão.

MULTIPLACE – vários paciente fazendo sessão ao mesmo tempo



MONOPLACE apenas um paciente por sessão



Foto: Arquivo pessoal

Roberto Carlos de Oliveira e Silva

CRM 23338

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), mestrado em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1997), doutorado em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2001). Atualmente é Médico (Cirurgião Geral) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Coordenador de Pesquisa Assistencial do Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

“

O “efeito Robin Hood” não oferece oxigênio aos tecidos que não precisam (por exemplo pele íntegra), e sim ao tecido que precisa (tecido lesado, área de infecções).

”

Revista Feridas: Planos de Saúde cobrem essa terapia?

CMMH:

A Oxigenoterapia hiperbárica (OHB) já está presente no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo cobertura obrigatória para todos os planos de saúde – individuais e coletivos, desde Junho de 2010 e atualmente para o SUS.

A O2 Hiperbárica é um conjunto de clínicas, que prioriza os pacientes atuando de forma humanizada na área da saúde para garantir melhores resultados e acolhimento dos pacientes. Além de sua excelente localização e infraestrutura, a O2 Hiperbárica conta com um corpo clínico especializado, profissionais médicos e enfermeiros credenciados pela Sociedade Brasileira de Medicina Hiperbárica (SBMH), treinados e orientados visando a qualidade, eficiência e segurança. O médico hiperbarista Leandro Furtado, falou sobre a Oxigenoterapia Hiperbárica e como a clínica trabalha:

Revista Feridas: Quais são os efeitos colaterais?

Leandro Furtado:

Como é um tratamento médico, não é isento de contraindicações ou efeitos colaterais.

Alguns efeitos colaterais que podem haver são: intoxicação por oxigênio, então o paciente recebe oxigênio à 100%, logo, se ficar muito tempo recebendo esse oxigênio, pode vir a ter uma intoxicação. Por ser pressurizado, o paciente pode ter um barotrauma pulmonar ou então um barotrauma de orelha média.

O paciente também pode apresentar um pouco de claustrofobia. Ele pode ficar um pouco ansioso dentro da câmara, isso provavelmente pode ocorrer nas câmaras monoplace, já que são menores.

Contra-indicações que são diferentes de efeitos colaterais. Efeitos colaterais são advenços, algum problema que possa acontecer com o tratamento. Contra indicação é quando o paciente não pode fazer a sessão.

Revista Feridas: O tratamento traz dor?

Leandro Furtado:

A câmara pode causar algum conforto leve, o paciente pode ficar um pouco claustrofóbico, ou ter alguma dificuldade de ficar dentro da câmara. Ela também pode causar um pouquinho de incômodo no ouvido, como em uma viagem de avião, mas os médicos e enfermeiros ensinam e orientam truques que chamamos de “manobras de equalização” para evitar esse desconforto no ouvido ou casos de claustrofobia e ansiedade.

Revista Feridas: Quais os benefícios que o tratamento traz?

Leandro Furtado:

A velocidade da recuperação do paciente melhora, aumenta as chances de evolução dos casos, há avanço no prognóstico, ganha uma melhor qualidade de vida, e tem uma melhor resposta de potência analgésica e do antibiótico, além de uma significativa melhora das feridas e das patologias, seja ela qual for.

Revista Feridas: Quantas sessões

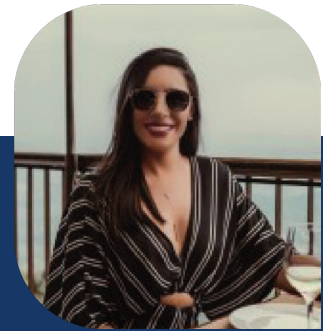


Foto: Arquivo pessoal

Nayara Caldeira Basílio

COREN 539786

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atuou em projetos de pesquisa na graduação na de Enfermagem na área da saúde coletiva, com ênfase na abordagem de políticas e programas de saúde, vigilância à saúde e organização de serviços dirigidos às doenças em hospitais públicos de Minas Gerais.

“O paciente também pode apresentar um pouco de claustrofobia. Ele pode ficar um pouco ansioso dentro da câmara, isso provavelmente pode ocorrer nas câmaras monoplace, já que são menores.”



são necessárias ao todo?

Leandro Furtado:

As sessões são individualizadas, então é difícil falar um número exato de sessões que devem ser feitas para acelerar a cicatrização, mas à partir da primeira até a última sessão, as chances de cura aumentam se o tratamento for feito da maneira correta, na posologia adequada, com uma indicação correta, e com o tempo adequado de tratamento.

Revista Feridas: Substitui tratamento convencional?

Leandro Furtado:

A oxigenoterapia hiperbárica é um tratamento adjuvante, ele não é um tratamento isolado, e ela não substitui o procedimento convencional. A oxigenoterapia hiperbárica veio somente para melhorar e potencializar o processo tradicional. A oxigenoterapia hiperbárica também é tradicional, porque ao invés do que as pessoas pensam, o procedimento hiperbárico é bem antigo, nos últimos anos aumentou-se a divulgação da prática de algumas patologias, mas no Brasil, esse tratamento já era feito desde as décadas de 1960 e 1970.

Revista Feridas: Quais os serviços da O2 Hiperbárica?

Leandro Furtado:

A O2 hiperbárica presta o serviço em medicina hiperbárica em várias cidades do Brasil. Somos a maior rede de medicina hiperbárica e tratamento com oxigenoterapia hiperbárica do país, temos várias unidades no interior na capital de Minas Gerais, em

“

A oxigenoterapia hiperbárica é um tratamento adjuvante, ele não é um tratamento isolado, e ela não substitui o procedimento convencional.

”



Foto: Arquivo pessoal

Leandro Furtado De Simoni

CRM 53206

Médico ortopedista

Médico hiperbarista

Membro titular da sociedade brasileira de ortopedia e traumatologia

Membro titular da sociedade brasileira de cirurgia do ombro e cotovelo

Membro titular da sociedade brasileira de medicina hiperbárica

Belo Horizonte, no interior de Minas Gerais, duas unidades no Rio Grande do Sul, e estamos em negociação com outras cidades no País.

Trabalhamos no tratamento das patologias que são adequadas com oxigenoterapia hiperbárica, mas não só fazer terapia hiperbárica, tratamos o paciente por inteiro, de maneira humanizada, de forma multiprofissional, respeitando os limites da doença. Tratamos tanto com oxigenoterapia hiperbárica, como com coberturas das feridas, com curativos, como nutrição, para melhorar a ferida do paciente. Então, é um tratamento multiprofissional visando que o paciente tenha uma resposta adequada para o seu caso.



PÓS
São Camilo



Enfermagem em Estomaterapia

A Estomaterapia é uma especialidade de enfermagem com atenção à saúde das pessoas com feridas agudas e crônicas, estomias, incontinências anal e urinária, fístulas, tubos, cateteres e drenos.

O curso tem a proposta de oferecer ao enfermeiro conhecimento científico e habilidades técnicas para que desenvolva o raciocínio clínico e crítico para o direcionamento de condutas profissionais éticas nas áreas de abrangência da estomaterapia, favorecendo assim, uma assistência pautada em programas de qualidade e segurança a sua clientela.

Áreas de atuação

O Enfermeiro Estomaterapeuta atua em serviços ambulatoriais, clínicas de enfermagem, clínicas médicas, consultórios especializados em Estomaterapia, assistência domiciliar, ensino, pesquisa, administração, vendas, assessoria e consultoria de produtos e tecnologias. Das especialidades de enfermagem, a Estomaterapia é a que possui o mercado de trabalho mais abrangente.

Campus e Período

Pompeia - Rua Raul Pompeia,144 - São Paulo

Sábado das 8h30 às 16h30 (mensal) e 6ª das 19h às 22h30 (mensal)

09/04/2021 - Início Previsto

ATENÇÃO:

As aulas presenciais do primeiro semestre de 2021 serão remotas, mediadas por tecnologias. Cursos com atividades em laboratórios ou estágios contarão com a presencialidade respeitando as determinações governamentais.

Coordenador(a) do curso

Rosana Pires Russo Bianco

Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista (UMESP). Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Don Domênico. Especialista em Enfermagem do Trabalho, Administração Hospitalar e Enfermagem em Centro Diagnóstico

Saiba mais em saocamilo-sp.br
11 3465-2664 | 0300 017 8585



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO

Paciente portador do vírus t-Infotrópico humano do tipo 1 (HTLV tipo 1): Um relato de experiência

Patient carrier of human t-lymphotropic virus type 1 (HTLV type 1): An experience report

Paciente portador de vírus t-Infotrópico humano tipo 1 (HTLV tipo 1): Un reporte de experiencia

Resumo

Objetivo: Realizar um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem a um paciente portador do vírus T-Infotrópico humano tipo 1 (HTLV tipo 1). **Metodologia:** Estudo do tipo descritivo, exploratório, retrospectivo e quantitativo. **Resultados:** Deu nova entrada no pronto atendimento do hospital de referência, oriundo de sua residência, já em convalescência há vários anos pelo HTLV TIPO 1, o paciente A.P.O, 58 anos. Paciente em uso crônico de corticoide e nove dias depois, após parada cardiorrespiratória por insuficiência renal (dentre outras complicações) e foi constatado óbito após 45 minutos de reanimação. A observação constante da alimentação (balanceada) oferecida, observação de sinais de hipo ou hiperglicemia, mudança de decúbito, acolchoamento das proeminências ósseas, estimulação de movimentos ativos e passivos foram alguns dos cuidados de enfermagem oferecidos a esse paciente. **Conclusão:** Diante da ausência de um programa público voltado ao atendimento do portador de HTLV, são necessárias ações que possam auxiliar no monitoramento e controle dessa infecção viral, como a busca ativa de infectados, a orientação dos mesmos e de seus familiares, a realização de exames clínicos e laboratoriais para a prevenção e/ou detecção precoce de doenças e a investigação das características epidemiológicas relacionadas à infecção.

Descritores: enfermagem, cuidados preventivos, perfil sociodemográfico, doenças raras, infectologia.

Abstract

Objective: To carry out an experience report on nursing assistance to a patient with human T-lymphotropic virus type 1 (HTLV type 1). **Methodology:** Descriptive, exploratory, retrospective and quantitative study. **Results:** New arrival not soon attended to reference hospital, native of his residence, already in convalescence for several years with HTLV TYPE 1, or patient A.P.O, 58 years old. Patient with chronic use of corticosteroid and nine days after death, after cardiorespiratory arrest due to kidney failure (among other complications) and was found to

Francilany Fabiola Vilhena Vieira

Enfermeira especialista Graduada de Enfermagem do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0001-9664-3809

Jamile da Silva Corrêa

Enfermeira especialista Graduada de Enfermagem do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0003-1657-305X

Rejane de Almeida Martins

Enfermeira especialista Graduada de Enfermagem do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS: Av. Prof. Nilton Lins, 3259 – Flores. CEP 69058-030 – Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0002-3971-2545

Debora dos Santos Cardoso

Enfermeira especialista, Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus, AM - Brasil.

ORCID: 0000-0002-2797-7060

Taís Amaral Dantas

Enfermeira especialista, preceptora do curso de Enfermagem do Centro

Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus, AM - Brasil.
ORCID: 0000-0001-9120-9691

Elen de Oliveira Vieira Bandeira

Enfermeira especialista, Graduada de Enfermagem do Centro Universitário Nilton Lins – UNINILTONLINS – Manaus, AM - Brasil.
ORCID: 0000-0002-1242-560X

Izabela Cristina da Silva dos Santos

Enfermeira especialista, atuando como assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD - Dom Pedro, Manaus
ORCID: 0000-0002-3311-5571

Elaine Fabricia Oliveira da Silva

Enfermeira especialista, atuando como assistencial na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD.
ORCID: 0000-0002-5112-7111

Arimatéia Portela de Azevedo

Enfermeiro Mestre – Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Comissão de Feridas da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD, Manaus, Am, Brasil, Professor do curso de enfermagem na Universidade Nilton Lins – Flores
ORCID: 0000-0002-5434-4656

be dead after 45 minutes of resuscitation. A constant observation of the (balanced) feeding offered, observation of hypo or hyperglycemia sinuses, decubitus change, padding of bone prominence, stimulation of active and passive movements for some two nursing care offered to this patient. Conclusion: During the absence of a public program aimed at the care of the HTLV carrier, there are necessary actions that provide assistance, not to monitor and control the viral infection, such as the active search for infected people, the orientation of two families and their relatives, to carry out the clinical and laboratory examinations for the prevention and / or early detection of illnesses and investigation of epidemiological characteristics related to infection.

Descriptors: sickness, preventive care, sociodemographic profile, rare doenças, infectology.


Resumen

Objective: To carry out an experience report on nursing assistance to a patient with human T lymphotropic virus type 1 (HTLV type 1). Methodology: Descriptive, exploratory, retrospective and quantitative study. Results: New arrival not soon attended to reference hospital, native of his residence, already in convalescence for several years with HTLV TYPE 1, or patient A.P.O, 58 years old. Patient with chronic use of corticosteroid and nine days after death, after cardiorespiratory arrest due to kidney failure (among other complications) and was found to be dead after 45 minutes of resuscitation. A constant observation of the (balanced) feeding offered, observation of hypo or hyperglycemia sinuses, decubitus change, padding of bone prominence, stimulation of active and passive movements for some two nursing care offered to this patient. Conclusion: During the absence of a public program aimed at the care of the HTLV carrier, there are necessary actions that provide assistance, not to monitor and control the viral infection, such as the active search for infected people, the orientation of two families and their relatives, to carry out the clinical and laboratory examinations for the prevention and / or early detection of illnesses and investigation of epidemiological characteristics related to infection.

Palabras clave: sickness, preventive care, sociodemographic profile, rare doenças, infectology.

RECEBIDO: 15/01/2022 | APROVADO: 19/03/2022

INTRODUÇÃO

 HTLV-I é um retrovírus associado a enfermidades, sendo descritas doenças como Paraparesia Espástica Tropical/

Mielopatia (PET/MAH) associada ao HTLV-I, leucemia/linfoma de células T do adulto, uveíte associada ao HTLV (HAU). Já o HTLV-II não está associado a patologias, embora existam relatos de sua concorrência com

doenças neurológicas semelhantes às associadas ao HTLV-I^{1,7,11}.

Para uma transmissão eficiente do vírus do HTLV-1. In vivo, depende da transferência de linfócitos infectados no leite materno, sêmen ou hemoderi-

vados transfundidos².

Sabe-se que a infecção pelo HTLV-1 gera mudanças na resposta imune sistêmica ocasionando a perda de tolerância e desenvolvimento auto imune alterando o equilíbrio entre os perfis Th1 e Th2. O vírus altera a atividade regulatória de células T CD4+, consequentemente afetando a homeostasia entre diversas citocinas como IFN- γ , TNF- α , TGF- β e IL-10, o que ocasiona o desbalanceamento entre respostas inflamatórias e anti-inflamatórias^{3,7,10,19}.

O HTLV não tem cura, é assintomático, seu diagnóstico dificilmente é feito antes do aparecimento das doenças a que o vírus está associado, e estas normalmente levam a incapacitação física do indivíduo, depressão e morte. O Brasil possui o maior número de infectados, mas não dispõe de programas efetivos de contenção da transmissão do vírus⁴.

Dentre outras patologias, esse vírus pode provocar uma manifestação inflamatória neurológica: a Paraparesia Espástica Tropical (TSP) associada ao HTLV-1, que se inicia e evolui de modo insidioso sendo muito improvável afirmar quando surgem os primeiros sintomas⁵.

É um patógeno pertencente à família dos retrovírus, merecedor de atenção devido a seu mecanismo de transmissão por via parenteral e por estar associado a doenças graves como a leucemia/linfoma de células T do adulto (LLTA) e a mielopatia associada ao HTLV/ paraparesia tropical espástica (HAM/TSP)⁶.

O primeiros retrovírus em humanos HTLV-1, ocorreu em 1980, após o estudo de células em um indivíduo que apresentava linfoma cutâneo de células T, o qual foi denominado HTLV-1. Dois anos depois, um novo subtipo, o HTLV-2, foi detectado após ser associado a um caso de leucemia em

“

Sabe-se que a infecção pelo HTLV-1 gera mudanças na resposta imune sistêmica ocasionando a perda de tolerância e desenvolvimento auto imune alterando o equilíbrio entre os perfis Th1 e Th2. O vírus altera a atividade regulatória de células T CD4+, consequentemente afetando a homeostasia entre diversas citocinas como IFN- γ , TNF- α , TGF- β e IL-10, o que ocasiona o desbalanceamento entre respostas inflamatórias e anti-inflamatórias

”

”

células T⁷.

Estudos revelam que a coinfeção HIV-1/HTLV pode interferir no desenvolvimento e instalação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), variando de acordo com o tipo viral. Na infecção conjunta HIV-1/HTLV-1; por ambos os vírus terem tropismo por linfócitos T CD4+ pode haver progressão rápida para Aids pelo fato do HTLV-1 imortalizar a célula e aumentar o número de células T CD4+ e, consequentemente aumentar a replicação viral de reservatórios latentes⁸.

O vírus da leucemia de células T humano tipo 1 (HTLV1) foi identificado como o primeiro retrovírus oncogênico humano há 30 anos. Este vírus está intimamente associado com o desenvolvimento de Linfoma de Células T do Adulto (LTA) e um tipo de mielopatia progressiva, conhecida como mielopatia associada ao HTLV-1/Paraparesia Espástica Tropical (PET/MAH)⁹.

Associado ao HTLV-1 se tem como a mais comum manifestação neurológica a paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1 (PET/MAH). A principal manifestação clínica desta doença é a paraparesia espástica, a qual é caracterizada por uma evolução lenta e progressiva envolvendo o neurônio motor superior e inclui alterações sensoriais e disfunções esfinterianas¹⁰.

Hoje, estima-se que de 10 a 20 milhões de pessoas em todo o planeta estejam infectadas com o HTLV-1. Apesar da transmissão ocorrer em diversas partes do mundo, sua prevalência varia segundo a localização geográfica, fatores étnicos e raciais e grupos populacionais mais expostos aos fatores de risco. No Brasil, estima-se que 800 mil indivíduos carregam o vírus¹¹.

O paciente portador de doenças imunossupressora deve ter uma boa adesão ao plano terapêutico, deve

também atender as recomendações acordadas com os profissionais de saúde, em relação a ingestão de seus medicamentos, seguimento da dieta ou mudança de seu estilo de vida ^{3,12}.

Os fármacos utilizados para tais patologias apresentam alta toxicidade associada à estreita faixa terapêutica, devendo-se ter controle de níveis séricos. Assim, é necessário o estudo de utilização de medicamentos em clínicas que os utilizam, fornecendo uma visão geral de seu consumo e uso racional em uma dada população ^{4,13}.

Pacientes portadores de HTLV1, em geral, tem quadro clínico de avanço lento ou até assintomático. Quando os primeiros sintomas da infecção começam a se manifestar, normalmente o paciente já está em estágio avançada da doença, nos poucos casos em que este consegue um diagnóstico preciso a tempo de retardar o avanço da infecção, a profilaxia já é ineficiente e os métodos de tratamento tem apenas o papel de melhorar ao máximo possível a qualidade de vida do paciente¹⁴.

O vírus HTLV-1, é considerado de fácil transmissão, é assintomático e associado a graves doenças de caráter degenerativo. O HTLV-1 é uma doenças pouco estudada apouco informação e dificuldades enfrentadas por pacientes HTLV-1 positivos e até por parte de profissionais da área da saúde durante a fase de diagnóstico e tratamento, reflete com isso o cuidado, desmazelo acerca da contenção da transmissão, políticas de divulgação do HTLV / doenças associadas e incentivo a pesquisa, principalmente por parte do ministério da Saúde e órgãos de vigilância epidemiológica ¹⁵.

Por ser uma doença pouco conhecida, há grande dificuldade nessa busca dos sintomáticos, visto que muitos, não sabem que possuem a doença



O vírus HTLV-1, é considerado de fácil transmissão, é assintomático e associado a graves doenças de caráter degenerativo. O HTLV-1 é uma doenças pouco estudada apouco informação e dificuldades enfrentadas por pacientes HTLV-1 positivos e até por parte de profissionais da área da saúde durante a fase de diagnóstico e tratamento, reflete com isso o cuidado, desmazelo acerca da contenção da transmissão, políticas de divulgação do HTLV / doenças associadas e incentivo a pesquisa, principalmente por parte do ministério da Saúde e órgãos de vigilância epidemiológica



e receio e/ou desinteresse em saber o resultado de seu exame, talvez por medo, ou por não terem conhecimento da doença ou algum outro motivo desconhecido, inviabilizando a descoberta e o controle de novos casos da infecção ¹⁶.

Além de terem muitos fatores relacionados aos indivíduos infectados, muitos profissionais de saúde desconhecem sobre a infecção por HTLV1, por vezes não ser um assunto inserido desde a graduação ou por não procurarem meios de conhecê-la. Ter um conhecimento amplo é de fato de extrema importância para uma avaliação clínica adequada e diagnóstico diferencial dos indivíduos infectados, pois muitos deles podem não estar recebendo o tratamento adequado de suas doenças ¹⁷.

Algumas enfermidades degenerativas, como a HAM/TSP, podem confundir seu diagnóstico, visto que nem sempre a sintomatologia é presente ou pode não ser bem característica da infecção por HTLV-1. A atualização dos profissionais forneceria melhor discernimento para distinguir o diagnóstico da doença e poderia fornecer alternativas a um melhor tratamento da enfermidade ^{7,18}.

Muitos aspectos aparentemente já definidos, sobre transmissão e morbidade do vírus em indivíduos, famílias e populações, têm sido escassamente explorados, como se o assunto da epidemiologia e o problema de saúde coletiva estivessem exauridos ^{6,19}.

Os cuidados de enfermagem ao paciente portador de doenças imunossupressora como é o caso do HTLV 1, não difere em nada de outros pacientes com o mesmo perfil clínico e patológico. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se insere nesse contexto como instrumento fundamental para atingir os objetivos ^{2,10}.

Nessa perspectiva, o ambiente do cuidado em saúde/enfermagem ao portador do HTLV-1, precisa ser mais bem Conhecido e compreendido para que atinja a dimensão sistêmica, apreendido como um processo circular que leve em conta tanto o indivíduo que necessita de cuidados como também as condições em que o mesmo é realizado, os recursos humanos e materiais disponíveis²¹.

O enfermeiro, com o paciente, família e equipe multidisciplinar, precisará estar sempre alerta aos fatores de risco e fatores relacionados aos processos infecciosos para poder planejar e implementar intervenções específicas e avaliar a evolução de cada caso^{2,12}.

Os agentes imunossupressores possuem características específicas relacionadas às suas indicações, aos mecanismos de ação, aos efeitos adversos e às interações medicamentosas, no qual o conhecimento e compreensão dessas características são fundamentais ao manejo da terapia visando à adequada função do enxerto. Nesse cenário, a equipe de enfermagem possui responsabilidades não apenas na administração dos imunossupressores, mas também em monitorar os resultados, prever complicações e na educação em saúde dos pacientes e familiares^{1,3}.

O manejo dos imunossupressores exige profissionais de enfermagem embasados cientificamente no que concerne às suas características e aos seus cuidados relacionados, a fim de garantir uma terapia segura e eficaz, como suporte para o paciente com orientações pertinentes, garantindo seu empoderamento no próprio processo de cuidar^{2,4}.

A avaliação da adesão aos imunossupressores foi dividida em métodos diretos e indiretos, e deve-se considerar que cada método possui desvan-



A combinação entre diferentes imunossupressores no estágio de manutenção da imunossupressão é benéfica devido a seus diferentes mecanismos de ação atuarem de forma sinérgica e permitirem a redução na dose de cada imunossupressor, diminuindo efeitos secundários relacionados a dose destes medicamentos



tagens e vantagens. Um método muito útil para medir de forma objetiva a adesão a esses medicamentos, através de exames que verificam a suas concentrações, é o monitoramento dos níveis de drogas e seus metabólitos no sangue ou urina, sendo os níveis sanguíneos os mais utilizados¹⁹.

Reforça-se que a não adesão medicamentosa gera, de certo modo, desperdícios de investimento, já que o custo pode ser aumentado pela necessidade de outras intervenções para tratar as complicações advindas, tais como: maior número de internações hospitalares e exames laboratoriais, maior número de biópsias do enxerto e tratamentos específicos para tratar a rejeição. Ou seja, quando o paciente não adere aos imunossupressores, o impacto econômico é negativo e os desfechos clínicos são desfavoráveis²⁰.

A combinação entre diferentes imunossupressores no estágio de manutenção da imunossupressão é benéfica devido a seus diferentes mecanismos de ação atuarem de forma sinérgica e permitirem a redução na dose de cada imunossupressor, diminuindo efeitos secundários relacionados a dose destes medicamentos^{7,9}.

Por serem de alta toxicidade associada à estreita faixa terapêutica, esses medicamentos devem ter controle de nível sérico e alta vigilância quanto à toxicidade e à efetividade. Além disso, apresentam inúmeras interações medicamentosas, levando a um aumento ou à diminuição dos níveis séricos, podendo ocorrer toxicidade ou falha terapêutica¹⁵.

Portanto, devem ser frequentemente monitorados e ajustados apropriadamente, principalmente em se tratando de paciente em TCTH que utiliza esquemas terapêuticos complexos com um grande número de medicamentos. Dessa forma, faz-se necessário, em

um ambiente hospitalar, o estudo de utilização de medicamentos (EUM) em clínicas que usam imunossupressores de forma profilática e terapêutica^{12,13}.

Os estudos clínicos servem para acrescentar conhecimento médico relativo ao tratamento, ao diagnóstico e à prevenção de doenças ou de condições. Os objetivos de um ensaio clínico são demonstrar a superioridade ou a não inferioridade de uma intervenção em relação a uma intervenção-padrão. As variáveis analisadas comumente compreendem a resolução ou o controle de uma condição de saúde (eficácia, quando em condições ideais; efetividade, quando em condições reais), e os eventos adversos que decorrem da intervenção (segurança no controle de efeitos indesejáveis da atenção)¹⁷.

Não obstante, poucos estudos têm sido considerados, em relação aos resultados das intervenções em indivíduos infectados pelo HTLV-1. No entanto, apesar do fato de serem preliminares, os resultados existentes apontam para um caminho positivo que podem auxiliar no alívio de sintomas e melhoria dos sinais clínicos funcionais em indivíduos afetados por esta doença¹⁹.

Portanto, o objetivo principal deste estudo foi realizar um relato de experiência sobre a assistência de enfermagem a um paciente portador do vírus Tlinfotrópico humano tipo 1 (HTLV tipo 1).

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, retrospectivo e quantitativo que teve como objetivo principal realizar um estudo de caso sobre a assistência de enfermagem a um paciente portador do vírus Tlinfotrópico humano tipo 1 (HTLV 1).

A pesquisa foi realizada com infor-



Não obstante, poucos estudos têm sido considerados, em relação aos resultados das intervenções em indivíduos infectados pelo HTLV-1. No entanto, apesar do fato de serem preliminares, os resultados existentes apontam para um caminho positivo que podem auxiliar no alívio de sintomas e melhoria dos sinais clínicos funcionais em indivíduos afetados por esta doença



mações colhida de variáveis existentes no prontuário eletrônico (idoclor) da Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Viera Dourado-FMT/HVD sobre a assistência de enfermagem a um paciente portador de doença rara causada pelo vírus T-Linfotrópico Humano tipo 1.

As informações utilizadas neste estudo foram coletadas a partir de inquérito descritivo utilizando-se de planilha própria (em anexo) para coleta de dados do prontuário eletrônico.

Não foram úteis para este estudo informações de outro paciente que não fosse o investigado.

A pesquisa foi realizada na Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado-FMT/HVD, que é um hospital universitário, terciário, referência em doenças infectocontagiosas no Estado do Amazonas. Diante do exposto tem suas ações voltadas ao diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias, as características endêmicas, emergentes e reemergentes na região.

RELATO DE EXPERIENCIA

Deu nova entrada no pronto atendimento do hospital referência em doenças infectocontagiosa do Estado do Amazonas, em cadeira-de-rodas, desorientado, hiporesponsivo, acompanhado de seu filho, oriundo de sua residência, já em convalescência há vários anos pelo vírus Tlinfotrópico humano do tipo 1 (HTLV TIPO 1), o paciente A.P.O., 58 anos, natural do Estado do Amazonas, diabético, caminhoneiro, solteiro, 5 filhos, tabagista e etilista há 35 anos, com sonda vesical de demora e sonda nasoenteral, com história de sonolência e falta de ar.

No dia seguinte, paciente restrito ao leito, com rebaixamento de consciência, sonolento, aumento do Glas-

glow de 3 para 5 (abertura ocular ao estímulo doloroso 2, resposta verbal com sons incompreensíveis e ausência de resposta motora). Pupilas com foto reação. Anemia grave com Hg 6,8 e HCT de 18,1 sendo indicada hemotransfusão de 2 bolsas de concentrados de hemácias. Paciente desorientado, hiporesponsivo, de cadeira-derodas, hipocorado, eupnéico, estado geral regular.

Dois dias depois da internação foi realizada avaliação pela equipe de enfermagem onde foi observado que o paciente continuava inconsciente, padrão respiratório torácico superficial, pupilas isocóricas foto reagentes, edemas nos membros inferiores e ferimentos devido queda em pé direito, pernas direita e esquerda. Temperatura axilar 32,7° C, Ausculta Cardíaca 2T BHF Sem sopro, Frequência Cardíaca: 89 batimentos por minutos, Aus-

culta Pulmonar: sem ruídos adventícios. 17 irpm. Abdome sem alterações mas com presença de cicatriz central, membros superiores: presença de edema +++/+4 na mão esquerda.

No dia seguinte foi realizado avaliação neurológica: paciente com abertura ocular a estímulo doloroso, resposta verbal com sons incompreensíveis e ausência de resposta motora. Glasgow: 5. Pupilas foto reagentes.

Após a avaliação neurológica, percebeu-se alteração na função renal. Deixado em hidratação SF 0,9% EV 300ml de 3/3h e água no intervalo, débito urinário noturno de apenas 25ml. Solicitado parecer para a nefrologia o qual informou que no ponto de vista nefrológico o paciente era considerado grave, com insuficiência renal. Foi implantado cateter para diálise. Não tolerou procedimento e chocou. Diálise suspensa.

No quinto dia de internação, após exame físico realizado pela enfermagem do plantão, o paciente apresentava abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ruídos hidroacéus-RHA presentes sem visceromegalias. Presença de cicatriz na região do flanco esquerdo e cicatriz centralizada na região xifoide, presença de descamação abdominal e membros inferiores com presença de lesão trocântérica com secreção purulenta e esverdeada, área de esfacelamento e necrose. Lesão sacral profunda, com visualização de planos musculares.

No sexto dia de internação, durante a visita diária de enfermagem, foi realizada nova anamnese: paciente obeso, acamado, escarras infectadas, pressão arterial nos controles de prontuário – 80x60mmHg. Anêmico, (Hematócrito 18% Hemoglobina 6,2)

Quadro 2 - Atitudes e práticas de equipe de enfermagem na assistência a este paciente.

Agravos	Tipo de assistência prestada
Paciente diabético	Monitorização permanente da glicemia capilar
	Observação constante da alimentação (balanceada) oferecida ao paciente
	Observação de sinais de hipo ou hiperglicemia
Acamado	Mudança de decúbito a cada 2 horas
	Acolchoamento das proeminências ósseas
	Estimular movimentos ativos e passivos
Com lesão por pressão	Confecção diária do curativo
	Descompressão da lesão
Comatoso	Monitoramento dos sinais vitais
	Erguer cabeceira e grades lateral da cama
Com síndrome diarreica	Averiguar dieta adequada para o quadro clínico
	Policar possíveis sinais de desidratação

Fonte: prontuário eletrônico Idocor da FMT/HVD.

que pode ter contribuído para o choque - ideal transfundir. Paciente em uso crônico de corticoide.

No sétimo dia de internação, constatado óbito após 45 minutos de reanimação por parada cardiorrespiratória.

A participação do enfermeiro no atendimento ao paciente com diabetes mellitus, assim como da equipe multiprofissional, é vital para o restabelecimento e/ou manutenção da saúde do indivíduo portador da diabetes mellitus. Dentre os principais fatores de risco para o diabetes destacam-se: os riscos ambientais, o tabagismo, os genéticos, os comportamentais, a alimentação imprópria, a inatividade física, a obesidade e a dislipidemia ^{2, 16}.

Outro agravamento que comumente acomete o paciente acamado, é o aparecimento de lesão por pressão. Esse tipo de lesão tornou-se um fenômeno muito comum, apresentando alta prevalência mundial com a necessidade de medidas avaliativas para este tipo de lesão ^{2, 16}.

Podem-se perceber que a assistência de enfermagem sistematizada e humanizada proporciona conforto ao paciente de modo a garantir cuidados à ele desprendido ^{5, 7, 11}.

O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo ao lado do paciente, logo, é o mais indicado para o desenvolvimento de ações educativas. O resultado dessas ações refletirá no aumento da satisfação e qualidade de vida, a realização de cuidados de forma eficaz, a redução da ansiedade, o empoderamento frente ao processo de doença e o aumento da adesão ao tratamento ^{14, 20}.

Nesse cenário, a equipe de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, tem atuação imprescindível, uma vez que o preparo e a administração de medicamentos é uma de suas ativi-



O enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo ao lado do paciente, logo, é o mais indicado para o desenvolvimento de ações educativas. O resultado dessas ações refletirá no aumento da satisfação e qualidade de vida, a realização de cuidados de forma eficaz, a redução da ansiedade, o empoderamento frente ao processo de doença e o aumento da adesão ao tratamento



dades rotineiras e de responsabilidades legais da equipe, ocupando papel de destaque na função terapêutica a que o paciente está submetido, logo, cabem à equipe a detecção precoce e a prevenção de riscos e de possíveis complicações advindas da terapia medicamentosa ^{4, 8, 11}.

Existem outras complicações médicas associadas em pacientes com PET/MAH, incluindo anormalidades em radiografias do tórax, Síndrome de Sjogren, cataratas, Artropatia, uveítes, polimiosite e complicações dermatológicas ^{5, 7, 12}.

O cuidado paliativo compreende uma abordagem de cuidado diferenciada, que se propõe a promover a qualidade de viver do paciente e de seus familiares, através da prevenção e tratamento adequados para amenizar o sofrimento, por meio do diagnóstico precoce, avaliação eficaz, observação para evitar problemas físicos, além de providenciar suporte psicossocial e espiritual ^{11, 20}.

CONCLUSÃO

Através desse estudo notou-se o quanto é importante que o enfermeiro tenha um conhecimento amplo e ao mesmo tempo específico, embasado na ciência e evidência associada a prática clínica, a fim de garantir um cuidado direcionado, integral e de qualidade ao paciente crítico portador de doenças infecciosas raras. Mesmo que através da assistência prestada não seja possível "garantir a vida", é dever do profissional conferir-lhe uma assistência qualificada em todo o tempo, a fim de proporcionar uma "morte digna". Além disso, cabe à equipe, cumprir seu papel de forma ética e humanizada.

Referências

1. CAMPOS, K. R. et al. Comparação de teste laboratoriais para o diagnóstico de infecção por vírus linfotrópicos de células t humanas tipo 1 (htlv-1) e tipo 2 (htlv-2) em pacientes infectados por hiv-1. *Revista Inst. Adolfo Lutz, São Paulo*, v. 74, n. 1, p. 57-65, mar., 2015. Disponível em: <http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5959>
2. CARVALHO, M. L. et al. Impactos físico-funcionais em pacientes portadores do vírus t- linfotrópico humano 1: revisão de literatura, *Revista UNIFACS, [S.l.]*, v. 14, p. 79-86, 2015. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/3672/2757>
3. COELHO, J. L. et al. Importância das ações de extensão universitárias na prevenção de infecção de e doenças associadas ao vírus linfotrópico-t humano. *Revista Pan-Amazônica de Saúde, [S.l.]*, v. 9, n. 1, p. 25-31, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v9n1/2176-6223-rpas-9-01-25.pdf>
4. CORRÊA, V. A. C. et al. Capacidade funcional em indivíduos com paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao htlv-1. *REFACS, Uberaba*, v. 6, n. 1, p. 07-14, mar., 2018. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/download/2353/pdf>
5. COSTA, I. B. et al. Avaliação diagnóstica das infecções por vírus epstein-barr, parvovírus b19 e vírus linfotrópico de células t humanas em pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico em hospital de referência do Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde, Ananindeua-PA*, v. 7, p. 167-176, dez., 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7nesp/2176-6223-rpas-7-esp-00167.pdf>
6. GORGE, M. J. Um método quantitativo para incorporação da dimensão organizacional à avaliação da inovação na organização pública multipropósito de saúde. *Revista Adm. Made, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 2, p. 21-42, maio/ago., 2015. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/admmade/article/viewfile/1426/787>
7. MORAIS, M. T. M.; CAIRES, S. S. C. Perfil socioepidemiológico dos portadores do HTLV em um município do sudoeste baiano. *Revista de Saúde Coletiva da UFEs, Feira de Santana*, v. 7, n. 3, p. 18-21, dez., 2017. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/1220/2176>
8. OLIVEIRA, F. R. P. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de internação pós-transplante: descrição e análise. *Revista Eletrônica de Farmácia, [S.l.]*, v. 16, p. 01-07, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ref/article/view/45958/34399>
9. OLIVEIRA, R. A.; TURRINI, R. N. T.; POVEDA, V. B. Adesão à terapêutica imunossupressora após o transplante de fígado: revisão integrativa. *Revista Latino-Am. Enfermagem, [S.l.]*, v. 24, p. 01-10, mar., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_01041169-rlae-24-02778.pdf
10. PEREIRA, W. A.; MESQUITA, E. M. Vírus linfotrópico de células t humana (HTLV): doenças associadas e dificuldades no e diagnóstico tratamento. *Rev. Ciênc. Saúde, São Luís*, v. 17, n. 1, p. 40-46, jan./jun., 2015. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/4659/2527>
11. PRIMO, H. F. B. C.; HAYAKAWA, L. Y. Conhecimento da equipe de enfermagem na assistência ao paciente em pós-operatório de transplante renal. *Revista Uningá Review, [S.l.]*, v. 29, n. 3, p. 11-17, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uninga-reviews/article/view/1975>
12. RIBEIRO, J. M. C. et al. Instrumento de avaliação da adesão medicamentosa e aferição da concentração de imunossupressores: relato de experiência. *Rev. Enferm. UFPE Online, Recife*, v. 10, n. 6, p. 2267-2272, jun., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11243/12851>
13. RUBACK, T. M.; MENEZES, M. G. B.; ARAÚJO, M. T. Diagnósticos de enfermagem em um paciente portador de insuficiência renal crônica. *Revista Digital FAPAM, Pará de Minas*, v. 5, n. 5, p. 302-327, abr., 2014. Disponível em: <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/94/89>
14. SÁ, R. C.; SOARES, C. R. S. Terapia imunossupressora no transplante de fígado: contribuição para enfermagem. *Rev. Ciênc. Saúde, São Caetano do Sul*, v. 14, n. 50, p. 111-125, out./dez., 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3992
15. SANTOS, F. C.; FILHO, P. C. C.; XAVIER, M. T. Avaliação do conhecimento de formandos em odontologia sobre a infecção pelo vírus htlv-1 e suas consequências sobre a saúde bucal. *Revista de Saúde Coletiva UFEs, Feira de Santana*, v. 6, n. 2, p. 23-29, dez., 2016. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva/article/view/1180>
16. SEMEÃO, L. E. S. et al. Soro prevalência do vírus linfotrópico de células t humanas (HTLV) entre doadores de sangue em hemocentros de Maringá-Paraná e Boa Vista-Roraima. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, v. 24, n. 3, p. 523-529, jul./set., 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n3/523-529/pt>
17. SILVA, I. C. et al. Moderada endemicidade da infecção pelo vírus linfotrópico-t humano na região metropolitana de Belém, Pará, Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol. [S.l.]*, v. 21, n. 11, p. 01-14, out., 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2018.v21/e180018/>
18. SILVA, L. C. F.; MARTINS, C. L.; TOFANI, A. A. Perfil de utilização de imunossupressores para profilaxia de doença enxerto versus hospedeiro em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 65, n. 2, p. 01-10, abr./jun., 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/148>
19. SILVA, N. M. M. et al. Relação da função vesical e marcha em indivíduos com vírus linfotrópico de células t humana tipo 1. *Revista Saúde e Pesquisa, [S.l.]*, v. 11, n. 2, p. 213-221, maio/ago., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6504>
20. TIZO, J. M.; MACEDO, L. C. Principais complicações e efeitos colaterais pós-transplante renal. *Revista Uningá Review, [S.l.]*, v. 24, n. 1, p. 62-70, out./dez., 2015. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20151006_133822.pdf

Desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde

Perinatal outcomes of women accompanied in primary health care

Resultados perinatales de mujeres acompañadas en la atención primaria de salud

Resumo

Objetivo: avaliar os desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na Atenção Primária à Saúde em um município do noroeste do Paraná entre 2019 e 2020. Método: trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, com mulheres que realizaram pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados por meio dos prontuários eletrônicos e entrevistas telefônicas. Aplicou-se um questionário acerca das características sociodemográficas maternas, aspectos da gestação atual, e as características do parto e recém-nascidos. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva. Resultados: os recém-nascidos possuíam peso e idade gestacional adequados, além de ausência de óbitos. Contudo, alguns desfechos necessitem ser melhor investigados, como as taxas de cesarianas elevada. Conclusão: os desfechos perinatais foram favoráveis entre as mulheres que realizaram o pré-natal em uma UBS do noroeste do Paraná entre 2019 e 2020, englobando tanto as características sociodemográficas maternas e de gestação, quanto os do parto e recém-nascidos

Descritores: Enfermagem; Pré-natal; Saúde materno-infantil; Período perinatal; Desfechos perinatais.

Abstract

Objective: to evaluate the perinatal outcomes of women followed up in Primary Health Care in a city in northwest Paraná between 2019 and 2020. Method: this is a descriptive and exploratory study, with a quantitative approach, with women who underwent prenatal care at the Basic Health Unit. Data were collected through electronic medical records and telephone interviews. A questionnaire was applied about maternal sociodemographic characteristics, aspects of the current pregnancy, and characteristics of childbirth and newborns. Data analysis was performed using descriptive statistics. Results: the newborns had adequate weight and gestational age, in addition to the absence of deaths. However, some outcomes need to be further investigated, such as high cesarean section rates. Conclusion: deliveries 2 perinatal deliveries were prenatal among women who encompass the UBS of

Andriely Guedes Saturnino

Enfermeira. Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil

ORCID: 0000-0003-2888-5499

Camila Moraes Garollo Piran

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

ORCID: 0000-0002-9111-

Alana Vitória Escritori Cargnin

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

ORCID: 0000-0002-7733-2420

Bianca Machado Cruz Shibukawa

Enfermeira. Mestre. Doutora em Enfermagem. Docente no Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

ORCID: 0000-0002-7739-7881

Maria de Fátima Garcia Lopes Merino

Enfermeira. Mestre. Doutora em Enfermagem. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de

Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

ORCID: 0000-0001-6483-7625

Marcela Demitto Furtado

Enfermeira. Mestre. Doutora em Enfermagem. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá-UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

ORCID: 0000-0003-1427-4478

northwest Paraná 2019 and 2020 maternal and sociodemographic characteristics, as for newborns and newborns.

Descriptors: Nursing; Prenatal; Maternal and Child Health; perinatal period; Perinatal outcomes.

Resumen

Objetivo: evaluar los resultados perinatales de mujeres seguidas en la Atención Primaria de Salud de un municipio del noroeste de Paraná entre 2019 y 2020. Método: se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, con abordaje cuantitativo, con mujeres que realizaron el control prenatal en la Unidad Básica de Salud. Los datos fueron recolectados a través de historias clínicas electrónicas y entrevistas telefónicas. Se aplicó un cuestionario sobre características sociodemográficas maternas, aspectos del embarazo actual y características del parto y del recién nacido. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Resultados: los recién nacidos presentaron peso y edad gestacional adecuados, además de ausencia de defunciones. Sin embargo, es necesario investigar más a fondo algunos resultados, como las altas tasas de cesáreas. Conclusión: los resultados perinatales fueron favorables entre las mujeres que realizaron control prenatal en una UBS del noroeste de Paraná entre 2019 y 2020, abarcando características sociodemográficas tanto maternas como del embarazo, así como del parto y del recién nacido.

Palabras clave: Enfermería; Prenatal; Salud maternal e infantil; período perinatal; Resultados perinatales.

RECEBIDO: 20/02/2022 | APROVADO: 25/03/2022

INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tornou-se uma das prioridades das políticas públicas no Brasil, sendo, ao longo da história, alvo de discussões e reestruturações que possibilitaram a criação de estratégias que visam a promoção da maternidade segura com redução de riscos decorrentes do período gravídico-puerperal⁽¹⁾.

Em 2011, o governo lançou, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha com o objetivo de realizar mudanças no modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, buscando garantir um serviço de qua-

lidade, seguro e humanizado, além de acesso integral ao sistema único de saúde para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento infantil, ações para o planejamento familiar e reprodutivo e, assim, impactar na redução da morbimortalidade materna e neonatal⁽²⁾.

Pactos nacionais e internacionais foram estabelecidos em 2015 entre a Organização das Nações Unidas (ONU) e mais 189 países, incluindo o Brasil. Destacaram-se entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030, a redução da taxa de mortalidade materna, bem como das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos⁽³⁾.

Mesmo diante dos marcantes investimentos e avanços voltados a este público, ainda persistem inúmeros desafios para se proporcionar condições seguras e de qualidade aos nascimentos no país. Evidencia-se que mulheres com histórico de internações prévias ao parto por complicações (infecções, doenças hipertensivas, diabetes e hemorragias) apresentaram desfechos maternos e perinatais desfavoráveis, quando comparadas com gestantes que não foram internadas durante a gestação, dentre os quais destaca-se a maior frequência de internação pós-parto, mortalidade materna, fetal e neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade⁽⁴⁾.

O período perinatal, ou seja, aquele que se estende da 22ª semana de gestação até os sete primeiros dias de vida do neonato⁽⁵⁾, é um período crítico marcado por alta plasticidade biológica e vulnerabilidade⁽⁶⁾. Assim, a mulher necessita de um acompanhamento pré-natal e puerperal de qualidade, envolvendo acolhimento e reconhecimento das suas reais necessidades, na criação de vínculos e orientações pautadas em evidências científicas atualizadas⁽⁷⁾.

É necessário que a assistência pré-natal se constitua de um conjunto de cuidados que envolvam ações preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, a fim de garantir um desfecho saudável para o binômio mãe-bebê⁽⁸⁾.

Em 2020, no Brasil, segundo dados coletados e interpretados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), ocorreram 2.730.145 partos, sendo 1.165.641 destes por via vaginal e 1.562.282 cesáreas, ou seja, 57,22 %, estando acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para partos cesarianos. Do total, 11,3% (308.702) foram prematuros (<37 semanas), 85,34% (2.330.019) a termo (37 a 42 semanas) e 2,05% (56.085) pós-termo (>42 semanas). Em relação a realização do pré-natal, 28,47% (777.430) das gestantes realizaram menos que seis consultas, que é o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

Além disso, a qualidade das consultas pré-natal impacta diretamente nos indicadores de saúde, auxiliando na redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal⁽⁷⁾. No ano de 2020, segundo dados da The World Factbook, o Brasil ficou na 95ª colocação entre os 226 países participantes da pesquisa de taxa de mortalidade

infantil⁽¹⁰⁾, e na 88ª colocação na pesquisa referente a taxa de mortalidade materna⁽¹¹⁾. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 77,25% (14.216) dos óbitos entre indivíduos entre 0 e 6 dias, foram decorrentes de algumas afecções originadas no período perinatal⁽¹²⁾.

Os desfechos perinatais fornecem informações epidemiológicas que auxiliam no reconhecimento do desempenho do serviço de saúde de forma geral, assim como no planejamento de novas ações que busquem melhorar o acesso ao cuidado e a qualidade da assistência à saúde⁽¹³⁾.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar os desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde em um município do noroeste do Paraná entre os anos de 2019 e 2020.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, sobre os desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde em um município da região noroeste do Paraná entre os anos de 2019 e 2020.

O município de estudo está localizado na região sul do Brasil, ocupando uma área territorial de 487.012 km², com uma população estimada em 430.157 habitantes⁽¹⁴⁾. Para o acompanhamento de saúde materno-infantil, desde o pré-natal, parto e puerpério, até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, o município tem como referência a Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada para o usuário. Para situações de maior complexidade há a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e a Atenção Hospitalar Especializada (AHE)⁽¹⁵⁾.

A escolha da Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização do estudo, deve-se ao fato de ser cenário onde ocorre a realização de projeto de pesquisa sobre a temática. A UBS atende um total de 7.692 pessoas e possui duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ambas compostas por: um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁽¹⁶⁾.

Foi realizado busca ativa pelas mulheres atendidas na UBS, sendo assim foram incluídas no estudo as mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal na UBS de estudo entre os anos de 2019 e 2020, por ser um período antes e durante a pandemia da COVID-19. Como critérios de exclusão foram considerados: mulheres com menos de 18 anos, ou que não tinham parido no momento da coleta de dados e aquelas que recusassem responder aos questionamentos. Assim, a população do presente estudo foi composta por 73 mulheres, como demonstra o fluxograma abaixo (Figura 1).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2021 por meio de entrevistas telefônicas, as quais foram previamente agendadas pela pesquisadora, respeitando a disponibilidade de dia e horário das participantes. Tal estratégia foi adotada a fim de respeitar todas as medidas de isolamento, dada a situação de pandemia da COVID-19. Os prontuários eletrônicos também serviram como fonte de dados.

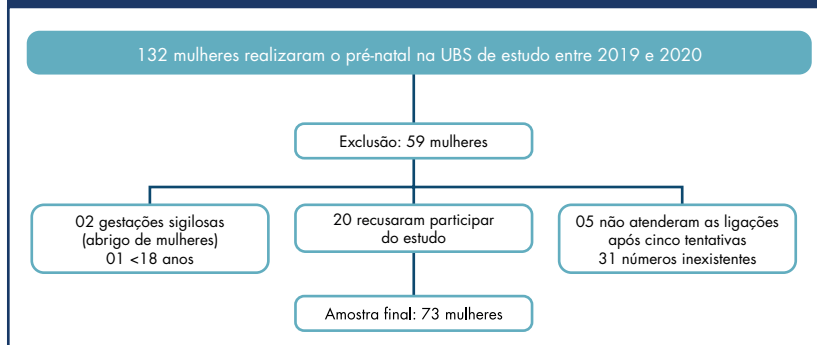
Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado, composto por três sessões: I- identificação dos participantes (idade, escolaridade, renda familiar, dependentes da renda familiar, situação conjugal, ocupação e número de filhos); II- aspectos da gestação atual (idade gestacional na

primeira consulta, número de consultas pré-natal, classificação de risco no terceiro trimestre gestacional, local do pré-natal e internação no período gestacional e motivo da mesma), sendo estes coletados no prontuário e, a seção III características do parto e recém-nascidos (idade gestacional ao nascer, tipo de parto, peso ao nascer, apgar no primeiro e quinto minutos de vida, contato pele-a-pele, complicações na sala de parto, especificando quais foram, internação prolongada e motivos e óbito neonatal), por meio da entrevista com as mulheres.

Após a coleta, os dados foram compilados para uma planilha eletrônica no Programa Microsoft Excel 2010 e analisados por meio de estatística descritiva.

Esse estudo seguiu em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. As participantes foram informadas sobre a pesquisa por telefone e, ao concordarem em participar, o aceite foi gravado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encaminhado por

Figura 1 – Fluxograma de inclusão e exclusão das participantes do estudo – Maringá, Paraná, Brasil, 2021



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

e-mail ou WhatsApp. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme Parecer nº 3.073.257/2018 e CAAE: 96376318.6.0000.0104.

RESULTADOS

Participaram do estudo 73 mulheres que foram acompanhadas na atenção primária à saúde entre os anos de 2019 e 2020. Em relação às variáveis sociodemográficas, observou-se que 54,8% das participantes se encon-

travam na faixa etária entre 20 e 29 anos. Quanto à escolaridade materna em 2019, identificou-se 48,1% de mulheres com 10 a 12 anos de estudo, enquanto em 2020, 56,5% relataram 13 anos ou mais. Evidenciou-se ainda que 64,4% das participantes possuíam renda familiar entre um e três salários-mínimos, 57,5% relataram ter três dependentes dessa renda, 89% possuíam companheiro, 63% com vínculo empregatício e 57,5% possuíam um único filho (Tabela 1).

No que se refere aos aspectos da gestação atual, os resultados apontaram que 89,0% das mulheres iniciaram

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres que realizaram o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde entre 2019 e 2020, Maringá, Paraná, Brasil.

Variáveis	2019		2020		Total	
	n (27)	%	n (46)	%	n (73)	%
Características sociodemográficas maternas						
Idade						
15 a 19 anos	1	3,7	5	10,9	6	8,2
20 a 29 anos	19	70,4	21	45,7	40	54,8
30 a 39 anos	5	18,5	14	30,4	19	26,0
40 a 49 anos	2	7,4	6	13,0	8	11,0
Escolaridade (anos de estudo)						
≤9 anos						
5	18,5	2	4,3	7	9,6	
10 a 12 anos	13	48,1	18	39,1	31	42,5
≥13 anos						

9	33,3	26	56,5	35	47,9	
Renda familiar						
Menos de 1 salário-mínimo	1	3,7	2	4,3	3	4,1
1 a 3 salários-mínimos	20	74,1	27	58,7	47	64,4
Mais de 3 salários-mínimos	6	22,2	17	37,0	23	31,5
Dependentes da renda						
3 dependentes	15	55,6	27	58,7	42	57,5
4 dependentes	5	18,5	11	23,9	16	21,9
5 ou + dependentes	7	25,9	8	17,4	15	20,5
Situação conjugal						
Com companheiro	21	77,8	44	95,7	65	89,0
Sem companheiro	6	22,2	2	4,3	8	11,0
Ocupação						
Desempregada, do lar ou estudante	12	44,4	15	32,6	27	37,0
Trabalha fora ou autônoma	15	55,6	31	67,4	46	63,0
Número de filhos						
1 filho	12	44,4	30	65,2	42	57,5
2 filhos	6	22,2	9	19,6	15	20,5
3 ou +	9	33,3	7	15,2	16	21,9

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

o acompanhamento pré-natal ainda no primeiro trimestre de gestação, com média da idade gestacional de 8,37 semanas. Constatou-se que 93,2% das participantes realizaram seis ou

mais consultas de pré-natal, 60,3% foram classificadas como baixo risco no 3º trimestre gestacional, 47,9% realizaram o pré-natal exclusivamente na UBS de estudo e 84,9% não necessita-

ram de internação durante a gravidez (Tabela 2).

Conforme relatos, os motivos de internação no período gestacional foram relacionados a diminuição do líquido

Tabela 2 – Características da gestação atual de mulheres que realizaram o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde entre 2019 e 2020, Maringá, Paraná, Brasil.

Variáveis	2019		2020		Total	
	n (27)	%	n (46)	%	n (73)	%
Aspectos da gestação atual						
IG na 1ª consulta pré-natal						
0 a 13 semanas	25	92,6	40	87,0	65	89,0
14 a 26 semanas	1	3,7	5	10,9	6	8,2
27 a 40/41 semanas	1	3,7	1	2,2	2	2,7
Número de consultas pré-natal						
≥6 consultas						
26	96,3	42	91,3	68	93,2	
<6 consultas						
1	3,7	4	8,7	5	6,8	
Classificação de risco no 3º trimestre gestacional						
Alto risco	9	33,3	12	26,1	21	28,8
Risco intermediário	3	11,1	5	10,9	8	11,0

Baixo risco	15	55,6	29	63,0	44	60,3
Local do pré-natal						
Exclusivamente na UBS	13	48,1	22	47,8	35	47,9
UBS e ambulatório de risco	8	29,6	12	26,1	20	27,4
UBS e convênio particular	2	7,4	8	17,4	10	13,7
Outros	4	14,8	4	8,7	8	11,0
Internação no período gestacional						
Sim	4	14,8	7	15,2	11	15,1
Não	23	85,2	39	84,8	62	84,9

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

amniótico, endométrio fino, contrações precoces, alterações no cordão umbilical, pré-eclâmpsia e lama biliar relacionada aos níveis hormonais alterados pelo período gestacional.

Com relação às características do parto e dos recém-nascidos, 90,5% nasceram a termo, ou seja, com mais de 37 semanas de idade gestacional e 76,7% foram concebidos por cesarianas. Identificou-se ainda que

67,1% nasceram com peso considerado adequado, 80,8% e 83,6% com Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minuto de vida, respectivamente, 79,5% dos RN foram colocados em contato pele-a-pele na sala de parto, 83,6% não tiveram complicações logo após o nascimento e 84,9% não necessitaram de internação prolongada, ou seja, superior a 48 horas de vida (Tabela 3).

Das 73 mulheres participantes, 11

(15,1%) informaram necessidade de internação prolongada do RN por prematuridade, disfunção pulmonar e apgar menor que o esperado. Destaca-se que não houve nenhum óbito neonatal (Tabela 3).

Ressalta-se que o maior número de mulheres participantes no estudo no ano de 2020, se deve ao remanejamento do atendimento pré-natal de outras Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres que realizaram o pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde entre 2019 e 2020, Maringá, Paraná, Brasil.

Variáveis	2019		2020		Total	
	n (27)	%	n (46)	%	n (73)	%
Características do parto e recém-nascidos						
IG ao nascer						
Menor que 37 semanas	2	7,4	5	10,9	7	9,6
Entre 37 e 42 semanas	25	92,6	41	89,1	66	90,4
Tipo de parto						
Cesárea	19	70,4	37	80,4	56	76,7
Vaginal	8	29,6	9	19,6	17	23,3
Peso ao nascer						
Excesso de peso ($\geq 4000g$)						
2	7,4	3	6,5	5	6,8	
Peso adequado (3000g a 3999g)	18	66,7	31	67,4	49	67,1
Peso insuficiente (2501g a 2999g)	7	25,9	8	17,4	15	20,5
Baixo peso ($\leq 2500g$)	0	0,0	4	8,7	4	5,5
Apgar no 1º minuto de vida						
<7	1	3,7	3	6,5	4	5,5
≥ 7	21	77,8	38	82,6	59	80,8
Desconhecido	5	18,5	5	10,9	10	13,7

Apgar no 5º minuto de vida

< 7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
≥ 7	21	77,8	40	87,0	61	83,6
Desconhecido	6	22,2	6	13,0	12	16,4

Contato pele-a-pele na sala de parto

Sim	21	77,8	37	80,4	58	79,5
Não	6	22,2	9	19,6	15	20,5

Complicações na sala de parto

Sim	4	14,8	8	17,4	12	16,4
Não	23	85,2	38	82,6	61	83,6

Internação prolongada do RN

Sim	6	22,2	5	10,9	11	15,1
Não	21	77,8	41	89,1	62	84,9

Óbito neonatal

Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não	27	100,0	46	100,00	73	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

de Maringá para o local de coleta de dados, forma essa adotada como estratégia de reorganização do serviço de saúde no apoio ao combate à pandemia da COVID-19 no município.

Importante ainda salientar que não houve diferença significativa entre os resultados encontrados entre 2019 e 2020, ano pré-pandemia e ano pandêmico, respectivamente.

DISCUSSÃO

De forma geral, observou-se que os desfechos perinatais das mulheres participantes do estudo foram satisfatórios, como IG ao nascer entre 37 e 42 semanas, o peso adequado do recém-nascido e ausência de óbito neonatal em consonância com as recomendações atuais do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Nota-se a semelhança dos dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas com as mais recentes informações publicadas à nível nacional, como a idade materna (20 a 29 anos) e situação conjugal (com companhei-

ro). A respeito disso, ressalta-se que estes dados se assemelham ao de um estudo realizado em Caxias, no Maranhão (MA), que buscou analisar características sociodemográficas dos pré-natais de alto risco, pois identificou que 67,3% das participantes referiram possuir companheiro, ou seja, tiveram apoio de um parceiro para dividir angústias, anseios, dúvidas e medos⁽¹⁷⁾.

Por outro lado, tal semelhança não pode ser verificada quando se trata da escolaridade materna, já que evidências recentes demonstram que as mulheres que tiveram gestações no ano de 2019, possuíam em média 10,79 anos de estudo, equivalente ao ensino médio incompleto⁽¹⁸⁾, enquanto o estudo demonstrou que 47,9% das entrevistadas possuíam 13 anos ou mais, correspondente ao ensino superior incompleto ou completo. Uma pesquisa que tratou sobre a desigualdade em relação à escolaridade nas diferentes regiões do Brasil, verificou que o analfabetismo concernente a região Nordeste, nos anos de 2016 e 2017, apresentou percentual quatro

vezes maior (14,5%) que as regiões Sul e Sudeste (3,5%)⁽¹⁹⁾.

Com relação a renda, um estudo realizado em 2020 com objetivo de questionar se o valor do salário mínimo vigente atendia as necessidades dos trabalhadores e suas famílias, evidenciou o valor de R\$1.045,00 por família. Concluiu-se que essa quantia se mostrou insuficiente para a manutenção mensal de uma família, segundo as previsões constitucionais do artigo 7º que dispõe sobre os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de visar a melhora da condição social⁽²⁰⁾.

O estudo trouxe que 64,4% das participantes informaram salário entre um e três salários-mínimos e 57,5% relataram três dependentes da renda familiar, sendo a própria, o companheiro e um filho. Corroborando com estudo realizado no estado de Minas Gerais (MG), que analisou o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico de 13 mulheres, indicou dados que se iguaram ao deste estudo, visto que 13 (100%) relataram receber de um a três salários-mínimos, e cinco (38,4%), ou

seja, a maioria, referiram três pessoas residindo no mesmo lar ^[21].

Concernente apresentando vulnerabilidade social, um estudo transversal realizado com gestantes de alto risco, demonstrou que as mulheres que referiram baixa renda, menor escolaridade e não brancas, são as que apresentam abertura do cadastro pré-natal mais tardiamente e de mais baixa qualidade ^[22].

A assistência pré-natal integra um conjunto de ações de prevenção e promoção à saúde materna e da criança, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam ocorrer no ciclo gravídico-puerperal ^[23]. Para os aspectos gestacionais atuais, 89,0% das mulheres entrevistadas iniciaram o acompanhamento pré-natal entre 0 e 13 semanas, correspondente ao primeiro trimestre gestacional, e 93,2% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Esses resultados estão de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de até 120 dias para a realização da primeira consulta pré-natal e de pelo menos seis consultas pré-natais ao decorrer da gestação ^[24].

No estudo, 47,9% das participantes realizaram o pré-natal exclusivamente na UBS, por conta da estratificação de baixo risco, demonstrando que a maioria utilizou a Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de cuidado principal. Pois se houvesse mais mulheres com risco intermediário e alto risco, haveria também uma mudança dos locais de consulta. Esses achados corroboram com um estudo realizado em Minas Gerais, onde a maioria das entrevistadas realizaram o acompanhamento pré-natal integralmente no serviço público de saúde ^[25]. Desse modo, destaca-se a importância do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em

“

É necessário que a assistência pré-natal se constitua de um conjunto de cuidados que envolvam ações preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, a fim de garantir um desfecho saudável para o binômio mãe-bebê

”

1984, que tem como seus princípios e diretrizes a garantia do acesso integral à saúde da mulher, incluindo ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e de recuperação da saúde ^[26].

Diante desse contexto, torna-se importante destacar os principais motivos das estratificações de risco intermediário e alto risco. Sendo gestantes de risco intermediário aquelas que possuem fatores raciais, étnicos, faixa etária, educacionais e reprodutivos que tem maior chance de adoecer durante o período gravídico-puerperal. Já gestantes de alto risco, são aquelas que tem sérios riscos de doença para mãe ou para o bebê e risco de óbito, em decorrências de patologias pré-existentes e específicas do período gestacional, dependência de drogas, amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas), sangramento de origem uterina, isoimunização RhD (Rh negativo), má formação fetal confirmada e outras doenças ^[27, 28].

Ainda em relação a classificação de risco gestacional, revela-se que quanto maior o nível de escolaridade materna, maior a chance de a gestação ser classificada como baixo risco ^[29] e possuir maior proporção de crianças sobreviventes ^[13].

Quanto a necessidade de internação prévia ao parto, complicações na sala de parto e necessidade de internação prolongada, notou-se que duas das quatro mulheres que necessitaram de internação durante a gestação em 2019, tiveram complicações no parto e necessitaram de internação após o parto e nascimento, já em 2020 esse dado foi de três para sete mulheres. Corroborando com os achados de uma coorte de gestantes no município de São Paulo, possibilitou identificar que os recém-nascidos filhos de mães com as variáveis anteriormente men-

cionadas, apresentaram desfechos perinatais piorados, isto porque tiveram maior proporção de peso insuficiente, baixo peso ao nascer e prematuridade⁽⁴⁾.

Já em relação às variáveis de parto e recém-nascidos, a idade gestacional ao nascer referente ao período à termo foi de 90,4% e pré-termo de 9,6%. Tais dados são semelhantes ao de um estudo que analisou as taxas de prematuridade durante o primeiro semestre de 2020 por meio de uma revisão bibliográfica integrativa, a qual demonstrou redução nas taxas de prematuridade devido diminuição da tensão física com a possibilidade de trabalho remoto domiciliar (home office)⁽³⁰⁾.

A cesariana tem sido um dos procedimentos cirúrgicos mais comumente ofertados no mundo e, conforme a OMS, quando realizada por motivos médicos, pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, entretanto, não há estudos que evidenciem benefícios do parto cesárea para mulheres que não necessitam dessa cirurgia⁽³¹⁾. Nos Estados Unidos, em 2015, as taxas de cesariana eram de 32%, sendo que somente 2,5% destes eram realizados sem indicação clínica⁽³²⁾. Ainda, em continentes como a Ásia e África, os dados foram de 19,2% e 7,3%, respectivamente, para o total de partos realizados⁽³³⁾.

Nesta perspectiva, percebe-se que as mulheres são pouco informadas e inseridas em discussões voltadas a sua e gestação e parto, consequentemente, não são informadas sobre as verdadeiras indicações da cesárea. Diante dessa falta de desinformação pode ser que tenha um aumento do número de cesárias, assim necessita de uma mudança no modelo assistencial para um modelo mais humanizado que seja colaborativo, que certamente terá mais satisfação das mulheres e reduzidas



A cesariana tem sido um dos procedimentos cirúrgicos mais comumente ofertados no mundo e, conforme a OMS, quando realizada por motivos médicos, pode reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, entretanto, não há estudos que evidenciem benefícios do parto cesárea para mulheres que não necessitam dessa cirurgia



taxas de intervenção⁽³⁴⁾.

O Brasil, República Dominicana, Chipre, Egito e Turquia são países em que a taxa de partos vaginais é inferior às de cesarianas⁽³⁵⁾. Em consonância com este dado, o presente estudo trouxe que 56 participantes submeteram-se ao parto cesárea, porcentagem que ultrapassa os 15% recomendados pelo MS⁽⁹⁾.

Após o parto, seja ele vaginal ou cesáreo, os profissionais de saúde verificam a Escala de Apgar que tem a finalidade de quantificar, por meio de pontuação, o estado geral do RN, sendo verificado, no primeiro e no quinto minuto de vida. O valor de referência esperado é que seja igual ou maior que sete pontos, sendo que para cada sinal é atribuída uma nota que varia entre zero e dois pontos⁽³⁶⁾. O presente estudo, trouxe que os resultados referentes ao apagar são adequados, isto porque mais de 80% dos bebês apresentaram pontuações que estão de acordo com o que é recomendado. Na Austrália, os RNs que apresentaram o apgar menor que sete pontos, incluíam condições de BPN, prematuridade, parto múltiplo e apresentação pélvica, com maior probabilidade de necessitar de reanimação ou admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁽³⁷⁾.

Salienta-se que as 15 mulheres que negaram a prática do contato pele-a-pele (CPP) na sala de parto, mencionaram que foram submetidas ao parto cesariano. Mesmo que o contato pele-a-pele na sala de parto seja recomendado pelos benefícios fisiológicos e psicossociais para o binômio mãe-bebê, os RNs por cesárea correm maior risco de não vivenciarem essa prática tão importante dos cuidados neonatais pela possível necessidade de intervenção imediata para o estabelecimento da vida extrauterina e limitações mater-

nas e/ou do neonato^[38].

Tem-se percebido que o tipo de parto tem influenciado nessa prática, pois a intervenção por cesárea tem sido considerada um fator de risco para as mulheres em decorrência ao efeito da anestesia, tornando-se um obstáculo para o CPP e a amamentação. Entretanto, o parto cesáreo não deve ser um impedimento para esses cuidados, uma vez que são recomendados pela OMS^[39].

Destaca-se como limitações deste estudo, a seleção amostral por conveniência que impossibilitou análises estatísticas inferenciais; o envolvimento de dados secundários dos prontuários, visto que muitas vezes os mesmos apresentam subnotificações, bem como falta de detalhamento das informações;

o distanciamento social preconizado que impossibilitou a realização de visitas domiciliares para entrevista presencial em decorrência da pandemia da COVID-19.

Ainda, considera-se os resultados do estudo válidos e significativos, dado a importância da identificação dos desfechos perinatais de mulheres acompanhadas na APS, e a possibilidade de refletir sobre os mesmos e construir ações que aprimorem a assistência direcionada à mulher e a criança nessa UBS.

CONCLUSÃO

Os desfechos perinatais foram favoráveis entre as mulheres que realizaram o pré-natal em uma UBS do noroeste

do Paraná entre 2019 e 2020. Os achados englobando tanto as características sociodemográficas maternas e de gestação, quanto os do parto e recém-nascidos em sua maioria, respeitaram as preconizações do MS e da OMS.

Embora os resultados tenham se demonstrado positivos, ainda é necessário aperfeiçoar a qualidade da assistência, visto que foi observado taxa elevada de cesarianas entre os anos de estudo. Sugere-se que novos estudos sejam realizados na área, com outras populações e outros métodos de pesquisa, a fim de compreender melhor os desfechos e refletir em como é possível avançar.

Referências

1. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018;23(6):1915-1928. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria da Consolidação nº 3, 28 set. 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2017 [acesso em 2021 jul 07]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html.
3. Silva ERA. Agenda 2030 : ODS - Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2018 [acesso em 2021 dez 14]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8855/1/Agenda_2030_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf.
4. Moura BLA, Alencar GP, Silva ZP, Almeida MF. Interações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestante do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(1):e00188016. doi: 10.1590/0102-311X00188016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais da saúde. Brasília; 2012 [acesso em 2021 jul 07]; 2ª ed. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf.
6. Horn SR, Ross LE, Berkman ET, Fisher PA. Neuroendocrine and immune pathways from pre-and perinatal stress to substance abuse. *Neurobiology of Stress* [Internet]; 2018 [acesso em 2021 jun 27]; 9(N Esp):140–150. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352289518300250?via%3Dihub>.
7. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2019; 40(4):e20180211. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180211.
8. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2020; 54(N Esp):08. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001458.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2021 [acesso em 2021 jul 01] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
10. Central Intelligence Agency. The World Factbook 2020: taxa de mortalidade infantil. 2020 [acesso em 2021 jul 01]. Disponível em: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/infant-mortality-rate/country-comparison>.
11. Central Intelligence Agency. The World Factbook 2020: taxa de mortalidade materna. 2020 [acesso em 2021 jul 01]. Disponível em: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/maternal-mortality-rate/country-comparison>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. 2021 [acesso em 2021 jul 01]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
13. Lima MM, Aguilar AMM. Análise dos indicadores de saúde materno-infantil de um município do estado do Mato Grosso. *Journal of Health Sciences* [Internet]. 2017; 19(3):183-190. doi: 10.17921/2447-8938.2017v19n3p183-190.
14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares – Maringá. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2021 jun 05]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/maringa.html?>
15. Paraná. Secretaria da Saúde. Linha de Atenção Materno Infantil.

Paraná: Secretaria de Saúde; 2021 [acesso em 2021 jun 05]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Linha-de-Atencao-Materno-Infantil>.

16. Maringá. Secretaria de Saúde do Município de Maringá. Plano Municipal de Saúde de Maringá – PR: 2018 – 2021. Maringá: Secretaria de Saúde do Município de Maringá; 2017 [acesso em 2021 jun 05]. Disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/02eda74d2112.pdf>.

17. Silva JDC, Filha FSSC, Silva MVRS, Silva EAC, Santos JC. Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. REAS [Internet]. 2019; (23):e451. doi: 10.25248/reas.e451.2019.

18. Alvarenga P, Soares ZF, Sales PKC, Anjos-Filho NC. Escolaridade materna e indicadores desenvolvimentais na criança: mediação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil. Psico [Internet]. 2020; 51(1):e31622. doi: 10.15448/1980-8623.2020.1.31622.

19. Pache AEB, Filho COS, Júnior LRA. Desigualdade em relação à escolaridade nas diferentes regiões do Brasil. Porto Velho: Centro Universitário São Lucas [Internet]. 2020 [acesso em 2021 dez 14]; 3(4). Disponível em: <http://periodicos.saolucas.edu.br/index.php/diversidadehumana/article/view/341/127>.

20. Alves FFA, Giani G, Cirino LFR. O salário mínimo brasileiro: um olhar jurídico, político e econômico. Anais do Congresso Brasileiro de Processo Coletivo e Cidadania. 2020 [acesso em 2021 dez 14]; (8):642-654. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/cbpc/arti-cle/view/2166/1627>.

21. Dias E, Anjos G, Alves L, Pereira SN, Campos L. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. Rev. Saúde e Desenvolvimento [Internet]. 2018 [acesso em 2021 dez 05]; 12(10):284-297. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/884>.

22. Silva JR, Oliveira MBT, Santos FRP, Neto MS, Ferreira AGN, Santos FS. Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. Revista Brasileira de Ciências da Saúde [Internet]. 2018; 22(2):109-166. doi: 10.4034/RBCS.2018.22.02.03.

23. Dantas DS, Mendes RB, Santos JMJ, Valença TS, Mahl C, Barreiro MSC. Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2018; 12(5):1365-1371, 2018. doi: 10.5205/1981-8963-v12i5a230531p1365-1371-2018.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2021 nov 27]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf.

25. Santos LAV, Lara MO, Lima LCR, Rocha AF, Rocha EM, Glória JCR, et al. História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2018; 23(2):617-625. doi: 10.1590/1413-81232018232.10962016.

26. Carvalho MFM, Martins ZS. Projeto de intervenção: diagnóstico precoce de gravidez e início imediato do pré-natal em uma UBS em São Francisco de Assis do Piauí. UNA-SUS [Internet]. 2021 [acesso em 2021 dez 13]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acer-vo/handle/ARES/24326>.

27. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília – DF, 2010.

28. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia Mãe Paranaense. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Equipe de Elaboração: Marcia Huçulaletell, 2014.

29. Garcia EM, Martinelli KG, Gama SGND, Oliveira AE, Espoti CDD, Santos ETD. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019; 24(12):4633-4642. doi: 10.1590/1413-812320182412.31422017.

30. Aragão ICS, Aragão FMS, Teixeira LDRM, Cardoso P, Marassi PHA, Reis RS, et al. Prematuridade durante a pandemia de Covid-19 em vigência de medidas restritivas: uma revisão integrativa. Editora Científica [livro eletrônico]. 2021; 22:315-326. doi: 10.37885/210404243.

31. Silva AP, Romero RT, Bragantini A, Barbieri AADM, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. REAS [Internet]. 2019;24(N Esp):e624. doi: 10.25248/reas.e624.2019.

32. Sadeck ACS. Cesárea a pedido: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica. Centro Universitário de Brasília [Internet]. 2020 [acesso em 2021 nov 30]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14146/1/Ana%20Sadeck%2021395160.pdf>.

33. Filho MB, Santos CC. Cirurgias cesáreas: a evolução temporal, tendência epidêmica, propostas e recomendações da OMS, dúvidas e desafios atuais. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2018;18(4):847-850. doi: 10.1590/1806-93042018000400010.

34. Viana TGF, Martins EF, Sousa AMM, Souza KVD, Rezende EM, Matozinhos FP. Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2018;22. doi: 10.5935/1415-2762.20180003

35. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021 [acesso em 2021 nov 30]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>.

36. Simon LV, Hashmi MF, Bragg BN. APGAR Score. Treasure Island (FL): StatPearls [Internet]; 2021 [acesso em 2021 dez 14]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>.

37. Australian Government. Australian Institute of Health and Welfare. Australian's mothers and babies. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2021 [acesso em 2021 dez 08]. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers-babies/australians-mothers-babies-data-visualisations/contents/baby-outcomes/apgar-score-at-5-minutes>.

38. Ferrari AP, Almeida MAM, Carvalhaes MABL, Parada CMGDL. Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2020;20(3):879-888. doi: 10.1590/1806-93042020000300012.

39. Silva JLPD, Linhares FMP, Barros ADA, Souza AGD, Alves DS, Andrade PDON. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. Texto & Contexto-Enfermagem [Internet]. 2019; 27(4). doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>

Para os especialistas em cuidado.

Uma homenagem da linha mais completa do Brasil no tratamento de feridas.



12 de Maio
Feliz Dia Mundial do Enfermeiro

KOLLAGENASE® - Colagenase – pomada dermatológica 0,6 U/g. USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** Desbridante enzimático para tratamento de lesões da pele; queimaduras; previamente ao transplante de pele. Reg. MS no 1.0298.0431. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** CNPJ 44.734.671/0001-51 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira-SP - Indústria Brasileira - SAC: 0800 701 1918. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. **A KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.**

KOLLAGENASE® COM CLORANFENICOL (colagenase + cloranfenicol) – pomada dermatológica 0,6 U/g + 0,01 g/g. USO DERMATOLÓGICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. **INDICAÇÕES:** tratamento de lesões da pele em que é indicado o desbridamento e a antibióticoterapia tópica, em feridas, úlceras e lesões necróticas em geral. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DAS FORMULAÇÕES. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** se não houver melhora em até 14 dias, o tratamento deve ser descontinuado. Faixa de pH ótimo para a atividade de colagenase entre 6 e 8. Evitar o uso de compressas com íons metálicos ou soluções ácidas que baixem o pH. Antes da aplicação fazer limpeza do local com soro fisiológico estéril removendo-se material necrótico e exsudatos. Aplicar, cuidadosamente, dentro da área lesada. Evitar contato com olhos e mucosa da cavidade oral. Absorção sistêmica de cloranfenicol não pode ser excluída após aplicação dermatológica. Evitar administração concomitante a outros medicamentos mielossuppressores. O uso prolongado de antibióticos pode facilitar a proliferação de microrganismos não sensíveis; caso ocorra, descontinuar o tratamento e tomar medidas adequadas. Monitorar pacientes debilitados para infecções bacterianas sistêmicas, devido ao risco aumentado de bacteremia. Colagenase com cloranfenicol só deve ser administrada nos primeiros 3 meses de gravidez, quando estritamente indicado (cloranfenicol atravessa a placenta). Lactação: não recomendado. Recomenda-se cautela em recém-nascidos a termo e em prematuros para evitar toxicidade pelo cloranfenicol (monitorar níveis séricos). Pacientes diabéticos: procedimento de umidificação de gangrena seca deve ser realizado com rígido acompanhamento e cautela pelo risco de conversão para gangrena úmida. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** KOLLAGENASE® COM CLORANFENICOL NÃO DEVE SER UTILIZADA COM ANTISÉPTICOS E OUTROS MEDICAMENTOS QUE POSSAM DEPRIMIR A FUNÇÃO DA MEDULA ÓSSEA. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** aplicar uniformemente na lesão (cerca de 2 mm) 1 a 2x ao dia, fazer higiene local, remoção de material necrótico desprendido, uso de soluções compatíveis; manter umidade suficiente, cobrir bordas das feridas com pasta óxido de zinco ou outra semelhante rotineiramente ou quando irritadas. **REAÇÕES ADVERSAS:** ardência, dor, prurido, entorpecimento, irritação, eczema, hiperemia local, reações de hipersensibilidade. Reações adversas relacionadas com uso prolongado de cloranfenicol: discrasias sanguíneas (como hipoplasia da medula óssea, anemia aplásica, trombocitopenia, granulocitopenia), hepatite, angioedema. Em casos de reações graves, descontinuação deve ser considerada. **SUPERDOSE:** não foram relatadas manifestações tóxicas com a ingestão acidental, entretanto, provocar vômito pode ser útil e, se necessário, lavagem gástrica. A superdose de cloranfenicol (concentrações plasmáticas acima de 30 mcg/mL) aumenta o risco de depressão da medula óssea e de "síndrome cinzenta". A ação da enzima é interrompida, se isto for desejável, pela aplicação da solução de Barow USP (pH 3,6 – 4,4) à lesão. **APRESENTAÇÕES:** embalagem contendo 1 bisnaga de alumínio de 15 g, 30 g ou 50 g + 1 espátula plástica ou 10 bisnagas de alumínio de 30 g. Para mais informações, vide bula do medicamento. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira-SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 701 1918 - no do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide bisnaga/caixa. **CLASSIFICAÇÃO-VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Reg. MS no 1.0298.0505. **KOLLAGENASE É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.** Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. **KOLLAGENASE - Colagenase – pomada dermatológica 0,6 U/g. USO TÓPICO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. INDICAÇÕES:** Desbridante enzimático para tratamento de lesões da pele; queimaduras; previamente ao transplante de pele. Reg. MS no 1.0298.0431. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira-SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 701 1918. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

DERMAZINE® sulfadiazina de prata – creme 1% (10,00 mg/g). USO EXTERNO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 02 MESES. **INDICAÇÕES:** prevenção e tratamento de feridas com grande potencial de infecção e risco de evolução para seps; queimaduras, úlceras de membros inferiores, úlceras de pressão e feridas cirúrgicas. **CONTRAINDICAÇÕES:** GRAVIDEZ A TERMO, CRIANÇAS PREMATURAS E RECÉM-NATOS NOS PRIMEIROS 02 MESES DE VIDA. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** quando usado em áreas muito extensas de superfície corporal, monitorações de níveis séricos da sulfá e da função renal tornam-se relevantes. Pode ocorrer alguma proliferação fúngica dentro ou abaixo da escara. Não deve ser aplicado na região dos olhos. **Gravidez (Categoria B):** informar médico se está amamentando. Evitar uso em gestantes a termo, recém-natos até 02 meses e prematuros. Idosos, crianças e outros grupos de risco: uso apenas sob orientação médica. Observar precauções, contra-indicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** USO CONCOMITANTE DE CIMETIDINA E AGENTES DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** após limpeza da área afetada, aplicar uma camada 1x/dia; fazer um curativo com gaze. Se lesão muito exsudativa, aplicar o creme uma 2ª vez ao dia, posteriormente o excesso pode ser retirado com uma compressa de gaze ou algodão. Utilizar até a cicatrização da ferida. Não aplicar na região dos olhos. **REAÇÕES ADVERSAS:** incontinência urinária. Rara: leucopenia transitória. Muito rara: megacolon tóxico, acidose lática secundária relacionada ao uso de propilglicol na formulação. Pacientes que utilizam o produto por longos períodos e/ou grandes áreas do corpo devem ser acompanhados por médico que avaliará necessidade de acompanhamento laboratorial, principalmente em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Mais detalhes, vide bula. **SUPERDOSE:** utilização em grandes superfícies corpóreas pode ocasionar aumento da concentração sérica de sulfadiazina e da prata; nestes casos, interromper uso. Para mais informações, vide bula. **APRESENTAÇÃO:** bisnaga plástica com 8 g, 15 g, 30 g, 50 g, 100 g ou 120 g e potes plásticos com 100 g ou 400 g. Fabricado por: Silvestre Labs Química & Farmacêutica Ltda. - Av. Carlos Chagas Filho, 791 - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ Nº 33.019.548/0001-32 - Indústria Brasileira. Registrado e Comercializado por: **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira-SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC (Serviço de Atendimento ao Cliente): 0800 701 1918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/ Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** - Reg. MS nº 1.0298.0559.

DERMACERIM® sulfadiazina de prata + nitrato de cério – creme 1% (10,00 mg/g) + 0,4% (4,00 mg/g). USO EXTERNO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 02 MESES. **INDICAÇÕES:** antimicrobiano e cicatrizante com amplo espectro de ação antimicrobiana e antifúngica (Microrganismos sensíveis: Staphylococcus aureus inclusive os resistentes a metilicina, Streptococcus pyogenes, Enterococcus spp., Candida albicans, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter spp., Proteus mirabilis, Proteus spp. Indol-positivo, Providencia stuartii, Acinetobacter spp., Pseudomonas aeruginosa). Em pacientes com queimaduras: na imunomodulação e na prevenção e/ou tratamento da infecção. Ação cicatrizante em úlceras de estase venosas e mal perfurante plantar. **CONTRAINDICAÇÕES:** GRAVIDEZ A TERMO, CRIANÇAS PREMATURAS E RECÉM-NATOS MENORES DE 02 MESES DE IDADE. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** quando usado em áreas muito extensas de superfície corporal, monitorações de níveis séricos da sulfá e da função renal tornam-se relevantes. Relatos de sensação de desconforto ou "queimação" logo após aplicação (geralmente transitório; não há necessidade de suspensão da terapia). Se sinais de hipersensibilidade local ou sistema, interromper uso. **Gravidez (Categoria B):** evitar uso em gestantes a termo, recém-natos até 02 meses e prematuros. Idosos: uso apenas sob orientação médica. Observar precauções, contra-indicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** USO CONCOMITANTE DE CIMETIDINA E AGENTES DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** após limpeza da área afetada, aplicar uma camada sobre a lesão; recomendado um curativo do tipo contínuo. Caso após a aplicação o produto fique exposto à luz, alterações na coloração do mesmo podem ocorrer. Aplicar uma camada 1x/dia; se lesão muito exsudativa, reaplicar uma 2ª vez. Quando necessário, o produto deve ser reaplicado na área da qual ele tenha sido removido. Utilizar até cicatrização da ferida. Não aplicar na região dos olhos. **REAÇÕES ADVERSAS:** incontinência urinária. Rara: anemia hemolítica (em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase), aumento da sensibilidade à luz solar ou "rash cutâneo", leucopenia transitória, meta-hemoglobinemia, ciorreia. Muito rara: hiperemolizabilidade devido à presença de propilglicol na formulação, neuropatia sensorial e motora, reação cutânea granulomatosa ao aréio, acidose lática (relacionada ao propilglicol na formulação), dermatite alérgica à prata, meta-hemoglobinemia neonatal. Pacientes que utilizam o produto por longos períodos e/ou grandes áreas do corpo devem ser acompanhados por médico que avaliará necessidade de acompanhamento laboratorial, principalmente em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Se reação alérgica ou disfunção renal ou hepática, considerar descontinuação até que causa seja definida. Mais detalhes, vide bula. **SUPERDOSE:** utilização em grandes superfícies corpóreas pode ocasionar aumento da concentração sérica de sulfadiazina e da prata; nestes casos, interromper uso. Para mais informações, vide bula. **APRESENTAÇÃO:** bisnaga plástica com 15 g, 30 g, 50 g ou 120 g e pote plástico com 400 g. Fabricado por: SILVESTRE LABS QUÍMICA & FARMACÊUTICA LTDA. - Av. Carlos Chagas Filho, 791, Rio de Janeiro - RJ - CNPJ Nº 33.019.548/0001-32 - Indústria Brasileira. Registrado e comercializado por: **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp.: Dr. José Carlos Módolo - CF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira-SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 701 1918 - nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Bisnaga/ Caixa. **CLASSIFICAÇÃO: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** - Reg. MS nº 1.0298.0500.

DERMACERIM HS GEL® sulfadiazina de prata + nitrato de cério – gel 1% (10,00 mg/g) + 0,4% (4,00 mg/g). USO EXTERNO. USO ADULTO E PEDIÁTRICO ACIMA DE 02 MESES. **INDICAÇÕES:** antimicrobiano, antiviral e cicatrizante tópico indicado no tratamento de lesões da pele e mucosas, causadas por infecções pelo vírus herpes simples tipo 1 (HSV 1), tipo 2 (HSV 2) e vírus da varicela zoster (VZV) em casos de herpes zoster. **CONTRAINDICAÇÕES:** GRAVIDEZ A TERMO, CRIANÇAS PREMATURAS E RECÉM-NATOS MENORES DE 02 MESES DE IDADE. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** gravidez (Categoria B); evitar uso em gestantes a termo, recém-natos até 02 meses e prematuros.

FERIDAS



FERIDAS GINECOLÓGICAS



LESÕES POR HERPES



Pacientes sensíveis a sulfonamidas podem apresentar sensibilidade. Idosos: uso apenas sob orientação médica. Observar precauções, contraindicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. Não aplicar na região dos olhos. Não ingerir; utilizar apenas por via local. Medicamentos de uso tópico devem ser manipulados cuidadosamente de modo a não haver contaminação do produto com partículas provenientes da lesão a ser tratada. Se sinais de hipersensibilidade local ou sistêmica, interromper uso e procurar atenção médica. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** USO CONCOMITANTE DE CIMETIDINA E AGENTES DESBRIDANTES ENZIMÁTICOS. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** aplicar uma camada sobre as lesões 3 vezes/dia até que estejam completamente cicatrizadas. Não aplicar na região dos olhos. **REAÇÕES ADVERSAS:** Incomum: alterações na cor da pele ou mucosas pela deposição do metal prata. Rara: aumento da sensibilidade à luz solar ou "rash cutâneo", leucopenia transitória, meta-hemoglobinemia. Muito rara: hiperosmolaridade devido à presença de propileno glicol na formulação, reação cutânea granulomatosa ao ério, meta-hemoglobinemia neonatal. Pacientes que utilizam o produto por longos períodos e/ou grandes áreas do corpo devem ser acompanhados por médico que avaliará necessidade de acompanhamento laboratorial, principalmente em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. Se reação alérgica ou disfunção renal ou hepática, considerar descontinuação até que cause seja definida. Mais detalhes, vide bula. **SUPERDOSE:** utilização em grandes superfícies corpóreas pode ocasionar aumento da concentração sérica de sulfadiazina e da prata; nestes casos, interromper uso. Para mais informações, vide bula. **APRESENTAÇÃO:** bisnaga plástica com 15 g. Fabricado por: SILVESTRE LABS QUÍMICA & FARMACÉUTICA LTDA. - Av. Carlos Chagas Filho, 791, Rio de Janeiro - RJ - CNPJ Nº 33.019.548/0001-32 - Indústria Brasileira. Registrado e comercializado por: CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda. - Farm. Resp: Dr. José Carlos Módo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira - SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 7011918 - nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide bisnaga/caixa. **CLASSIFICAÇÃO:** VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. - Reg. MS nº 1.0298.0560. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado.

GINO DERMAZINE® sulfadiazina de prata - creme vaginal 1% (10,00 mg/g). USO GINECOLÓGICO. USO ADULTO. **INDICAÇÕES:** tratamento tópico de colpites específicas (vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase) e inespecíficas, como coadjuvante no tratamento das cervicites. Cautelizar no pós-curetário do colo do útero, após biópsia do colo e da vulva, e no pós-operatório de cirurgias vaginais (aplicado junto a tampões vaginais ou diretamente na vagina com auxílio de aplicador). Cicatrizante de úlceras e feridas vulvares. **CONTRAINDICAÇÕES:** GRAVIDEZ A TERMÃO. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** observar cuidadosamente uso em pacientes com hipersensibilidade às sulfas e demais componentes da formulação. Pode haver escurecimento do creme junto à tampa do tubo devido à oxidação dos sais de prata quando expostos à luz. Gravidez: Categoria C. Idosos, crianças e outros grupos de risco: uso apenas sob orientação médica. Observar precauções, contraindicações, advertências e só administrar a posologia prescrita pelo médico. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** ENZIMAS PROTEOLÍTICAS (EX: COLAGENASE E PROTEASES) E USO CONCOMITANTE DE CIMETIDINA. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** Colpites: uma aplicação diária (um aplicador cheio), de preferência à noite, durante 6 dias. Pós-curetário, pós-biópsia, pós-operatório cirurgias vaginais: 1 aplicação diária por 6 dias; recomenda-se que primeira aplicação seja feita pelo próprio médico após o procedimento. Cicatrização de feridas e úlceras vulvares: 1 a 2 aplicações diárias, sem utilização do aplicador, diretamente sobre a ferida. As aplicações não deverão ser interrompidas durante a menstruação; se fluxo muito abundante, o medicamento pode ser interrompido e reconhecido após a diminuição do sangramento. Caso interrupção da aplicação se estenda por mais de 2 dias, recomenda-se reiniciar a série de seis aplicações. Vaginose bacteriana, tricomoníase e cervicites: pode ser necessário complementar tratamento com medicação sistêmica, conforme orientação do ginecologista, sendo recomendado tratamento do parceiro. Modo de usar aplicador: vide orientações de bula. **REAÇÕES ADVERSAS:** rara: leucopenia transitória. Muito rara: megacolon tóxico, acidose láctica secundária relacionada ao uso de propileno glicol na formulação. Mais detalhes, vide bula. **SUPERDOSE:** absorção sistêmica é baixa; superfície corporal de contato é pequena (vagina, colo e vulva). A utilização de sulfadiazina de prata em grandes superfícies corpóreas pode ocasionar aumento da concentração sérica da substância. Para mais informações, vide bula. **APRESENTAÇÃO:** bisnaga plástica com 30 g e 6 aplicadores vaginais descartáveis (cada um com capacidade para 5 g). Fabricado por: Silvestre Labs Química & Farmacéutica Ltda. - Av. Carlos Chagas Filho, 791 - Rio de Janeiro - RJ - CNPJ Nº 33.019.548/0001-32 - Indústria Brasileira. Registrado e comercializado por: CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda. - Farm. Resp: Dr. José Carlos Módo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira - SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 7011918 - nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide bisnaga/caixa. **CLASSIFICAÇÃO:** VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. - Reg. MS nº 1.0298.0559.

GINO KOLLAGENASE® colagenase + cloranfenicol - pomada ginecológica 0,6 U/g + 0,01 g/g. USO VAGINAL. USO ADULTO. **INDICAÇÕES:** desbridamento de tecidos necrosados ou restos de tecidos em situações como: pós-operatório de cirurgias ou intervenções ginecológicas referentes ao colo uterino e à mucosa vaginal, cervicites e vaginites. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AOS COMPONENTES DAS FORMULAÇÕES. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** se não houver melhora em até 14 dias, descontinuar o tratamento. Faixa de pH ótimo para a atividade de colagenase entre 6 e 8. Observar higiene pessoal. Antes da primeira aplicação, recomenda-se limpeza local apenas pelo médico. Deve ser introduzida cuidadosamente na vagina com auxílio do aplicador e mais profundamente possível. Recomenda-se não utilizar ducha vaginal e não manter relações sexuais. Não utilizar por outras vias. Uso prolongado de antibióticos pode facilitar a proliferação de microrganismos não sensíveis; caso ocorra, descontinuar o tratamento e tomar medidas adequadas. A absorção sistêmica de cloranfenicol não pode ser excluída após aplicação. Evitar administração concomitante com agentes mielossupressores. Monitorar pacientes debilitados para infecções bacterianas sistêmicas, devido a risco aumentado de bacteremia. Não utilizar durante a gestação e amamentação. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** KOLLAGENASE® COM CLORANFENICOL E GINO KOLLAGENASE® NÃO DEVEM SER UTILIZADAS COM ANTISÉPTICOS E OUTROS MEDICAMENTOS QUE POSSAM DEPRIMIR A FUNÇÃO DA MEDULA ÓSSEA. **POSOLOGIA E MODO DE USAR:** ginecista ou ginecologista ou local. Cervicite e Vaginite Discretas: introduzir na vagina, todas as noites ao deitar, aproximadamente 5 g de pomada. Continuar o tratamento até acabar o conteúdo de 1 ou 2 bisnagas de 30 g (receita de 6 a 12 aplicações), segundo orientação médica. Cervicite e Vaginite Graves: iniciar o tratamento na primeira consulta da paciente, pela aplicação intravaginal do conteúdo de toda a bisnaga, tamponando-se depois o canal vaginal. Retirar o tamponamento na noite seguinte. Outras aplicações podem ser necessárias a critério médico. Instruções Para o Usuário: vide bula. **REAÇÕES ADVERSAS:** ardência, dor, prurido, eritema, irritação, eczema, hiperemia local, reações de hipersensibilidade. Reações adversas relacionadas com uso prolongado de cloranfenicol: discrasias sanguíneas, hepatite, angioedema. Se reações graves, considerar descontinuação. **SUPERDOSE:** não foram relatadas manifestações tóxicas com a ingestão acidental; entretanto, provocar vômito pode ser útil e, se necessário, lavagem gástrica. Superdose de cloranfenicol (concentrações plasmáticas acima de 30 mg/mL) aumenta o risco de depressão da medula óssea e de "síndrome cinzenta". Para mais informações, vide bula. **APRESENTAÇÃO:** embalagem contendo 1 bisnaga de alumínio de 30 g + 6 aplicadores. **CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda.** - Farm. Resp: Dr. José Carlos Módo - CRF-SP nº 10.446 - Rodovia Itapira-Lindóia, km 14, Itapira - SP - CNPJ nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira - SAC: 0800 701 1918 - nº do lote, data de fabricação e prazo de validade: vide bisnaga/caixa. **CLASSIFICAÇÃO:** VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. Se persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Reg. MS nº 1.0298.0505.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

MATERIAL DESTINADO A PROFISSIONAIS HABILITADOS A PRESCREVER OU DISPENSAR MEDICAMENTOS.
ANÚNCIO FERIDAS_CE_2022

SAC
0800 7011918

www.cristalia.com.br

50 ANOS

CRISTÁLIA
Sempre um passo à frente.



SEMPRE PRESENTE COM VOCÊ.
COMPRA ONLINE BOLSAS, ACESSÓRIOS E CURATIVOS.

ACESSE AGORA
CASEX.COM.BR



© CASEXMEDICAL

CASEX INNOVATION IN HEALTHCARE

