

# EPIDEMIOLOGIA – ESTUDOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

**VOLUME 1**

**Organizador**

**Flavio Gomes Figueira Camacho**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



# EPIDEMIOLOGIA – ESTUDOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

**VOLUME 1**

**Organizador**

Flavio Gomes Figueira Camacho

Editora Omnis Scientia

**EPIDEMIOLOGIA -  
ESTUDOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Organizador**

Flavio Gomes Figueira Camacho

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área - Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são  
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial  
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

E64 Epidemiologia : estudos da Sociedade Brasileira de  
Epidemiologia : volume 1 [recurso eletrônico] /  
organizador Flavio Gomes Figueira Camacho. — 1. ed. —  
Triunfo : Omnis Scientia, 2023.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81609-01-6

DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6

1. Epidemiologia. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Saúde  
coletiva. I. Camacho, Flavio Gomes Figueira. II. Título.

CDD23: 614.4

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



## PREFÁCIO

A Sociedade Brasileira de Epidemiologia (SBEP) é uma entidade sem fins lucrativos com personalidade jurídica própria. Esta sociedade científica tem entre suas finalidades cultivar e promover o estudo e melhor conhecimento da Epidemiologia, viabilizando os meios adequados para isso, favorecendo a divulgação dos conteúdos e metodologias. Contribuindo desta forma para a promoção da Saúde Pública.

Nosso objetivo é criar mais um canal de divulgação de estudos e trabalhos na área de Epidemiologia, para popularizar e divulgar conteúdo científico ajudando na necessidade constante de atualização do conhecimento.

Em 2013 o governo da então presidente Dilma Rousseff constatando que o Brasil tinha uma quantidade de médicos que eram insuficientes para atender as necessidades da população, promulgou a Lei 12.871/2013, conhecida como Lei do Mais Médicos, que tinha como objetivo aumentar a quantidade de médicos no nosso país, e para isso criou ações de curto prazo, como a importação de profissionais de outros países, principalmente médicos cubanos, e para médio e longo prazo previa a abertura de mais vagas e cursos de medicina no Brasil, infelizmente esta lei não foi a frente, contestada na Justiça como a Ação Direta de Constitucionalidade 81 e da Ação Direta de Inconstitucionalidade 7187, e negligenciada pelos governos seguintes, não chegou a surtir efeito. Seis anos depois chega ao mundo a epidemia do Covid-19 e nosso país não estava preparado, tínhamos menos médicos do que o necessário, isso nos levou a perder muito mais vidas do que poderíamos. Na Europa países como Alemanha e França, se perderam 4 vidas para cada 1000 casos, no Brasil perdemos quase 20 vidas para cada 1000 casos, enquanto a Argentina só perdeu 13,4 vidas para cada mil casos, mas lá temos 4 médicos para cada 1000 habitantes, aqui quase a metade disso, no Uruguai há 5 médicos para cada 1000 habitantes e lá apenas 7,6 mortes para cada 1000 casos de Covid-19. Se o Brasil tivesse uma quantidade de médicos igual a da Argentina, e um sistema de saúde semelhante, teríamos salvado mais de 200 mil vidas, se o nosso sistema de saúde e quantidade de médicos fosse igual ao do Uruguai, teríamos salvado mais de 400 mil pessoas. Este é apenas o resultado de um dos capítulos da presente obra.

Buscamos com esta obra trazer informações científicas confiáveis e relevantes para ajudar a salvar vidas, ajudando desta forma na compreensão de diferentes vertentes do processo saúde-doença, todos os capítulos buscam os fatores determinantes de enfermidades e tentam propor medidas de controle e prevenção.

# SUMÁRIO

## **CAPÍTULO 1.....11**

### **EFEITO DO NÚMERO DE MEDICOS SOBRE A MORTALIDADE NA EPIDEMIA DO COVID-19**

Flávio Gomes Figueira Camacho

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/11-17**

## **CAPÍTULO 2.....18**

### **VIOLÊNCIA SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: CARACTERIZAÇÃO E EVOLUÇÃO TEMPORAL 2017-2021**

Marizângela Lissandra de Oliveira Santiago

Renata Adele de Lima Nunes

Cecília Regina Sousa do Vale

Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Tamires Feitosa de Lima

Mabell Kallyne Melo Beserra

Francisco Thiago Carneiro Sena

Lydia Meneses de Moura

Márcia Lúcia de Oliveira Gomes

Danuta Tereza Lima Sena

Raimunda Hermelinda Maia Macena

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/18-28**

## **CAPÍTULO 3.....29**

### **ANÁLISE DA TENDÊNCIA DAS TAXAS DE MORTALIDADE ENTRE 2000 E 2020 EM PERNAMBUCO, BRASIL**

Isadora Maria Campos Barbosa

Anna Caroline Loyola Sampaio

José Vinício de Andrada Oliveira Zeferino

Lucas dos Santos Gomes

Marília Soares Santana  
Matheus de Souza Ferreira  
Joabe Jack de Menezes  
Patrícia de Moraes Soares Santana  
Marcos Cezar Feitosa de Paula Machado  
Priscila Maria de Barros Rodrigues  
George Alessandro Maranhão Conrado  
Pauliana Valéria Machado Galvão

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/29-39**

**CAPÍTULO 4.....40**

**ABORDAGEM ESPAÇO-TEMPORAL DA TUBERCULOSE: UM ESTUDO DE DEZ ANOS DOS INDICADORES DA DOENÇA NO ESTADO DE MATO GROSSO**

Karlla Vitória Silva Sousa  
André da Silva Abade  
Josilene Dália Alves

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/40-51**

**CAPÍTULO 5.....52**

**AS PERCEPÇÕES MATEERNAS SOBRE COVID-19 DURANTE A GESTAÇÃO EM UMA UBS NO INTERIOR DO MARANHÃO**

Angela de Melo Santos  
Aline Groff Vivian  
Letícia Thomasi Jahnke Botton

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/52-61**

**CAPÍTULO 6.....62**

**ANÁLISE DA SÍFILIS GESTACIONAL EM PORTO VELHO: UM ESTUDO COORTE RETROSPECTIVO DE 2018 A 2022**

Wuelison Lelis de Oliveira  
Luiza Putrick da Silva  
Ludimila Oliveira Gorini

Sarah Sena Zanella  
Gilvan Salvador Júnior  
Jonatas Tiago Lima da Silva  
Jaine Varela da Silva  
Andressa de Jesus Lúcio  
Maria Eduarda Santos Patez  
Sávio Alcantara da Costa  
Ohanna Alegnasor Bazanella de Sá  
Jessíca Reco Cruz

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/62-71**

**CAPÍTULO 7.....72**

**PERCEPÇÃO E CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA DOENÇA MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VI NO MUNICÍPIO DE MONTE SANTO (BA)**

Ivaí Pinheiro da Silva  
Urbeilton Lima de França

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/72-86**

**CAPÍTULO 8.....87**

**ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Lidyane Rodrigues Oliveira Santos  
Bianka Borges de Oliveira  
Erica Valnis Moreira Lima  
Antônia Célia Florindo de Araújo  
Kelson Antônio de Oliveira Santos

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/87-93**

**CAPÍTULO 9.....94**

**HIPERPLASIA PROSTÁTICA NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Glizane Augusta Gonçalves da Silva

Urbeilton Lima de França

Ivaí Pinheiro da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/94-120**

**CAPÍTULO 10.....121**

**VACINAS CONTRA COVID-19 PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DO CEARÁ: REFLEXÃO SOBRE A ESTRATÉGIA**

Simone Dantas Soares

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/121-126**

**CAPÍTULO 11.....127**

**FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SEPSE EM PACIENTES SEQUELADOS DE AVE NO HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR BERENGUER MONTE SANTO-BA**

Urbeilton Lima de França

Ivaí Pinheiro da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-81609-01-6/127-149**

### FATORES DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SEPSE EM PACIENTES SEQUELADOS DE AVE NO HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR BERENGUER MONTE SANTO-BA

**Urbeilton Lima de França<sup>1</sup>;**

Sociedade Brasileira de Epidemiologia (SBPE), Rua Brasilina, 15 Sala 613, Rio de Janeiro/RJ.

<http://lattes.cnpq.br/1183982168173545>

**Ivaí Pinheiro da Silva<sup>2</sup>.**

Sociedade Brasileira de Epidemiologia (SBPE), Rua Brasilina, 15 Sala 613, Rio de Janeiro/RJ.

<http://lattes.cnpq.br/2658739235794075>

**RESUMO:** As sequelas decorrentes do acidente vascular cerebral, implicam diretamente na suscetibilidade de outras doenças que podem surgir desde o período de internação até alta hospitalar. Nesse estágio de funções motoras e sensitivas deficitárias os pacientes sequelados de acidente vascular encefálico são susceptíveis ao desenvolvimento de infecções oportunistas. A sepse é definida pela somatória de manifestações graves externadas pelo organismo acometido por algum processo infeccioso, o seu surgimento depende de uma série de fatores tendo como aspecto imperial a exposição a um microrganismo patogênico. O presente estudo teve como objetivo elucidar os fatores condicionantes e determinantes de sepse nos pacientes que foram internados com diagnóstico de AVE no Hospital Municipal Monsenhor Berenguer, Monte Santo- Ba. A base metodológica aplicada foi a pesquisa exploratória descritiva cuja finalidade é prover elucidação ao tema proposto. Para obtenção dos dados, foram aplicados formulários com perguntas fechadas permitindo a precisão dos resultados e evitando distorções de análise e interpretação. O tipo de estudo escolhido é de natureza quantitativa, uma vez que é um processo sistemático de coleta de dados observáveis e quantificáveis, a escolha deste método deu-se devido à objetividade na coleta e análise dos dados. A amostra de 35 prontuários foi selecionada de maneira retrospectiva com delimitação de tempo, estipulada de agosto de 2021 a agosto de 2020. Através da pesquisa constatou que 31.4% dos pacientes apresentaram infecção do trato urinário (ITU), 28.6% pneumonia, 34.3% flebite e 5.7% enteroinfecção, no período de internação. O estudo descreveu com especificidade os fatores que estão intrinsecamente relacionados ao surgimento da sepse nesses pacientes, o surgimento das infecções nosocomiais decorrentes de fatores como tempo de troca dos dispositivos intravenosos inadequado, cateterismo vesical de demora ou alívio e sondagem gástrica para prover alimentação,

podem ter relação direta com quadro séptico apresentados nos pacientes pesquisados

**PALAVRAS-CHAVE:** Sepsis. Acidente vascular encefálico. infecções nosocomiais.

## **DETERMINING AND CONDITIONING FACTORS OF SEPSIS IN PATIENTS SEQUELATED FROM STROKE AT HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR BERENGUER MONTE SANTO-BA**

**ABSTRACT:** The sequelae resulting from stroke directly imply the susceptibility of other diseases that may arise from the period of hospitalization to hospital discharge. At this stage of deficient motor and sensory functions, patients with stroke sequelae are susceptible to the development of opportunistic infections. Sepsis is defined by the sum of severe manifestations expressed by the organism affected by an infectious process, its appearance depends on a series of factors, having as its imperial aspect the exposure to a pathogenic microorganism. This study aimed to elucidate the conditioning factors and determinants of sepsis in patients who were hospitalized with a diagnosis of stroke at the Hospital Municipal Monsenhor Berenguer, Monte Santo-Ba. The methodological base applied was the descriptive exploratory research whose purpose is to provide elucidation to the proposed theme. To obtain the data, forms with closed questions were applied, allowing the precision of the results and avoiding distortions of analysis and interpretation. The type of study chosen is quantitative in nature, since it is a systematic process of collecting observable and quantifiable data. The choice of this method was due to the objectivity in data collection and analysis. The sample of 35 medical records was retrospectively selected with a time limit, stipulated from August 2021 to August 2020. Through the survey, it was found that 31.4% of patients had urinary tract infection (UTI), 28.6% pneumonia, 34.3% phlebitis and 5.7% intestinal infection, during hospitalization. The study specifically described the factors that are intrinsically related to the onset of sepsis in these patients, the emergence of nosocomial infections resulting from factors such as inadequate time to change intravenous devices, delay or relief bladder catheterization and gastric tube to provide food, which may have direct relationship with the septic condition presented in the patients surveyed

**KEY-WORDS:** Sepsis. Brain stroke. nosocomial infections.

### **INTRODUÇÃO**

O conceito de sepse é definido pela somatória de manifestações graves externadas pelo organismo acometido por algum processo infeccioso, o seu surgimento depende de uma série de fatores tendo como aspecto imperial a exposição a um microrganismo invasor ou sua toxina, que resultará numa resposta imunológica e inflamatória cujo o intuito é controlar as ameaças presentes no organismo.

Arcaicamente ainda se utilizam o termo septicemia ou infecção no sangue, nos dias atuais a denominamos infecção generalizada, pois a existência de um foco infeccioso resulta no desencadeamento da resposta inflamatória sistêmica. Segundo MARTINS, NETO et al (2020) o aspecto comum é a exposição a um patógeno invasor ou, a sua toxina, desencadeando uma resposta imunológica e inflamatória com intuito de controlar essa ameaça no organismo.

Importante salientar que esse conceito não é totalmente correto devido a infecção não está necessariamente presente em todos os órgãos, contudo, a base diagnóstica do processo infeccioso se limita a um sistema ou órgão específico, tomemos como exemplo algumas infecções de maior predominância em pacientes hospitalizados: infecção do trato urinário (ITU), pneumonias aspirativa e nosocomiais, flebites etc. são doenças de ordem microbiana que acometem um local restrito, mas têm o potencial para desencadear um processo inflamatório em todo o organismo, ao que intitulamos de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS).

O mecanismo desencadeado pela resposta imunológica ao processo inflamatório, resulta em diversos estágios da sepse, que são definidos de acordo com as manifestações clínicas externadas pelos pacientes, e podem ser classificados como: Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), Sepse, Sepse grave (severa), Hipotensão relacionada à sepse, Choque séptico e Síndrome da disfunção de múltiplos órgãos (SDMO). Na concepção de SALLUM e PARANHOS (2019):

SIRS: caracteriza-se pela presença de dois ou mais critérios, entre eles: temperatura maior que 38°C e menor que 36°C; taquicardia, taquipneia, leucocitose ou leucopenia. Sepse: quando a SIRS é decorrente de causa infecciosa comprovada ou presumida. Sepse Grave: sepse com sinais de hipoperfusão tecidual. Choque séptico: sepse grave com hipotensão não responsiva à administração de volume, necessitando de fármacos vasoativos.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a nomenclatura mais atual para o Acidente Vascular Cerebral (AVC), pois este compreendia apenas uma porção do encéfalo que é o cérebro, excluindo dessa forma, o cerebelo e o tronco encefálico, para população leiga o termo mais utilizado é o “derrame”, que refere apenas AVE hemorrágico, o que exclui cerca os casos de origem isquêmica. É uma patologia que acomete vasos do encéfalo, uma subdivisão do sistema nervoso que compreende a tríade que constitui o sistema nervoso central (SNC).

De acordo com BRUNNER E SUDDARTHE (2021) no ataque isquêmico, a desorganização do fluxo sanguíneo cerebral devido a obstrução de um vaso sanguíneo, um sangramento na substância do cérebro é mais comum em pacientes com hipertensão e aterosclerose cerebral, porque as alterações degenerativas por essas doenças causam a ruptura do vaso sanguíneo.

Para parâmetros de diagnóstico o AVE apresenta-se de três formas distintas: isquêmico, transitório e hemorrágico, singulares, porém, com algumas similaridades na sintomatologia, a definição é dada através do tempo das manifestações clínicas externadas e principalmente pelo diagnóstico diferencial que consiste em exames de tomografia e ressonância magnética. A origem é multifatorial, pois diversos são os fatores que podem culminar o seu surgimento: dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), sedentarismo, predisposição genética, tabagismo e diabetes mellitus (DM). Os fatores secundários estão ligados a condições fisiológicas como doença renal crônica, diabetes, entre outros. (BRUNNER E SUDART, 2021)

As sequelas decorrentes do AVE, implicam diretamente na suscetibilidade de outras doenças que podem surgir desde o período de internação até alta hospitalar. Nesse estágio de funções motoras e sensitivas deficitárias os pacientes sequelados de AVE são susceptíveis ao desenvolvimento de infecções oportunistas, desencadeadas por microrganismos patogênicos presentes no âmbito hospitalar.

Portanto, funções limitadoras, sondagem nasoenteral tardia, dispositivos intravenosos, sondagem vesical de demora e alívio, condições insalubres associado ao alojamento conjunto sem especificidade de internamento, a não higienização das mãos dos cuidadores e o tratamento farmacológico empírico são fatores que estão direta ou indiretamente ligados ao surgimento de sepse nos pacientes que deram entrada com diagnóstico de AVE isquêmico e hemorrágico no Hospital Municipal de Monsenhor Berenguer, no município de Monte Santo/ Ba.

Diante da problemática exposta, é necessário direcionar o olhar sobre alguns questionamentos. Qual a importância do domínio teórico e prático no conhecimento sobre os fatores que podem estar intrinsecamente relacionados ao surgimento da sepse em pacientes sequelados de AVE? E como os profissionais de saúde devem direcionar suas condutas frente aos pacientes admitidos com diagnóstico de AVE, a fim de solucionar os riscos decorrentes dos fatores determinantes e condicionantes de sepse?

Através das premissas documentadas estabeleceu-se como objetivo norteador deste trabalho, apontar os fatores que estão intrinsecamente relacionados ao surgimento da sepse, por conseguinte, explicitando os achados clínicos e laboratoriais inerentes aos prontuários selecionados, cujo o intuito, é sinalizar os problemas que desencadearam a sepse nos paciente sequelados de AVE, e a relação destes com o processo de recuperação e o aumento dos custos referente ao tratamento instituídos.

Os achados visam demonstrar que os dispositivos intravenosos trocados tardiamente ou precocemente podem condicionar o surgimento de foco infeccioso, sondagem nasogástrica pode diminuir os riscos de bronco aspiração e conseqüentemente ser uma medida preventiva para pneumonia aspirativa, o ambiente em que os pacientes são condicionados a estadaem no período de internação é um fator de risco para infecção nosocomial, antibioticoterapia empírica e o uso indiscriminado favorece a resistência

bacteriana e a sondagem vesical de demora ou alívio pode condicionar ITU.

Ações voltadas ao reconhecimento precoce destes fatores tem relação direta com melhor prognóstico dos pacientes com AVE, para tanto, a precocidade na interpretação das manifestações clínicas externadas inerentes aos estágios sépticos, são essenciais para proceder-se-á terapêutica adequada visando minorar posteriores complicações.

É imprescindível descrever a fisiopatologia do AVE e a sepse, bem como o comprometimento multissistêmico e os mecanismos compensatórios originados para tentar compensar a desordem desencadeada por essas patologias, e assim, fornece elementos para melhor compreensão do tema abordado.

Através dos escritos, o estudo proverá meios a conscientizar a equipe evolvida na assistência sobre a importância da sondagem nasoenteral como medida preventiva de pneumonia aspirativa, a troca dos cateteres vesicais, intravenosos e enterais conforme protocolo instituído pelas instituições hospitalares e os órgãos regulamentadores da profissão (Coren e Cofen) e a destituição dos pacientes com diagnóstico de DVE das enfermarias conjuntas para alojamentos específicos. Além de elucidar a importância das intervenções da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na redução das infecções nosocomiais e o uso correto da farmacologia instituída destacando a relação destas com os novos prognósticos.

## MÉTODO

### Classificação Metodológica

O projeto foi realizado através da pesquisa exploratória descritiva, buscando elucidar as principais abordagens que permeiam o tema, afim de propiciar maior familiaridade com a problemática, tendo como meta conhecer os fatores determinantes e condicionantes de Sepse em pacientes sequelados de AVE no Hospital Municipal Monsenhor Berenguer no município de Monte Santo/Ba. Na concepção de Marconi e Lakatos (2017, p.188):

“As pesquisas exploratórias são compreendidas como investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos”.

O tipo de estudo escolhido é de natureza quantitativa, uma vez que é um processo sistemático de coleta de dados observáveis e quantificáveis, a escolha deste método deu-se devido à objetividade na coleta e análise dos dados, permitindo garantir a precisão dos resultados e evitando distorções de análise e interpretação, possibilitando maior compreensão. A pesquisa quantitativa caracteriza-se “pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas” (RICHARDSON, 2019, p. 70).

Na procura dos fatores condicionantes e determinantes de sepse em pacientes sequelados de AVE, o intuito foi quantificar de forma a compreender as características que possam estar intrinsecamente relacionadas ao surgimento dessa patologia de acometimento multissistêmico. Deste modo, foram utilizados formulários com perguntas fechadas, as quais possibilitou a obtenção de dados mais fidedignos.

O ambiente para análise mencionado anteriormente foi escolhido por se tratar do de um hospital de médio porte, o que dimensiona maiores possibilidades na captação de dados inerentes ao objeto de estudo, por conseguinte resulta em maior abertura para análise dos prontuários, concernindo com observação do contexto da realidade.

## **Procedimentos**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Municipal Monsenhor Berenguer localizado no município de Monte Santo/Ba. O Município situa-se no Nordeste do Estado da Bahia, numa altitude de aproximadamente 500 metros acima do nível do mar. Possui uma área total de 3.285,40 km<sup>2</sup> de extensão, com população de 52.338 habitantes, sendo 19,97% na zona urbana e 80,03% na zona rural.

A distância da capital Salvador é de 352 km e faz limite com mais 7 municípios, sendo estes: Euclides da Cunha (38 km); Itiúba (74 km); Andorinha(70 km); Uauá (74 km); Cansanção (34 km); Canudos (118 km) e Quijingue Tem economia baseada no comércio e vínculos empregatícios com a prefeitura municipal. A unidade hospitalar é definida como médio porte e devido ao quantitativo de 62 leitos de internação sendo subdividido em clinica médica feminina e masculina ambas com 17 leitos, clinica cirúrgica com 9 leitos, pré-parto 5 leitos, pediatria 8 leitos, apartamento 4 leitos e 2 leitos de isolamento. Dados do último censo realizado pelo IBGE em 2010 demonstram números preocupantes de mortes relacionadas ao aparelho circulatório sendo notificados 28 óbitos, os quais 13 mulheres e 15 homens.

Ao se definir a população e a amostra a qual foi estudada, atentou-se para os prontuários com características inerentes aos padrões estabelecidos na pesquisa, pretendendo, assim, nortear as variáveis que foram de valia para elaboração do estudo, e assim, possibilitou maior compreensão do objeto, tendo-se em conta não só a problemática em análise, mas os próprios objetivos e finalidades da investigação. A amostra refere-se, no dizer de Marconi e Lakatos (2017) em um subconjunto da população, o qual deve ser criteriosamente selecionado pelo pesquisador de modo que garanta sua representatividade.

O estudo teve como foco norteador os prontuários de pacientes que deram entrada na referida unidade hospitalar com diagnostico de AVE e posteriormente tiveram agravamento em seus respectivos prognósticos, e conseqüentemente desenvolveram sepse sem causa determinante ou condicionante definida. Através do quantitativo de 35 prontuários, analisou-se a amostra selecionada a natureza dos problemas que contribuíram direta ou indiretamente para o desencadeamento da sepse.

A amostra foi selecionada de maneira retrospectiva com delimitação de tempo, estipulado entre agosto de 2020 a agosto de 2019, sendo a totalidade da amostra pertinente ao estudo. Mediante o estabelecimento de metas a serem cumpridas em tempos específicos possibilitará aceder à totalidade da população, contudo teve a necessidade de selecionar uma amostra representativa da mesma, para qual serão estabelecidos critérios de inclusão.

Assim, a amostra constituiu-se de pacientes que foram internados no Hospital Monsenhor Berenguer com diagnóstico de AVE e posteriormente externaram manifestações clínicas características de sepse.

O processo de coleta de dados deu-se através de formulários com questões fechadas, que possibilitaram análise da data de internação, alta e o óbito, idade e os medicamentos antes da internação, os fármacos instituídos no período de internação, alterações nos sinais vitais (SSVV), os dispositivos intravenosos, vesicais e enterais utilizados, exames complementares e as complicações durante o período de internação. CERVO, BERVIAN E SILVA (2019) o formulário é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado a coleta de dados resultantes quer de observações quer de interrogações, e seu preenchimento é feito pelo próprio observador.

Houve a leitura de análise documental, cujo o intuito foi examinar todo e qualquer material pesquisado, tido como registro escrito comprobatório para procedência de análise interpretativas e discursivo-textuais, incluindo o acesso aos Sistemas de Informação DATASUS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do município de Monte Santo- Ba.

### **Procedimentos éticos**

Qualquer pesquisa de cunho científico que pretenda-se realizar tendo como base seres humanos, engloba inevitavelmente algumas questões de ordem ética e moral. O investigador passa a ter acesso a um conjunto de informações, comprometendo-se implicitamente a respeitar certas regras de controle de informação, obrigando-se a só divulgá-la quando autorizado (Carmo e Ferreira, 1998).

A realização deste estudo resguardou as informações contidas nos prontuários dos respectivos participantes. Concernindo-lhes o direito ao anonimato e a confidencialidade, sendo os diretores administrativo e clínico conhecedores de todos os aspectos da investigação, de modo que possam ter influência na decisão de autorizá-la ou não, esclarecendo todas as questões colocadas. Protegendo-os de quaisquer danos ou prejuízo inerentes as informações neles contidas para outros fins que não sejam científicos.

No sentido de formalizar a autorização por parte dos diretores, foi elaborada uma declaração de consentimento os informados. Em princípio foi elaborado o pedido formal, através de carta dirigida ao Coordenador de enfermagem e aos diretores do Hospital Municipal Monsenhor Berenguer (HMMB) solicitando autorização para o levantamento de

uma lista nominativa dos pacientes que foram internados nesta unidade de agosto de 2020 a agosto de 2021, no sentido de descrever esta população.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise minuciosa dos prontuários referente a pesquisa dos fatores determinantes e condicionantes da sepse nos pacientes sequelados de AVE no hospital municipal Monsenhor Berenguer Monte Santo- Ba, procurou-se elucidar a temática através da aplicação dos formulários com questões que permitiram extrair dados de relevância para explicitar os principais achados inerentes ao estudo. Com intuito de prover melhor entendimento, os dados serão tabulados abaixo, a partir de tabelas possibilitando assim, esclarecimento da problemática apresentada.

**Tabela .1:** distribuição de acordo com o sexo dos usuários admitidos na unidade Hospitalar Monsenhor Berenguer, Monte Santo- Ba, com diagnóstico de AVE.

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<i>Masculino</i>	17	48.6
<i>Feminino</i>	18	51.4
<i>Total</i>	35	100

**FONTE:** dados extraídos da pesquisa.

Os dados exposta nos dar a dimensão dos usuários hospitalizados com diagnóstico de AVE de acordo com sexo, é perceptível a predominância do sexo feminino, cujo o número representa 18 usuárias que deram entrada na unidade hospitalar no período de 2020 a 2021 externando manifestações clínicas inerentes a doença cerebrovascular e foram internadas com diagnóstico médico de AVE ou seja 51.4 % da amostra. Para GOLDMAN e AUSIELLO (2020) e relação dessa predominância dar-se:

As mulheres que realizaram terapia de reposição hormonal na pós-menopausa, além do tabagismo, hipertensão ou diabetes, uso de anticoncepcionais orais, história de enxaqueca ou sofreram previamente eventos tromboembólicos podem ter risco aumentado podem ter risco aumentado para o surgimento do AVE.

Mesmo com valor inferior em relação as usuárias do sexo feminino, o sexo masculino representa 48.6% da amostra pesquisada, 17 do resultado total, apesar do sexo masculino ter maior predisposição ao surgimento do AVE os dados mostram valores praticamente equiparados. Para elucidar essa disparidade PRADO (2021) relata que a incidência de AVE é maior no sexo masculino, contudo, devido a maior sobrevida, o sexo feminino tem sido cada vez mais acometido. Diante do exposto, fica explicito que a diferença se dar devido a expectativa de vida feminina ser superior a masculina.

**Tabela.2:** os usuários que obtiveram diagnóstico diferencial e comprobatório do tipo acometimento cerebrovasculares, no HMMB, Monte Santo- Ba.

Tipo	N°	%
AVEI	10	28.6
AVEH	02	5.7
AIT	02	5.7
Indefinido	21	60
Total	35	100

**FONTE:** dados extraídos da pesquisa.

Através dos dados, fica nítido a disparidade entre o ideal e o real, a unidade hospitalar é classificada como médio porte devido ao quantitativo de 62 leitos, contudo, não dispõem de tomógrafo nem aparelho para ressonância magnética. Nesse cenário alarmante de doenças cerebrovasculares, os usuários admitidos com diagnóstico AVE, têm os seus respectivos diagnósticos diferenciais de acordo com exames realizadas extra hospitalares (particular).

A realização da tomografia computadorizada constatou-se que 28.6% dos pacientes hospitalizados com diagnóstico de AVE era de origem isquêmica, representando 10 usuários da amostra de 35. Na concepção de PRADO (2021) aproximadamente 80% dos acidentes vascular encefálico são de origem isquêmica. Corroborando com Prado, MARTINS et al (2020) relata que algumas estatísticas apontam o acidente vascular encefálico como o responsável por aproximadamente 80% a 85% dos casos.

Apesar dos autores acima descreveram a predominância de 80% a 85% dos AVEs serem de origem isquêmica, os números que representa 60 % da amostra, referente aos usuários que não obtiveram o diagnóstico diferencial, permanecerá desconhecido, pois a não realização dos exames instituídos como parâmetros deixa impossibilitado estabelecer a provável causa dos AVEs nesses pacientes. O número de caso indefinido representa 21 casos da amostra. mesmo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) afirmando que:

Os AVEs isquêmicos são diferenciados dos hemorrágicos pela falta de extravasamento de sangue no parênquima cerebral. Há duas classificações principais para os AVEI: trombose e embolia, que são causados por oclusão arterial por trombo que se forma localmente numa placa aterosclerótica ou coágulo embólico, e representam 80% de todos os AVEs.

O exposto acima não é parâmetro para rotularmos os casos que tiveram diagnóstico indefinido. Outro dado relevante é o número de usuários com AIT que representam 5.7% da amostra ou seja 2 pacientes, importante salientar que não constam relatos na evolução médica e nem de enfermagem, a realização de tomografia e nem ressonância magnética nos referidos usuários, contudo, há evidências nos transcritos médicos e de enfermagem que relatam a melhoria no quadro clínico após uma hora de internação.

Corroborando com exposto PRADO et al (2021) diz: de acordo com recentes publicações considera-se AIT todo déficit neurológico isquêmico focal reversível, com duração de até 1 hora. GOLDMAN e AUSIELLO (2020) afirmam: o pensamento atual é que quase todos os AITs se resolvem com mais rapidez, e déficit que persistem por mais de 1 a 2 horas provavelmente se associa a dano permanente.

Os usuários que obtiveram a confirmação de AVEH através da ressonância representaram 5.7% ou 2 da referida amostra. Para MARTINS (2020) os AVEH são responsável por aproximadamente 15% a 20 % dos casos. Através dos achados e as literaturas utilizadas é notório que a terapia instituída para estes pacientes varia de acordo com a manifestações clínicas externadas e a estatísticas de estudos randomizados, ambos são parâmetros de escolhas para alguns fármacos como antiagregadores plaquetários.

**Tabela.3:** as doenças crônicas e os fatores de risco para doenças cerebrovasculares preexistente nos pacientes admitidos no HMMB com diagnóstico de AVE.

Fatores	Nº	%
HAS e DM	06	17.1
DM	03	8.6
HAS	12	34.3
Tabagismo	04	11.4
Etilismo	02	5.7
HAS e Tabagismo	08	22.9
Total	35	100

Fonte: dados extraídos da pesquisa.

Os números retratam a relação do AVE com as doenças crônicas preexistente nos pacientes hospitalizados com acidente vascular encefálico, através da pesquisa realizada com os 35 prontuários, constatou-se a presença das diversas doenças de risco para o surgimento do AVE. Nesse contexto, os dados deixam explícito que a hipertensão arterial sistêmica estar no ápice das doenças que estão intrinsecamente relacionadas ao condicionamento do AVE nestes pacientes.

Pois a HAS estava presente em 34.3% ou 12 dos prontuários pesquisados. De acordo com BRASIL (2018) Além de ser a causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Corroborando com os achados da pesquisa GOLDMAN e AUSIELLO (2020) refere que a hipertensão é o fator de risco mais importante no acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico a incidência do AVE aumenta diretamente em relação ao grau de elevação da pressão arterial sistólica e diastólica acima dos valores de base.

Outro problema encontrado na pesquisa foi o binômio tabagismo e a HAS, ambos presentes em 22.9% ou 8 prontuários dos 35 da referida amostra. O tabagismo é considerado, pela OMS, a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O tabaco é um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo (doença isquêmica do coração, AVC, infecção respiratória baixa, DPOC, tuberculose, câncer de pulmão, brônquios e traqueia) e mata uma pessoa a cada seis segundos (WHO, 2018).

O diabetes mellitus representa um dos fatores risco para o AVE, devido ao aumento da viscosidade sanguínea que geralmente desencadeia redução do fluxo sanguíneo para cérebro. Através pesquisa constatou-se que 17.1% dos prontuários pesquisados tinham DM e HAS associadas. De acordo DUNCAN et al., (2019) O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise e AVE.

Dos 35 prontuários pesquisados 5.7% tem histórico de etilismo crônico, sendo este, um dos fatores que podem ter culminado o surgimento do AVE nesses pacientes pois de acordo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) o consumo abusivo de álcool pode ser um fator de risco para o acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico. Os demais prontuários apresentaram Tabagismo 11.4% e DM 8.6% isoladamente. Importante salientar que juntos ou dissociados estão intrinsecamente relacionados ao surgimento de doenças cerebrovasculares.

**Tabela.4:** O tempo de internação hospitalar dos usuários admitidos no HMMB em Monte Santo-Ba.

Dias	Nº	%
1 a 5	04	11.4
5 a 9	11	31.4
9 a 14	12	34.3
14 a 19	08	22.9
Total	35	100

**Fonte.** Dados extraídos da pesquisa.

A tabela acima, retrata o tempo de permanência dos usuários que deram entrada no Hospital Municipal Monsenhor Berenguer com diagnóstico de AVE no período de 2020 a 2021. Os dados demonstram que 34.3% da amostra pesquisada permaneceram de 9 a 14 dias internados. Seguidos por 31.4% que permaneceram de 5 a 9 dias. Importante salientar que ambiente hospitalar possui diversos microrganismo patogênico que a depender da imunidade do hospedeiro, o tempo de permanência pode ser protelado.

Através das evoluções médicas e de enfermagem observadas nos prontuários pesquisados notou-se indícios de piora no prognóstico destes pacientes. Para GOLDMAN e AUSIELLO (2020) as infecções nosocomiais ocorrem por uma ampla variedade de

razões, devido a uma ampla diversidade de patógenos. Os microrganismos nosocomiais não estão presentes no hospedeiro no momento da admissão hospitalar, mas o colonizam após a internação frequentemente após 24 horas no hospital. Os demais prontuários apresentaram 22.9% que representam de 14 a 19 dias de internação, e 11.4% para aqueles que permaneceram de 1 a 5 dias hospitalizados.

**Tabela.5:** as enfermarias onde permaneceram os pacientes internados com diagnóstico de acidente vascular encefálico, no período de internação no HMMB, Monte Santo-Ba.

Enfermarias	N°	%
G	14	40
F	03	8.6
D	06	17.1
E	12	34.3
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

O estudo direcionou a pesquisa para o levantamento das enfermarias que os pacientes estadearam durante o período de internação, com intuito de explicitar as quais tiveram maior predominância de pacientes acometidos por AVE. As enfermarias G e F são enfermarias masculinas com 17 leitos de internação e as D e E são femininas que também possui 17 leitos.

Como as enfermarias não têm especificidade de internação para pacientes com AVE, todos permaneceram em enfermarias conjuntas aos demais pacientes hospitalizados com patologias distintas. Segundo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) um número cada vez maior de pacientes é exposto intermitentemente ao ambiente de cuidados com a saúde, podendo torna-se colonizados ou infectados com os patógenos do ambiente hospitalar.

A amostra constitui-se de 35 prontuários pesquisado de forma retrospectiva de 2020 a 2021, observa-se que a enfermaria G é a que mais obteve fluxo pacientes internados nesse período, pois representa 40% da totalidade da amostra. Nesse cenário de rotatividade de pacientes hospitalizados, é nítido os riscos de infecções relacionadas ao ambiente. Segundo LOPES (2018) nos primeiros dias de internação a microbiota comunitária é preponderante, mas nos dias subsequentes é substituída pelas bactérias do ambiente hospitalar. A outra enfermaria masculina é a F, cujo os dados representa apenas 8.6% da amostra.

No cenário oposto temos as enfermarias femininas D e E, sendo a E entre as femininas que obteve maior fluxo 34.3%, e enfermaria D teve 17.1% de internação durante esse período referente aos pesquisados. É notório que as enfermarias por não terem especificidade de internamento, tornam-se fatores propagadores de microrganismo patogênicos e conseqüentemente predisõem os usuários a desenvolverem infecções nosocomiais.

**Tabela. 6:** o número de usuários que utilizaram dispositivo intravenoso flexível no período de internação no HMMB, Monte Santo- Ba.

Uso de dispositivo	N°	%
Sim	35	100
Não	00	00
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

Os dispositivos intravenosos são os principais meios de prover volumes e medicações aos pacientes em contexto hospitalar, a tabela acima descreve que 100% dos prontuários pesquisados foram encontrados achados referente a utilização de dispositivos intravenosos no período de internação. SALLUM e PARANHOS (2019) a obtenção de uma via de acesso venoso em âmbito hospitalar é condição essencial para o estabelecimento da terapêutica, seja na reposição de líquidos e eletrólitos, administração de medicamentos intravenosos, controle da dor, transfusão de sangue e hemoderivados, seja para coleta de amostras sanguíneas.

**Tabela.7:** o tempo de permanência do acesso venoso periférico nos usuários hospitalizados com o diagnóstico de AVE.

Horas	N°	%
<72	12	34.3
72 a 96	09	25.7
>96	10	28.6
Indefinida	04	11.4
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

É notória a importância do acesso venoso periférico no contexto hospitalar, pois este é o principal meio utilizado pelos profissionais de saúde para instituir a terapia farmacológica e a infusão de volumes em pacientes hospitalizados, entretanto, é um dos principais fatores responsáveis pelo surgimento de infecções, e o tempo de permanência tem relação direta com as infecções nosocomiais e conseqüentemente o surgimento de sepse. Segundo TORRES et al (2019):

As punções venosas periféricas representam, aproximadamente, 85% de todas as atividades executadas pelos profissionais enfermagem; é um procedimento que possui alto nível de complexidade técnico-científico, o que exige do profissional competência, bem como habilidade psicomotora; é executado por profissionais com diferentes níveis de formação ou habilitação o que pode gerar variabilidade no desempenho; representa um procedimento invasivo, considerando que o cateter provoca o rompimento da proteção natural e, conseqüentemente, acarreta a comunicação do sistema venoso com o meio

externo.

Por ser um procedimento invasivo que faz contato direto com a rede sanguínea venosa deixa os usuários que foram submetidos a este procedimento susceptível a infecções caso não seja realizado com técnica asséptica ou tenha o tempo de troca feito tardiamente ou precocemente do dispositivo. De acordo com TARDIVO et al (2018): As infecções sanguíneas relacionadas aos cateteres venosos são causa de morbimortalidade nosocomiais e são os responsáveis por infecções mais graves, onde a sua incidência é mais elevada, devido ao maior tempo de permanência, maior colonização com a flora hospitalar e maior manipulação.

A tabela número 7, retrata o tempo de permanência dos dispositivos intravenosos nos prontuários pesquisados, os achados são alarmantes, pois têm relação direta com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, cuja função é a realização da punção com técnica asséptica e monitoramento dos AVP durante o período de internação, observando indícios de sinais flogísticos no local inserção do cateter e realizado as respectivas trocas do acordo com o tempo específico.

Através das evoluções de enfermagem a pesquisa constatou que 34.3% dos prontuários da amostra tinham relatos da troca do dispositivo < 72 horas, as anotações de enfermagem justificam a troca precoce devido ao surgimento de flebites e extravasamentos causa muito comum quando a técnica de inserção é inadequada. Para MACHADO et al (2018):

A flebite, a infiltração e o extravasamento são as complicações mais frequentemente relacionadas ao uso de cateteres venosos periféricos (CVP), podendo interferir em seu tempo de permanência. Alguns fatores que podem contribuir para a ocorrência dessas complicações são o tipo de cateter utilizado, o preparo do local da punção, o tipo de infusão, a técnica de inserção e o tempo de permanência do cateter, além de características intrínsecas do paciente.

Outro dado importante é referente ao tempo de troca de 72 a 96 horas, sendo que apenas 25.7% dos prontuários pesquisados trazem relatos da troca nesse período de tempo, considerado ideal acordo com o tempo de permanência do cateter, o *Center for Disease Control and Prevention - CDC* (2018) preconiza a troca em adultos, no período de 72 a 96 horas, para redução do risco de infecção e flebite.

Em relação ao tempo de troca tardia, foram evidenciados que 28.6% dos prontuários da pesquisa realizaram a troca > 96 horas. Lundgren *et al.* (2016) citado por PEREIRA et al (2018) retrata: que o cuidado de enfermagem, relacionado à manutenção do dispositivo venoso periférico *in situ*, diminui com o passar dos dias e que, após o segundo dia de observação, tal cuidado é considerado insatisfatório.

Os achados nas evoluções de enfermagem deixam explícitos que a troca do dispositivo foram realizadas devido as queixas dos pacientes: algias intermitentes nos

locais das inserções associados a hiperemia. Na concepção de MACHADO et al (2018) é considerada infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter quando há presença de sinais flogísticos no local de inserção do dispositivo intravascular calor, rubor, dor ou secreção purulenta.

Complementando o exposto anterior GOLDMAN e AUSIELLO (2020) relatam que as infecções de corrente sanguínea associadas a cateteres costumam ter início com a colonização do material por um microrganismo. Uma vez que os cateteres endovasculares são geralmente posicionados através da pele do paciente, é daí que a maioria desses microrganismos colonizadores provém.

Outro dado relevante da pesquisa é a indefinição do tempo de troca que representam 11.4 % dos prontuários pesquisados, nesses, nada consta nas evoluções de enfermagem em relação a trocas precoce, tardia ou dentro do tempo estipulado. Diante da totalidade da amostra referente ao tempo de troca dos dispositivo, é perceptível que AVP é um dos fatores que tem relação direta com o surgimento da sepse. Ainda segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (2018), milhões de punções intravasculares são realizadas cada ano, pelo que, o uso de cateteres venosos periféricos pode originar complicações locais ou sistêmicas, com aumento da morbimortalidade e do tempo de hospitalização.

**Tabela.8:** os pacientes que utilizaram a sonda nasogástrica para alimentação, no HMMB, Monte Santo-Ba.

SNG	N°	%
Sim	27	77.1
Não	08	22.9
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

Um das complicações decorrentes do AVE é a disfagia, a responsável por agravar o estado nutricional destes pacientes, além de ser um fator de risco para refluxo gastroesofágico, broncoaspiração e conseqüentemente pneumonia aspirativa. Com intuito de minorar tais agravos é sempre indicado a sondagem nasoenteral, cuja a finalidade é prover alimentação diretamente ao intestino delgado sem condicionar risco decorrentes deste dispositivo.

Os achados da pesquisa extraídos dos prontuários referente a este item, constam na prescrição médica e evoluções de enfermagem a sondagem nasogástrica como o meio de prover alimentação a estes pacientes. Segundo SALLUM e PARANHOS (2019) a sondagem gástrica é contraindicada para alimentação de pacientes. Esta finalidade é alcançada pela utilização das sondas enterais.

Mesmo indo de encontro com exposto anterior, 77.1% dos prontuários pesquisados mencionaram a utilização de sondagem gástrica como meio para alimentar os pacientes internados com diagnóstico de AVE que desenvolveram disfagia. Para UNAMUNO

e MARCHINI (2018) o risco de refluxo gástrico e um conseqüente risco de pneumonia aspirativa, é predominantemente maior em pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico, inconscientes ou com reflexos diminuídos.

Diante da concepção anterior é nítido os riscos de pneumonia aspirativa nesse pacientes decorrente não só da sondagem gástrica como as condições debilitantes do AVE. A pneumonia aspirativa é um processo infeccioso ocasionado pela inalação de microrganismos da orofaringe igualmente causando danos pulmonares. Na concepção de GOLDAN e AUSIELLO (2020) as infecções pulmonares podem ocorrer após a aspiração de secreções que carreguem microrganismo do trato respiratório superior e conteúdo gástrico regurgitado. Os demais prontuários, referente a 22.9% da totalidade da amostra não consta informações nenhuma a respeito da utilização de quaisquer dispositivos com esse propósito.

**Tabela.9:** pacientes que apresentaram retenção urinária e realizaram cateterismo vesical de demora ou alívio, no HMMB, Monte Santo-BA.

Sondas	Nº	%
Sondagem vesical de demora	10	28.6
Sondagem vesical de alívio	05	14.3
Não realizado	20	57.1
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

A tabela 9, descreve o número de pacientes que fizeram uso do cateterismo vesical de demora ou alívio, importante salientar que o cateterismo vesical é o principal meio utilizado para alívio das algias decorrentes da retenção urinária. Os pacientes sequelados de AVE estão mais susceptíveis ao surgimento de retenção urinária. Assim, afirma PRADO (2021) após AVE pode ocorrer retenção urinária devido a arreflexia detrusora de etiologia desconhecida, chamada choque cerebral.

Os dados da pesquisa retratam que 28.6%, dos pacientes pesquisados utilizaram cateterismo vesical de demora, os escritos de enfermagem e as prescrições médicas descrevem que a justificativa para utilização da sondagem vesical deu-se devido ao surgimento da retenção urinária. Segundo POTTER (2019) a retenção urinária é um acúmulo de urina resultante de uma incapacidade da bexiga em esvaziar adequadamente.

Os pacientes que fizeram uso da SVD têm predisposição maior há desenvolverem infecções urinárias relacionadas ao cateterismo. Corroborando com essa afirmativa GOLDMAN e AUSIELLO (2020) afirma que aqueles em uso de sondas de demora, o risco de infecção permanece relativamente constante em cerca de 3% a 6% por dia de sondagem (maior para as mulheres que para os homens, e aumenta com a manipulação da sonda).

Como todo procedimento invasivo implica em risco de infecção, o cateterismo vesical não é diferente, para SOUZA e NETO et al (2018) existem vários fatores de risco associados à infecção durante o uso do cateterismo vesical, entre eles, a colonização do meato uretral e a duração da cateter.

Além do cateterismo vesical de demora descrito em 10 prontuários, a pesquisa quantificou também aqueles que utilizaram o cateterismo vesical de alívio que totalizaram 14.3% do referido estudo. Segundo PRADO (2021) infecções urinárias surgem em 1 a 2% dos pacientes submetidos a cateterismo vesical simples e em 10 a 20% dos pacientes mantidos com sonda vesical por curtos períodos. Os 57.1% dos prontuários não foram encontrados relatos nas anotações referente a quaisquer tipos de cateterismo vesical.

**Tabela.10:** Infecções adquiridas durante o período de internação no HMMB, Monte Santo-Ba.

<b>Doenças</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>ITU</b>	<b>11</b>	<b>31.4</b>
<b>Pneumonia</b>	<b>10</b>	<b>28.6</b>
<b>Flebite</b>	<b>12</b>	<b>34.3</b>
<b>Enteroinfecção</b>	<b>02</b>	<b>5.7</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

A tabela descreve as principais infecções nosocomiais que ocorreram no período de internação dos pacientes hospitalizados com AVE. De acordo com SILVA et al (2008)A infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares. A tabela 9, descreveu o número de usuários que fizeram uso de cateterismo vesical, é sabido que estes são mais susceptíveis a desenvolverem infecções do trato urinário.

Através das evoluções médicas presentes nos prontuários pesquisados constatou-se que 31.4% dos pacientes hospitalizados desenvolveram ITUs. Segundo DUNCAN et al (2018) a ITU é responsável por 40% das infecções adquiridas em hospital. Após duas semanas de cateterismo vesical ocorre bacteriúria em 90% dos pacientes, e cerca de 10% desenvolvem ITU sintomática a curto prazo após uma cateterização.

Dos 15 pacientes que fizeram uso do cateterismo vesical, 11 tiveram prognóstico de ITU diante dos dados tudo leva a crer que essa incidência tem relação direta com uso da sondagem vesical de demora ou alívio. Para GOLDMAN e AUSIELLO (2020) as infecções urinárias nosocomiais geralmente se instalam após a manipulação do trato urinário, mais frequentemente com cateteres. Corroborando com afirmativa anterior PRADO et al (2021) relata que as infecções surgem em 1 a 2% dos pacientes submetidos a cateterismo vesical simples e em 10 a 20% dos pacientes mantidos com sonda vesical por curtos períodos.

A pneumonia surge como a terceira causa de infecções adquiridas no contexto hospitalar segundo dados da pesquisa, representados por 28.6% da amostra. Importante salientar que os dados referente as infecções nosocomiais foram classificados através dos transcrito médicos e de enfermagem pesquisados no prontuários selecionados. Segundo LOPES (2018) a pneumonia hospitalar é classicamente definida como aquela que ocorre após 48 a 72 horas após a admissão.

É perceptível que 27 dos 35 pacientes hospitalizados com AVE apresentaram disfagia e utilizaram sondagem nasogástrica para alimentação. Nesse cenário o risco de pneumonia aspirativa é muito grande, pois segundo LOPES et al (2018) A sonda nasogástrica provavelmente por causar disfunção do esfíncter esofágico inferior, aumentam o risco de aspiração. A alimentação via sonda gástrica pode aumentar o volume gástrico e provocar refluxo gastroesofágico.

Na concepção de GOLDMAN e AUSIELLO (2020) as infecções pulmonares podem ocorrer após a aspiração de secreções que carreguem microrganismo do trato respiratório superior ou de conteúdo gástrico regurgitado. De acordo com o manual da ANVISA (2020) A pneumonia relacionada a assistência a saúde é geralmente de origem aspirativa, sendo a principal fonte, as secreções das vias áreas superiores, seguida pela inoculação exógena de material contaminado ou pelo refluxo do trato gastrintestinal.

Um dado agravante que estar intrinsecamente relacionado a qualidade da assistência prestada pela enfermagem são as flebites presentes em 34.3% dos prontuários pesquisados sendo a primeira causa de infecções nesses pacientes. Segundo TORRES et al (2019) No âmbito hospitalar, a flebite é uma das complicações mais frequentes e considerada uma das principais falhas da infusão, que implicam em interrupção da terapia intravenosa, sendo uma das causas preveníveis de morbimortalidade de pacientes.

Os profissionais de enfermagem por estarem em contato diário com usuários hospitalizados, e sendo eles os responsáveis pela inserção e manutenção do AVP, esses dados inerentes aos surgimento das flebites tem relação com o cuidado prestados pelos profissionais envolvidos na assistência. Lundgren *et al.* (2006) citado por PEREIRA et al (2018) retrata: que o cuidado de enfermagem, relacionado à manutenção do dispositivo venoso periférico *in situ*, diminui com o passar dos dias e que, após o segundo dia de observação, tal cuidado é considerado insatisfatório.

Os fatores que podem estar contribuindo para o surgimento de flebites nesses pacientes são o tempo de permanência e técnica de punção inadequada sem assepsia local. O tempo de permanência do cateter, o *Center for Disease Control and Prevention* - CDC (2018) preconiza a troca em adultos, no período de 72 a 96 horas, para redução do risco de infecção e flebite. Segundo ANVISA (2018) Estima-se que cerca de 60% das bacteremias nosocomiais sejam associadas a algum dispositivo intravascular.

Segundo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) as infecções de corrente sanguínea associada a cateteres costumam ter início com a colonização do material por um microrganismo. E por último, e não menos importante a enteroinfecção que representam 5.7% das infecções nosocomiais.

**Tabela. 11:** usuários que foram a óbito em contexto hospitalar.

Óbitos	N°	%
Sim	25	71.4
Não	10	28.6
Total	35	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

Os dados referente a tabela acima descreve que 71.4% dos pacientes internados com diagnóstico de AVE foram a óbitos, as infecções nosocomiais associados a sepse são fatores que tem relação direta com a alta mortalidade presente no estudo. Segundo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) as infecções são a maior causa de mortalidade no mundo. Isso se torna um problema especial em pacientes hospitalizados, devido a diversidade de microrganismo presentes no âmbito hospitalar.

Esses quadros infecciosos decorrentes de vários fatores presentes no contexto hospital, culminaram em maior tempo de internação, maior morbidade e mortalidade desses pacientes pesquisados. Importante atentar que 100% dos usuários pesquisados desenvolveram sintomatologia inerentes a sepse.

Sepse ou síndrome séptica é a tradução clínica da existência de manifestações acompanhadas de foco infeccioso, sendo caracterizada pelas reações desenvolvidas pelo ser humano em resposta à invasão de micro-organismos patogênicos em que ocorre comprometimento disseminado e relativamente contínuo da circulação e que pode determinar disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou mesmo a morte (GOLDMAN; AUSIELLO, 2020).

**Tabela.12:** Causa morte dos pacientes que foram a óbito.

Causa Morte	N°	%
Pneumonia e Sepse	10	40
Choque séptico	05	20
Sepse	07	28
AVE e Sepse	03	12
Total	25	100

**Fonte:** dados extraídos da pesquisa.

Diante da problemática descrita no tema proposto, foi realizada a seletiva dos prontuários dos pacientes que foram internados com diagnóstico de AVE e tiveram manifestações clínicas externadas compatíveis com quadro séptico no período de internação, outro dado referente a pesquisa foi a causa morte dos pacientes que foram a óbito no período de internação.

É perceptível, que o fator causal, pneumonia e sepse obtiveram números de destaque na amostra pesquisada, pois representaram 40% da totalidade do estudo. Importante atentar que o surgimento da pneumonia está relacionado a inúmeros fatores, que podem variar de acordo com a etiologia do microrganismo causador da infecção até a susceptibilidade do hospedeiro as diversas formas de contaminação presentes no contexto hospital. Segundo GOLDMAN e AUSIELLO (2020) a pneumonia é resultante de alterações no equilíbrio entre o organismo colonizador e o hospedeiro, o risco de infecção é aumentado por qualquer processo que exponha o hospedeiro ao patógeno.

conceito de sepse é definido pela somatória de manifestações graves externadas pelo organismo acometido por algum processo infeccioso, o seu surgimento depende de uma série de fatores tendo como aspecto imperial a exposição a um microrganismo invasor ou sua toxina, que culminará numa resposta imunológica e inflamatória cujo o intuito é controlar as ameaças presentes no organismo, a sepse sozinha representou 28 % das mortes nos prontuários pesquisados. Segundo MARTINS et al (2020) o aspecto comum é a exposição a um patógeno invasor ou, a sua toxina, desencadeando uma resposta imunológica e inflamatória com intuito de controlar essa ameaça no organismo.

Importante atentar que todos os prontuários pesquisados tiveram relatos de algum tipo infecção nosocomial adquiridas as quais foram descritas na tabela 10. As infecções desenvolvidas e classificadas como nosocomiais, são estabelecidas após a admissão do paciente ao contexto hospitalar, não estando associados com a complicação ou extensão de infecção já preexistente na admissão podendo manifestar-se após a alta, mas estão relacionadas com a internação prévia. Segundo GOLDMAN E AUSIELLO (2020) As bacteremias que ocorreram nas primeiras 48 horas de internação, são classificados como de origem interinstitucional sendo analisada como um dos fatores para piora nos prognósticos, e conseqüentemente evolução para o óbito.

Em relação aos parâmetros comprobatórios inerentes a sepse, foi encontrado alterações nos sinais vitais: taquicardia, bradicardia, hipotensão, hipotermia, hipertermia, taquipneia, bradipneia. Outro achado importante são as alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia e PCR positivo. De acordo Lopes (2018) Síndrome da Resposta Inflamatória sistêmica (SIRS):

É uma resposta inflamatória a uma grande variedade de condições clinicas severas. Essas resposta é manifestada por duas ou mais das seguintes condições: 1) temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  ou  $<36^{\circ}\text{C}$ ; 2) frequência cardíaca  $>90\text{bpm}$ ; 3) frequência respiratória  $>20\text{ipm}$  ou  $\text{pCO}_2 <32\text{mmHg}$ ; 4) contagem de glóbulos brancos  $>12.000 \text{ mm}^3$  ou  $<4.000 \text{ mm}^3$  ou

bastonetes >10%. Então somatória de dois ou mais fatores, haverá uma sequência de eventos genéticos, bioquímicos e clínicos: haverá febre, adinamia, bem como sintomas gerais de inflamação\ infecção, que são elevação da proteína C-reativa e complemento, ativação endotelial com disfunção microcirculatória , aumento de permeabilidade vascular, ativação da cascata das cininas, microtrombose e redução da resistência vascular sistêmica. (pag.234)

O choque séptico representou 20% dos dados levantados na pesquisa. Para SALLUM e PARANHOS (2019) o choque séptico resulta da incapacidade de o organismo de o organismo realizar as necessidades metabólicas e hemodinâmicas, decorrentes da presença de bactérias, vírus e fungos na corrente sanguínea.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo procurou esclarecer os fatores que estão intrinsecamente relacionados ao surgimento da sepse em pacientes admitidos com diagnóstico de AVE no Hospital Municipal Monsenhor Berenguer no município de Monte Santo-Ba. A pesquisa trouxe a luz a discussão referente aos principais meios propagadores de infecções nosocomiais presentes no contexto hospitalar.

A diversidade de microrganismo patogênicos presentes em âmbito hospitalar associado a fatores como a troca tardia ou precoce do acesso venoso periférico, cateterismo vesical de demora ou alívio, sondagem nasogástrica para prover alimentação cuja finalidade divergem do seu real propósito, antibiótico terapia empírica, foram os achados elencados pelo estudo.

Os aspectos abordados no presente estudo, demonstrou com especificidade que as intervenções cotidianas voltadas assistir os pacientes sequelados de AVE na sua totalidade, nem sempre condiz com os preceitos adquiridos com a teoria. Há divergência entre o conhecimento teórico e prático em relação às medidas de prevenção e controle de infecções que acomete estes usuários no período de internação, visto que o surgimento de infecções nosocomiais durante o período de hospitalização foram evidenciados em todos os pacientes, pneumonias, ITU, flebite e enteroinfecção. As causas prováveis dos índices alarmantes das referidas infecções são os procedimentos invasivos que estes usuários foram submetidos.

Nesse prisma, é importante salientar a relevância da educação continuada dos profissionais envolvidos na assistência, de modo, que eles percebam valor das atividades educativas e do treinamento profissional periodicamente, provendo formação de profissionais críticos e consciente do seus respectivos papéis frente a prevenção e controle das infecções decorrentes dos procedimentos invasivos. Portanto, é necessário prover atividades educativas que despertem a reflexão, atualização e a mudança de comportamento, cujo o principal intuito é à qualidade do desempenho dos profissionais de saúde.

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal, bem qual não recebemos qualquer suporte financeiro da indústria ou de outra fonte comercial e nem eu, nem os demais autores ou qualquer parente em primeiro grau possuímos interesses do assunto abordado

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Torres MM, Andrade D, Santos CB. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 maio-junho; 13(3):299-304. Disponível <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692007000700003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000700003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 Out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700003>.

PEREIRA RCC; ZANETTI ML & RIBEIRO KP. Tempo de permanência do dispositivo venoso periférico, in situ, relacionado ao cuidado de enfermagem, em pacientes hospitalizados. **Medicina, Ribeirão Preto**, 34: 79-84, jan./mar.2018. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/1195/1214>, acesso em 20 Out. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

ANVISA. RDC nº 44, de 26 de outubro de 2018. **Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.** Lex: Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2018.

UNAMUNO MRDL & MARCHINI JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. **Medicina, Ribeirão Preto**, 35:95-101, jan./mar.2018. Disponível em [http://revista.fmrp.usp.br/2008/vol35n1/sonda\\_nasogastrica.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2008/vol35n1/sonda_nasogastrica.pdf) acesso 30 Out. 2022.

**Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências/** Organizadores, Bruce B. Duncan ...[ et al]. -ed.-Porto Alegre : Artmed, 2018.

Goldman, Lee. **Cecil Medicina/** Lee Goldman, Dennis Ausiello; [ tradução Adriana Pittella Sudré...et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

SOUZA NETO, João Leão e et al. Infecção do trato urinário relacionada com a utilização do catéter vesical de demora: resultados da bacteriúria e da microbiota estudadas. **Rev. Col. Bras. Cir.** [online]. 2018, vol.35, n.1, pp. 28-33. ISSN 0100-6991. <http://dx.doi.org/10.1590/>

S0100-69912008000100008. Acesso 30 Out. 2022.

Potter, Patricia Ann. **Fundamentos de enfermagem**/ Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry; [ tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.].-Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

Machado AF, Pedreira MLG, Chaud MN. Estudo prospectivo, randomizado e controlado sobre o tempo de permanência de cateteres venosos periféricos em crianças, segundo três tipos de curativos. **Rev Latino-am Enfermagem** 2018 maio-junho.

BRUNNER e SUDDARTH, **Tratamento de enfermagem médico-cirúrgico**/[editores] Suzanne C. Smeltzer...[et al]; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral; Tradução Fernando Diniz Mundim, José Eduardo Ferreira de Figueido].-Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**/ Ministério da Saúde, secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada.--Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018.50 p.:il.

LOPES, Antonio Carlos, **Diagnóstico e tratamento**, volume1/ editor Antonio Carlos Lopes Barueri, SP: Manole, 2018.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamento de Metodologia Científica**/ Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos-7. Ed- São Paulo: Atlas, 2017.

PAULO, R. B.; CUIMARAES, T. M.; HELITO, P. V. P.; MARCHIORI, P. E.; YAMOMOTTO, F.I.; MANSUR, L.L.; ASCAFF, M.; CONFORTO, A.B.; Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. **RevAssocMedBras** 2019; 55(5); 313-6.

WESTPHAL, Glauco Adrieno; SILVA. Eliezer; SALOMAO, Reinaldo; BERNARDO, Wanderley Marques. Diretrizes para tratamento de sepse grave/choque séptico - ressuscitação hemodinâmica; **RevBrasTerIntensiva**. 2021;23(1): 13-23.

# Índice Remissivo

## A

Acidente Vascular Cerebral 127, 136  
Acidente Vascular Encefálico 127, 135, 136, 137, 138, 142  
Adolescentes 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 54, 67, 121, 122, 123, 124, 125  
Alterações Socioemocionais 52  
Análise Espacial 40, 70  
Atenção À Saúde 30, 31, 83  
Atenção Primária À Saúde 63, 65

## B

Bactéria 41, 63, 64

## C

Câncer 39, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 137  
Câncer De Próstata 95, 117  
Câncer Do Colo De Útero 87, 88, 89, 90, 91, 92  
Cobertura Vacinal 121, 124  
Covid-19 11, 12, 13, 14, 15, 16, 37, 38, 60, 66, 123  
Crianças 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 74, 77, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 149  
Cuidados Às Famílias 72

## D

Departamento De Informática Do Sistema Único De Saúde (Datasus) 19, 21  
Desenvolvimento Do Indivíduo 19  
Disúria 94, 97  
Doenças Do Aparelho Circulatório 30, 35

## E

Epidemia 11  
Epidemiologia 11, 30, 39, 40, 51, 70, 72, 85, 89, 94, 121, 127  
Estilo De Vida 30

## F

Faixa Etária Para Vacinação 121, 124  
Funções Motoras E Sensitivas 127, 130

## G

Gestação 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70

## H

Hesitação 94, 97  
Hiperplasia Prostática 94, 95, 96, 98, 113, 114, 115

Histórico Familiar 72, 83, 84, 85, 97, 110, 112

## I

Importância Da Vacinação 121, 123

Imunização 121, 125

Incidência 40, 43, 69, 87, 92

Incidência De Ansiedade 52

Incidência Do Câncer 87, 89, 114

Infecção Sexualmente Transmissível 63, 64

Infecções Nosocomiais 127, 128, 131, 137, 138, 139, 143, 144, 145, 147

Infecções Por Coronavírus 121

## J

Jato Urinário 94, 97

## M

Médicos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 35, 72, 76, 78, 79, 85, 135, 144

Microrganismo Patogênico 127, 137

Mortalidade 11, 12, 13, 14, 15, 16, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 92, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 108, 137, 145

Mucopolissacaridose Tipo Vi 72, 74, 75, 76, 77, 82

## N

Neoplasias 30, 35, 87, 88, 90, 96, 101, 108

Neoplasias Do Colo Do Útero 87

Neoplasias Malignas 87, 88

Noctúria 94, 97, 98

Notificação Compulsória 19

## O

Organização Mundial De Saúde (Oms) 42, 64, 87, 88

## P

Pacientes Sequelados 127, 130, 131, 132, 134, 142, 147

Pandemia 11, 17, 19, 24, 25, 27, 32, 38, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 66, 91, 122, 124, 125

Percepções Maternas 52

Planejamento Familiar 72, 74, 83, 85, 116

Polaciúria 94, 97, 98

Pré-Natal 54, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 74, 76, 77, 83, 84, 85

Processo Infeccioso 127, 128, 142, 146

Próstata 94, 95, 96, 97, 98, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120

## Q

Quadro Séptico 128, 146

## R

Rede De Saúde 30, 38  
Relações Sociais 19, 21, 85  
Retenção Miccional 94, 97

## S

Saúde Da Família 72, 73, 74, 78, 79, 85, 86  
Saúde Do Homem 95, 99, 108, 117, 118  
Saúde Física E Mental 19  
Saúde Materno-Fetal 63, 64  
Saúde Pública 12, 27, 32, 40, 42, 60, 64, 98, 117, 123  
Secretaria Da Saúde 121, 123  
Sepse 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 139, 141, 145, 146, 147, 149  
Sequelas 127, 130  
Sífilis 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70  
Sífilis Gestacional 63, 65, 66, 69, 70  
Síndrome De Maroteaux-Lamy 72  
Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (Sim-P) 121, 123  
Síndrome Respiratória Aguda Grave (Srag) 121  
Sistema De Informação De Agravos De Notificação (Sinan) 19, 40, 42, 66, 68  
Sistema De Informação Sobre Mortalidade 30, 31, 39, 100, 101, 102  
Sistemas De Informação Em Saúde 19  
Suporte Emocional 52

## T

Treponema Pallidum 63, 64  
Triagem Neonatal 72  
Tuberculose 8, 40

## U

Unidade Básica De Saúde (Ubs) 52

## V

Vacinômetro 121, 123  
Vida Gestacional De Mulheres 52  
Violência Doméstica 19  
Violência Sexual 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28



EDITORA  
OMNIS SCIENTIA

[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



EDITORA  
OMNIS



SCIENTIA



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 