

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES

2



INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
(ORGANIZADOR)



2021

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES

2



INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
(ORGANIZADOR)



2021

2021 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à
Editora e-Publicar pelos autores

Editora Chefe
Patrícia Gonçalves de Freitas
Editor
Roger Goulart Mello
Diagramação
Roger Goulart Mello
Projeto Gráfico e Edição de Arte
Patrícia Gonçalves de Freitas
Revisão
Os autores

ENFERMAGEM: ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES, VOL. 2

Todo o conteúdo dos capítulos, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense
Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia
Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina
Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco
Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará
Glauco Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco



2021

Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

E56 Enfermagem [livro eletrônico] : atuação e inovação no cuidado aos
 pacientes: volume 2 / Organizador Inaldo Kley do Nascimento
 Moraes. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-89950-08-0

1. Enfermagem – Pesquisa. 2. Enfermagem – Prática
profissional. 3. Saúde pública. I. Moraes, Inaldo Kley do Nascimento,
1978-.

CDD 633.8

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2021

Apresentação

É com grande satisfação que a **Editora e-Publicar** vem apresentar a obra intitulada “**Enfermagem: atuação e inovação no cuidado aos pacientes, Volume 2**”. Neste livro, engajados pesquisadores contribuíram com suas pesquisas. A obra é composta por 33 capítulos que abordam múltiplos assuntos.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Editora e-Publicar

Roger Goulart Mello

Patrícia Gonçalves de Freitas

Sumário

CAPÍTULO 1	15
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT	15
	Amanda Rodrigues da Silva Magda de Mattos Suellen Rodrigues de Oliveira Maier Renata Esteves Goncalves Mangabeira Daniela Zangaro Corradi Leal Daiane Almeida dos Santos Schrippe
CAPÍTULO 2	25
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: REFLEXÃO ACERCA DO ESTILO DE VIDA DE PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO DA PARAÍBA	25
	Jéssica Larissa Viana Silva Thayná de Almeida Alves Adriana Magna Ribeiro Cardozo Inglidy Rennaly Maciel Melo Clésia Oliveira Pachú
CAPÍTULO 3	37
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: PROJETO DE EXTENSÃO	37
	Esteffany Vaz Pierot Luíza Alves da Silva Elias Paulo da Silva Adriana da Cunha Menezes Parente
CAPÍTULO 4	44
SÍSIFOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E O SUICÍDIO DESSES NAS ENTRELINHAS DA LITERATURA: O QUE COMPETE A ENFERMAGEM?	44
	Julia Freitas da Silva Julielen Freitas da Silva Cruz Heloisa Helena Lemos Horta Juliana Cristina Martins de Souza João Vitor Andrade

CAPÍTULO 559

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER PORTADORA DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO: ESTUDO DE CASO.....59

Ana Izabela Barbosa da Silva
Luma Nunes Camilo
Letícia Kelly Souza Lopes
Ariadne Ribeiro Borges dos Santos
Marília Dutra Teixeira
Carolina Souza Pinto
Juliana Cristina Martins Souza
João Vitor Andrade

CAPÍTULO 670

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ADULTO EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO DE CASO..70

Marília Dutra Teixeira
Carolina Souza Pinto
Ana Izabela Barbosa da Silva
Luma Nunes Camilo
Letícia Kelly Souza Lopes
Ariadne Ribeiro Borges dos Santos
Juliana Cristina Martins Souza
João Vitor Andrade

CAPÍTULO 780

RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: CONCEITO, APLICAÇÃO E EFETIVIDADE NAS ENTRELINHAS DA LITERATURA80

Andressa Guimarães Maia
Luiza de Freitas Nunes
Juliana Cristina Martins de Souza
João Vitor Andrade

CAPÍTULO 889

CONVERGÊNCIA ENTRE PROCESSO DE ENFERMAGEM E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA89

Rafaela Sales Medeiros
Bruna de Oliveira Moreti
José Gilberto Prates
Douglas Alexsandro Corrêa Petronilho
Márcia Aparecida Lino
João Vitor Andrade

CAPÍTULO 9 103

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AUTOGESTÃO DE PESSOAS COM DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 1,2 103

DOI: 10.47402/ed.ep.c20214869080

Cristiane de Melo Aggio
Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad

CAPÍTULO 10 119

VULNERABILIDADES E TABUS RELACIONADOS A GESTAÇÃO DE MULHERES COM HIV/SIDA 119

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142310080

Iago Prina Rocha
Gleice Moura Silva
Alessandra Santos Sales
Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos
Naiane Santos de Almeida
Vaniele Pereira Sampaio
José Santana Farias Neto
Olívia Reis Mesquita Martins

CAPÍTULO 11 129

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM AOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTOS PALIATIVOS 129

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142411080

Adriele Carneiro Brandão
Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos
Iago Prina Rocha
Suziane de Aguiar Brito
Cristian Lucas Bezerra

CAPÍTULO 12 142

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM IDOSOS USUÁRIOS DA POLIFARMACIA PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROME METABÓLICA 142

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142512080

Iago Prina Rocha
Alessandra Santos Sales
Jair Magalhães da Silva
Luis Gustavo Oliveira Farias
Conrado Pizzolatto Castanho
Stela Almeida Aragão
Thainan Alves Silva
Cristian Lucas Bezerra

CAPÍTULO 13 157

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REDUÇÃO DE IATROGENIAS E AGRAVOS OCUPACIONAIS RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA AS EMERGÊNCIAS INFECTOCONTAGIOSAS 157

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142613080

Iago Prina Rocha
Luis Gustavo Oliveira Farias
Conrado Pizzolatto Castanho
Rafaella Sinnott Dias
Stela Almeida Aragão
Thainan Alves Silva
Jane de Sousa Cardim
Letícia Silva Dos Santos

CAPÍTULO 14 170

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 170

DOI: 10.47402/ed.ep.c202152314080

Maria Lohanny Silva Fernandes
Francisca Juliana Rocha Torres
Francisco Douglas Canafístula de Souza
Maria Milena Furtado Rodrigues
Amanda Oliveira Auzier
Rosana Solon Tajra

CAPÍTULO 15 179

POLIFARMÁCIA EXCESSIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E O RISCO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO 179

DOI: 10.47402/ed.ep.c202152215080

Marilene Rodrigues Portella
Rennã Dall Puppo Flores
Andréia Mascarelo
Siomara Regina Hahn

CAPÍTULO 16 195

DÚVIDAS DAS PUÉRPERAS NOS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL 195

DOI: 10.47402/ed.ep.c202153216080

Bruna Soares de Oliveira
Daniele Cristina Santos Caetano
Victor Guilherme Pereira
Lunny Anelita Pereira Souza
Juliana Andrade Pereira
Sélen Jaqueline Souza Ruas

CAPÍTULO 17 206

GESTÃO PARTICIPATIVA: A ENFERMAGEM NA SUPERVISÃO EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE 206

DOI: 10.47402/ed.ep.c202150117080

Thayssa Carvalho Souza
Joseneide Santos Queiroz

CAPÍTULO 18 218

MANUTENÇÃO DE VINCULOS FAMILIARES DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA MEDIADA PELAS VISITAS..... 218

DOI: 10.47402/ed.ep.c202149318080

Viviane Sgarbossa
Emanuelly Casal Bortoluzzi
Marilene Rodrigues Portella

CAPÍTULO 19 228

BOLSAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PARA A ENFERMAGEM NO BRASIL CONCEDIDAS PELA CAPES: ANÁLISE TEMPORAL DE 1995 A 2018 228

DOI: 10.47402/ed.ep.c202147319080

Wilkslam Alves de Araújo
Diego Pires Cruz
Wagner Couto Assis
Yvina Santos Silva
Stela Almeida Aragão
Flávia Rocha Brito
Sérgio Donha Yarid
Alba Benemérita Alves Vilela

CAPÍTULO 20 236

QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO PORTADOR DA TUBERCULOSE..... 236

Lays Vithória Lima Silva
Shirley Antas de Lima
Kirlene Scheyla Viana Chianca
Allan Batista Silva

CAPÍTULO 21 249

ANÁLISE DO DESMAME PRECOCE DOS LACTENTES..... 249

Sheyla Vieira Paulino
Viviane Ferreira da Silva
Faheyra Araújo Sousa
Brenda Pinheiro Evangelista
Breno Pinheiro Evangelista
Roberta Peixoto Vieira
Riani Joyce Neves Nóbrega
Ítala Alencar Braga Victor

CAPÍTULO 22	271
SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO NO TRANSPORTE INTRA- HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	271

Márcia Rejane Alves de Sousa
José Ilton Lima de Oliveira
Joelson dos Santos Almeida
Carlos Leandro da Cruz Nascimento
Michelle Pereira de Medeiros
Stevânia Silveira Trigueiro
Roseane de Castro Santos
Fabiano Rossi Soares Ribeiro

CAPÍTULO 23	287
ANÁLISE DE CLUSTERS NA ASSISTÊNCIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS DAS REGIÕES DE CORNÉLIO PROCÓPIO E LONDRINA NO ANO DE 2019.....	287

Rogério Mendonça Martins
Meiri das Graças Cardoso

CAPÍTULO 24	295
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ITU-AC EM REVISÃO DE LITERATURA	295

DOI: 10.47402/ed.ep.c202119362480

Romário Nunes Pereira
Rayanne Angelim Matias
Luiza Maria Ferreira Silva
Ana Livia Maia Rodrigues
Larissa Maria Estrela dos Santos
Celestina Elba Sobral de Souza

CAPÍTULO 25	306
“IMPLEMENTANDO BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS”: EXPERIÊNCIA DE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO	306

Teodoro Marcelino da Silva
Rosely Leyliane dos Santos
Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira
Tiago Ribeiro dos Santos
Herlys Rafael Pereira do Nascimento
Moziane Mendonça de Araújo
Ana Beatriz Alves de Oliveira
John Herbert da Silva Brito

CAPÍTULO 26	317
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO BÁSICA	317

Caroline Botelho Da Silva Holanda
Glauciane Barros Jacaúna
Larissa Nogueira Barrozo
Vanessa Barreto Bastos Menezes

CAPÍTULO 27	331
PERCEPÇÃO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE SOBRE A DOENÇA	331

Antonia Valrillania de Oliveira Rodrigues
Adriana Dias Silva de Lima
Vanessa Barreto Bastos Menezes

CAPÍTULO 28	343
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA HEMOTRANSFUSÃO NO RECÉM-NASCIDO	343

Sara Marina de Oliveira Marques
Erica Vanessa Matos de Freitas
Thays Bezerra Brasil
Larissa Nadally da Conceição Feitoza
Vanessa Barreto Bastos Menezes
Nadja Trévia dos Santos
Soraia De Almeida Da Luz

CAPÍTULO 29	365
CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE PARA A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	365

Emilly Gabrieli Oliveira Bogo
Wanderson Rocha Oliveira
Márcio Fraiberg Machado

CAPÍTULO 30	378
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PAIS DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO DE LITERATURA	378

Clara Cellarius Carvalho
Isabelle Oliveira Damasceno
Larissa Christine Diaz
Wanderson Rocha Oliveira
Márcio Fraiberg Machado

CAPÍTULO 31 388

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA AO
ESQUIZOFRÊNICO E SEU CUIDADOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
.....388

Cleonice da Silva Fernandes
Fernanda Silva Ribeiro
Wanderson Rocha Oliveira
Marcio Fraiberg Machado

CAPÍTULO 32 402

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA: OS DESAFIOS NO
ATENDIMENTO AO CLIENTE402

DOI: 10.47402/ed.ep.c202156732080

Augusto César Neves De Campos
Elton Orris Marinho Da Silva
Ester Carolina Gomes Luiz de Paula
Adriano Carlos Moraes Rosa
Yara C. C. Rocha Miranda

CAPÍTULO 33 415

OCORRÊNCIA DE QUEDAS ASSOCIADO À POLIFARMÁCIA E CLASSE DE
MEDICAMENTOS EM IDOSOS415

DOI: 10.47402/ed.ep.c202161333080

Inocência Silva de Jesus
Lorena Andrade Nunes
Lucas dos Santos
Yuri Silva de Souza
José Ailton Oliveira Carneiro
Djanilson Barbosa dos Santos
Cezar Augusto Casotti



CAPÍTULO 1

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS NO MUNICÍPIO DE RONDONÓPOLIS/MT

Amanda Rodrigues da Silva, Enfermeira Graduada, UFR
Magda de Mattos, Enfermeira, Doutora em Educação, Docente de Graduação em Enfermagem, UFR
Suellen Rodrigues de Oliveira Maier, Enfermeira, Doutoranda no Programa de Pós-graduação Enfermagem Fundamental, USP
Renata Esteves Goncalves Mangabeira, Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Família, UFR
Daniela Zangaro Corradi Leal, Enfermeira Graduada, UFR
Daiane Almeida dos Santos Schrippe, Enfermeira Graduada, UFR


RESUMO

Objetivo: caracterizar o perfil das vítimas por acidente motociclístico atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Rondonópolis-MT. **Método:** trata-se de estudo transversal, documental e descritivo, com dados dos registros dos atendimentos do SAMU. **Resultados:** no período de 2011 a 2015 ocorreram 11.750 acidentes motociclísticos, os resultados demonstram que a maioria dos acidentes acometeu o sexo masculino (61,8%), na faixa etária entre 18 e 25 anos (35,1%), ocasionados por colisões (moto x carro, moto x moto) perfazendo um total de 62,9%, com atendimento realizado pela equipe de Suporte Básico do SAMU com 89,6%. Percebeu-se que os horários entre as 06h00min às 17h59min contabilizou o maior índice de acidentes 61,7%. **Conclusão:** o estudo demonstrou predominância de indivíduos jovens e do sexo masculino como os principais envolvidos em acidentes motociclísticos, dos quais os maiores número de acidentes ocorreram entre as 06h00min às 17h59min.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trânsito; Motocicletas; Enfermagem; Traumatismo.

INTRODUÇÃO

O uso da motocicleta como meio de transporte tem ocupado um espaço cada vez maior no cotidiano das pessoas, tanto para atividades laborais quanto para o lazer. A significativa expansão na sua utilização deve-se principalmente pela rapidez no deslocamento, facilidade de aquisição e baixo custo (BARBOSA.*et.al* 2014). Dados do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN) confirmam que no mês de maio de 2020, o Brasil atingiu uma frota de



23.395.463 motocicletas, o que representa 22, 11% de todos os tipos de veículos circulantes no país (DENATRAN,2020).


Pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Transporte (CNT) constatou que no ano de 2019 ocorreram 67.427 acidentes de trânsito no Brasil, sendo 5.352 com vítimas fatais. O estado de Mato Grosso no mesmo ano, vitimou 2.137 pessoas, com 1.681 mortes e lesões graves. Por conseguinte, tem-se elevado os custos em decorrência de acidentes de trânsito, envolvendo também os motociclísticos. Especificamente, nos aglomerados urbanos, estima-se um custo entre R\$ 40 bilhões a 42,2 bilhões no ano de 2019, decorrentes dos acidentes de trânsito (BRASIL,2019).

Como consequências dos acidentes com motocicletas, têm-se altos índices de óbitos, que se concentram basicamente na população jovem, entre 15 a 29 anos e, com impactos fortes também na faixa de 30 a 49 anos, que se encontra em plena capacidade produtiva³. Além dos óbitos, as lesões temporárias e permanentes influenciam negativamente no país com elevado custo social, redução da expectativa de vida, sobrecarga econômica ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao fator previdenciário (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), além das perdas de vidas humanas, as lesões provocadas pelos acidentes motociclísticos impactam em alto ônus social e econômico, pois as vítimas podem ficar inaptas ao trabalho ou as quaisquer outras atividades do cotidiano como o estudo e lazer, comprometendo várias regiões corporais, principalmente a cabeça, face, membros superiores e inferiores (GOLIAS; CAETANO,2013; JÁCOMO; GARCIA 2011).

Estudos têm apontado o quanto lesões temporárias ou permanentes impactam de forma negativa nas condições de vida, haja vista que, toda pessoa ferida ou incapacitada por um acidente de trânsito possui parentes e amigos que também são profundamente afetados. Somados aos danos físicos há também os psicológicos e econômicos, pois inúmeras famílias são levadas à condição de pobreza pela perda de poder aquisitivo e/ou pelo fardo adicional de cuidar de cuidar de um familiar incapacitado (BRASIL,2019; (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE,2012).

Para a Organização Mundial da Saúde (2012), a saúde pública possui importante papel no que concerne a prevenção de lesões causadas no trânsito. Para tanto, enfatiza a necessidade de pesquisas que permitam monitorar e identificar as causas dos acidentes, os tipos de lesões e suas consequências, bem como traduzir informações em políticas e práticas capazes de proteger



a população mais vulnerável no trânsito como os pedestres, ciclistas e motociclistas (BRASIL,2019).

Nesse contexto, a colaboração intersetorial tem permitido a realização de pesquisas desta natureza. Frente ao exposto, este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil das vítimas por acidente motociclísticos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Rondonópolis-MT.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no município de Rondonópolis, no estado de Mato Grosso. O município em questão está localizado a 210 km da capital Cuiabá, possui uma população estimada em 232.491 habitantes (IBGE,2020).

O município dispõe do serviço do SAMU implantado desde o ano 2005, a partir da Lei Municipal nº. 4490 de 4 de abril de 2005, estão em funcionamento no município os seguintes veículos: 3 ambulâncias de Suporte Básico (que realizam atendimento tipos A, B e C exceto resgate aéreo) e 1 ambulância de Suporte Avançado (atendimento tipo D) (MATO GROSSO,2015).

Para a coleta de dados foram utilizados os Registros de Atendimentos acessados junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município. Foram consideradas as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino; não informado); faixa etária em anos (0-06; 07-17;18-25; 26-35; 36-45; >46; não informado); data e hora da ocorrência; tipo de colisão (moto x moto; moto x carro; moto x caminhão/ônibus; moto x pedestre; moto x bicicleta; moto x animais; moto x objetos fixos; moto x caminhonete; queda) e equipe que realizou o atendimento (suporte básico; suporte avançado e não informado).

Para a análise dos dados foi elaborada uma planilha na *Plataforma Visual Basic For Applications* (Excel), para facilitar a organização dos dados. Foram realizadas análises descritivas considerando, frequência simples e percentual para variáveis nominais ou categóricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) sob o parecer número 1.202.378 em 27 de agosto de 2015.

RESULTADOS

De acordo com os dados obtido no estudo, realizou-se a caracterização epidemiológica com 11.750 vítimas de acidentes de trânsito ocorridos no município de Rondonópolis-MT, durante o período de 2011 a 2015, observou-se que 61,8% das vítimas eram do sexo masculino, superando o sexo feminino 35,6% e em 2,6% das fichas não houve identificação do sexo, conforme Tabela 1. No que se refere à faixa etária dos atendimentos realizados, foi observado que jovens entre 18 a 25 anos de idade foram os mais acometidos 35,1%, seguido de adultos entre 26 a 35 anos de idade 16% e em menor percentual a população maior ou igual a 46 anos de idade 42,9%.

Tabela 1. Distribuição das vítimas de acidentes motociclísticos de acordo com a faixa etária de idade e sexo. Rondonópolis- MT, Brasil. 2021

Variável	Total (n)	Total (%)
Sexo		
Masculino	7257	61,8%
Feminino	4185	35,6%
Não informado	308	2,6%
Total	11.750	100
Idade		
0-06 anos	161	1,4%
07-17 anos	958	8,1%
18-25 anos	4125	35,1%
26-35 anos	3054	26,0%
36-45anos	1760	15,0%
>46 anos	1351	11,5%
Não informado	340	2,9%
Total	11.750	100

Fonte; SAMU 2011-2015.

Com relação ao tipo de colisão envolvido no acidente de trânsito, conforme a (tabela 2) foi observado a que a maioria desses foram ocasionados por colisões (moto x carro, moto x moto) perfazendo um total de 62,9%, seguidos por 26,9% quedas de motocicletas.

Tabela 2. Caracterização do atendimento das vítimas assistidas pelo SAMU quanto ao tipo de colisão dos acidentes motociclísticos. Rondonópolis- MT, Brasil. 2021

Variável	Total (n)	Total (%)
Colisão		
Moto x moto	1663	16,5%
Moto x carro	4682	46,4%
Moto x caminhão/ônibus	304	3,0%

Moto x pedestre	259	2,6%
Moto x bicicleta	194	1,9%
Moto x animais	75	0,7%
Moto x objetos fixos	113	1,2%
Moto x caminhonete	81	0,8%
Queda	2715	26,9%
Total	10.086	100

Fonte: SAMU 2011-2015

Nos dados sobre o tipo de atendimento realizado pelo SAMU às vítimas de acidentes motociclísticos, constatou-se que as equipes que mais atenderam às ocorrências em todos os anos foram os referentes ao Suporte Básico de Vida, com 89,6%, seguida da equipe de Suporte Avançado de Vida atendendo 8,7%, esquematizado na tabela 3.

Tabela 3. Caracterização do atendimento às vítimas atendidas pelo SAMU quanto ao tipo de veículo de transporte utilizado. Rondonópolis- MT, Brasil. 2021

Variável	Total (n)	Total (%)
Atendimento Pré-Hospitalar Suporte Básico	10524	89,6%
Suporte Avançado	1025	8,7%
Não informado	200	1,7%
Total	11.749	100

Fonte: SAMU 2011-2015

Com o objetivo de demonstrar qual o horário de maior ocorrência de acidentes no município de Rondonópolis de 2011 a 2015, nosso estudo demonstrou que a maioria dos acidentes de trânsito do município ocorreram e entre as 06h00min e 17:59min (61,7%), seguido pelos horários entre as 18h00min às 05h59min (37,3%), sendo que algumas fichas de ocorrência não continham esta informação (1,0%), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4. Caracterização das vítimas atendidas pelo SAMU, quanto ao horário da ocorrência. Rondonópolis- MT, Brasil. 2021

Variável	Total (n)	Total (%)
Hora da Ocorrência 06h às 17:59	6223	61,7%

18h às 05:59	3769	37,3%
Não informado	100	1,0%
Total	10092	100

Fonte SAMU:2011-2015


DISCUSSÃO

Quanto às variáveis sociodemográficas, observou-se neste estudo que a maioria dos acidentados envolveu pessoas do sexo masculino (61,8%), Estes resultados estão em consonância com pesquisa realizada em um hospital de referência do município do Piauí, em que os indivíduos do sexo masculino (81,74%) se mostraram preponderante em relação ao sexo feminino (18,26%) (MONTE et al.,2019). Em outro estudo feito por Dantas et al. (2019) constatou-se que 71,7% dos atendimentos foram para pessoas do sexo masculino, mais que o dobro de acidentes motociclísticos envolvendo mulheres (28,1%).

Como consta nas publicações nacionais e internacionais, a maioria das vítimas de acidentes de trânsito atingem os homens, com taxa média de 8,8% ao longo de dez anos, enquanto as mulheres correspondem a apenas 1,0%, de acordo com a taxa de mortalidade entre motociclistas por 100 mil habitantes, entre 2004 e 20149 CORGOZINHO ;MONTAGNER ; RODRIGUES.2018).

Uma possível explicação para a predominância do sexo masculino em acidentes de trânsito se se justifica pelo fato de que os homens circulam com maior frequência no perímetro urbano, além do comportamento mais agressivo, consumo de álcool, velocidade excessiva, manobras imprudentes, tornando-os mais expostos a ocorrência de acidentes de trânsito (CAVALCANTE et al,2015).Esta diferença entre os gêneros pode estar relacionado pelo fato das mulheres serem mais cautelosas, com atenção redobrada ao conduzir um veículo, além de serem mais atentas aos detalhes nas vias públicas, o que é de suma importância e pode fazer diferença durante uma situação de risco e que necessite de ação mais rápida (RODRIGUES et al,2018).

No que se refere à faixa etária dos atendimentos realizados pelo SAMU de Rondonópolis -MT, foi observado que adultos entre 18 a 25 anos de idade foram os mais acometidos 35,1%, seguido de adultos entre 26 a 35 anos de idade 16%. Os dados encontrados corroboram com os resultados encontrados em estudo realizado por Biffe et al (2017) observou-se a predominância de jovens ente 20 a 29 anos (33,0%). No estudo de Dantas et al (2018) objetivou investigar vítimas de acidentes de trânsito no estado do Rio Grande do Norte em 2017, dados demonstram que em torno de 71,8% das vítimas de acidentes motociclísticos




apresentavam idade média de 24 a 29 anos. Essa circunstância pode ser explicada pelo fato de que o jovem está exposto à sensação de liberdade, o que faz com que teste seus limites a partir de manobras perigosas, excesso de velocidade e uso de álcool, o que pode ocasionar graves consequências no trânsito (SILVA et al.,2018).

Ao se observar o tipo de colisão no presente estudo, moto x carro fez um total de 46,4%, seguidos por 26,6% quedas de motocicletas. Entretanto outros estudos relata um predomínio de 67,0% colisões entre moto e carro seguido pela queda simples, o que representou 20,0% acidentes (DEBIEUX et al., 2010). Outrossim, reafirma-se a prevalência de colisão de motocicleta com carro ou caminhonete, representando mais da metade do total das ocorrências 55,5%. Quedas de motocicleta foram em segundo lugar as mais frequentes, perfazendo ocorrências 18,0% (OLIVEIRA; SOUSA,2011).Em outro estudo realizado por Freitas (2017), nota-se que a maior frequência dos acidentes, 64,3%, ocorreu entre uma motocicleta e um carro, sendo os acidentes entre duas motocicletas ficando em segundo lugar com 13,9%.

Nos dados sobre o tipo de atendimento realizado pelo SAMU às vítimas de acidentes motociclísticos, constatou-se que as equipes que mais atenderam às ocorrências em todos os anos foram os referentes ao Suporte Básico de Vida, com 89,6%.

Os resultados deste estudo são concordantes com os observados na literatura, apontaram que 89,2% dos atendimentos foram realizados pelas Unidades de Suporte Básico (USB), ficando em segundo lugar, Unidade de Suporte Avançado (USA), com 6,4% do total (MENDONÇA; SILVA; CASTRO ,2017). Destaca-se que, uma pesquisa feita em Piauí mostrou resultados similares, onde 90,4% dos casos foram atendidos pela USB, quanto Unidade de Suporte Avançado (USA) representou 9,6% dos casos (AQUINO et al.,2019). Uma das explicações possíveis é o fato de que ambulância USB é maioria no município, que conta com o dobro de USB que a USA.

Referente aos horários do dia com maior incidência de acidentes o estudo observou-se que, a maioria dos acidentes de trânsito do município ocorreram entre as 06h00min e 17h59min (61,7%). Corroborando com dados deste estudo, o horário entre as 8h00min (6,8%), 13h00 (7,2%) e entre 16h00min e 19h00min (28,8%) horas foi o período marcado pelo menor número de acidentes (BIFFE,2017). Em contrapartida outro estudo demonstrou que ocorre cerca de 5 vezes mais acidentes no período 18h00min às 20h59min (18,3%) e 06h00min às 08h59min (16,9%) (MENDONÇA; SILVA; CASTRO ,2017).



Esses horários podem incluir a ida ou retorno para casa após o trabalho ou após momentos de lazer. De toda forma, são considerados fatores agravantes para os horários: as cobranças, o cansaço físico, as pressões acumuladas durante o dia, alta jornada de trabalho sem intervalo, a ansiedade, as preocupações e até as influências (ALBUQUERQUE et al.,2016).

CONCLUSÃO

O estudo permitiu caracterizar o perfil das vítimas de acidentes de trânsito atendidas no SAMU de Rondonópolis, Mato Grosso, tornando evidente que a maioria das vítimas de acidentes são adultos jovens, na faixa etária entre 18 a 15 anos, do sexo masculino e condutores de motocicleta. Contudo, notou-se que os horários de pico, entre as 06h00min às 17h59min foram mais acometidos, fator este relacionado à maior circulação na cidade em decorrência de horário de entrada e saída de trabalhadores nos eventuais serviços, tendo como principal vítima os condutores de motocicletas.

Diante desta constatação do elevado número de vítimas, os acidentes de trânsito têm se tornado um fator preocupante em nossa sociedade, em decorrência dos impactos sociais e econômicos que ocasionam. Portanto, entende-se a necessidade de ações educativas no trânsito, voltado principalmente, à população jovem condutora de motocicletas, visando a prevenção e a redução dos acidentes de trânsito.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO


O estudo apresentou limitações relacionadas coleta de dados, na qual alguns registros de atendimentos foram descartados por apresentarem preenchimento incorreto, informações incompletas e ausência de fichas, referentes aos anos investigados, acarretando a exclusão de algumas variáveis como por exemplo a utilização de dispositivo de proteção por partes das vítimas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE A.M.et al. Vítimas de acidentes de moto com traumatismo. Rev enferm UFPE on line., Recife.2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201620>.

AQUINO B.S.et al Caracterização dos acidentes de trânsito atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) estadual no Piauí. **R. Interd.**2019. Disponível em:

BARBOSA M.Q.et al. Acidente motociclístico: caracterização das vítimas socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4034/RBCS.2014.18.01.01>.



BIFFE C.R.F. et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*.2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200016>.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisas. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/rondonopolis.html>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Confederação Nacional de Transporte. Painel de consultas dinâmicas dos acidentes Rodoviários. 2019.

CAVALCANTE A.K.et al. Perfil dos acidentes de trânsito atendidos por serviço pré-hospitalar móvel. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador.2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12656>.

CORGOZINHO M.M.; MONTAGNER M.A.; RODRIGUES M.A.C. Vulnerabilidade sobre duas rodas: tendência e perfil demográfico da mortalidade decorrente da violência no trânsito motociclístico no Brasil, 2004-2014 *Cad. Saúde Colet*.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800010163>.

DANTAS G.S.V.et al. Perfil dos acidentes motociclísticos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos anos de 2014 e 2015 em município baiano. *Rev Fun Care Online*. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.984-991>.

DANTAS R.A.N.et al.Vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018; 8:2549. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2549>.

DEBIEUX P.et al . Lesões do aparelho locomotor nos acidentes com motocicleta. *Acta Ortop Bras*. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000600010>.

FREITAS R.M. Perfil dos acidentes motociclísticos atendidos no hospital de referências e ensino na região sul da cidade de São Paulo. Tese (Mestrado). Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2017. p.16-17.

GOLIAS A.R.C.;CAETANO R. Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*.2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000500008>

JÁCOMO A.A.E.; GARCIA A.C.F. Análise dos acidentes motociclísticos no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER). 2011. *Acta Fisiatr*. 2011. Disponível em:

MATO GROSSO. Leis Municipais de Rondonópolis. Disponível em: Mato Grosso. Leis Municipais de Rondonópolis. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mt/r/rondonopolis/leiordinaria/2005/449/4490/lei-ordinaria-n-4490-2005>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MENDONÇA M.F.S.; SILVA A.P.S.C.; CASTRO C.C.L. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um recorte no espaço e no tempo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*.2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040014>.



MINISTÉRIO DAS CIDADES, DENATRAN - Departamento Nacional de Trânsito, RENAVAL-Registro Nacional de Veículos Automotores, maio de 2020. Brasil; 2020.

MONTE V.O.M.et al. epidemiológica das vítimas de acidentes motociclísticos atendidas no estado do Piauí. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**.2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e738.2019>.

OLIVEIRA N.L.B.; SOUSA R.M.C. Ocorrências de trânsito com motocicleta e sua relação com a mortalidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000200024>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório global sobre o estado da segurança viária.2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre prevenção de lesões causadas pelo trânsito: resumo. 2012.

RODRIGUES T.S.et al. Caracterização das vítimas de acidentes de trânsito por motocicletas atendidos em um hospital de referência. **R. Interd.** 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17648%2F2317-5079.v11n1.1230>.

SILVA A.D.et al. Vítimas de acidente motociclístico atendidas em hospital público de ensino. **REME rev. min. Enferm.**2018. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180005>.



CAPÍTULO 2

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: REFLEXÃO ACERCA DO ESTILO DE VIDA DE PASSAGEIROS DE TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO DA PARAÍBA

Jéssica Larissa Viana Silva, Graduanda em enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba
Thayná de Almeida Alves, Graduanda em enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba
Adriana Magna Ribeiro Cardozo, Graduanda em enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba
Inglidy Rennaly Maciel Melo, Residente em Saúde Mental, Universidade de Pernambuco
Clésia Oliveira Pachú, Professora orientadora, Universidade Estadual da Paraíba


RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% dos óbitos no mundo, atingindo todas as faixas etárias e camadas socioeconômicas, caracterizando-se como um grave problema de saúde pública. Objetivou-se promover reflexão acerca de doenças crônicas não transmissíveis entre passageiros de transporte público coletivo na Paraíba. Utilizou-se Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), voltadas aos passageiros do Terminal de Integração de Campina Grande no período de fevereiro a março de 2020. No primeiro momento, foram solicitadas e anotadas informações acerca do perfil social dos assistidos, no sentido de acompanhar a situação de saúde. No segundo momento, realizou-se a aferição dos níveis pressóricos, mensuração de medidas antropométricas, cálculo do índice de massa corporal e da relação cintura-quadril, seguida por educação em saúde. Foram assistidas 47 pessoas no terminal de integração e observou-se a maioria dos assistidos eram idosos, do sexo feminino, aposentados, católicos, sedentários, não etilistas e ex-tabagistas. Dentre os participantes, 61,70% eram hipertensos e 19,14% diabéticos, com grande parte de hipertensão estágio II e sobrepeso. Foram ofertadas orientações acerca da importância dos hábitos de vida saudáveis para a prevenção das DCNTs. Nota-se a importância das ações de educação em saúde nas melhorias na qualidade de vida e prevenção do surgimento e agravamento das DCNTs na população da cidade de Campina Grande, Paraíba.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Educação em Saúde; Prevenção.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) possuem etiologia multifatorial, longo período de latência e curso prolongado. Representam cerca de 70% dos óbitos em todo o mundo e caracterizam-se como um grave problema de saúde pública. Essas doenças compartilham diversos fatores de risco como hereditariedade, raça, sexo, tabagismo, etilismo, alimentação inadequada, inatividade física e excesso de peso. Correspondem às doenças do aparelho



circulatório, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e neoplasias. Também estão incluídas neste grupo as doenças neurológicas, transtornos mentais, desordens genéticas, osteoporose, doenças bucais, oculares e auditivas (MALTA et al., 2020; MELO et al., 2019; THELME FILHA et al., 2015).


Nesse contexto, a globalização e a crescente urbanização refletem no aumento das DCNTs. Por induzir, na maioria dos países, estilo de vida sedentário, alimentação com alto teor de sal e com alimentos ultraprocessados, além do uso do tabaco e do consumo excessivo do álcool, gerando impacto negativo sobre o desenvolvimento desses países. As DCNTs afetam indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, entretanto afetam de forma mais intensa grupos vulneráveis, como os de baixa renda e baixa escolaridade. Cerca de 80% das mortes por DCNTs ocorrem em países de baixa ou média renda (CONFORTIN et al., 2019; THELME FILHA et al., 2015).

No Brasil, as DCNTs correspondem a 72% das causas de mortes, destacando-se entre elas as doenças cardiovasculares (31,3%), neoplasias (16,3%), doenças respiratórias crônicas (5,8%) e diabetes (5,2%). Embora as DCNTs afetem qualquer faixa etária, resultando em perda da qualidade de vida e incapacidade, os indivíduos entre 30 e 69 anos apresentam maior risco de mortalidade por essas doenças, registrando risco de morte precoce de 18% no mundo e 16,6% no Brasil (CONFORTIN et al., 2019; MALTA et al., 2015; WHO, 2016).

Acompanhando os esforços globais, o monitoramento das DCNTs e de seus fatores de risco se apresenta como prioridade no Brasil. O Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Esse plano define metas a serem cumpridas até o ano de 2022, por meio de estratégias de promoção e prevenção da saúde, redução dos fatores de risco e suporte ao tratamento dessas doenças, baseando-se em uma abordagem integral, para reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2011; MELO et al., 2019).

Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde traçou indicadores e metas globais no enfrentamento das DCNT para o ano de 2025, e aprovou o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020. Dentre as metas definidas, estão a redução da mortalidade por DCNTs em 25% e a redução dos fatores de risco (MALTA et al., 2017).

Portanto, o impacto das DCNTs sobre a população requer medidas preventivas abrangentes e eficazes voltadas para a reversão desse quadro. Há inúmeras evidências de que ações de promoção e prevenção à saúde sobre os fatores de risco reduzem a carga dessas



doenças, além de serem custo-efetivas, sendo executadas até mesmo em países de baixa renda (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2018; THEME FILHA et al., 2015).

Diante do exposto, observa-se a importância de ações que auxiliam na prevenção dessas doenças, como a promoção à saúde, educação em saúde, informações adequadas e assistência em prol da melhoria da qualidade de vida da população, evidenciando a necessidade da continuidade do projeto Ações Educativas em Saúde: Doenças Crônicas Não Transmissíveis executado com os usuários do transporte público do Terminal de Integração do município de Campina Grande, na Paraíba. Objetivou-se promover reflexão acerca de doenças crônicas não transmissíveis entre passageiros de transporte público coletivo na Paraíba.

REFERENCIAL TEÓRICO


As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam atualmente, o grupo de doenças de maior destaque em todo o mundo. Tendo como alvo principal, as pessoas com maior vulnerabilidade social, em razão de estarem mais expostas aos fatores de risco, bem como por terem maiores dificuldades ao acesso à informação e sistema de saúde (WHO, 2005).

Dentre a diversidade de DCNTs, temos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que se caracteriza pela elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, tratando-se de uma patologia de ordem multifatorial (SBC, 2016).

Já, o Diabetes Mellitus, representa um transtorno metabólico que se caracteriza por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, devido a defeito na ação e/ou secreção da insulina, possuindo causas heterogêneas. Essa patologia possui basicamente quatro tipos: DM tipo 1 (ocorre a destruição das células betapancreáticas, levando a uma deficiência de insulina, geralmente é autoimune), DM tipo 2 (é a forma mais comum e evidencia-se por deficiência na ação e na secreção de insulina, na maioria dos casos os pacientes possuem sobrepeso ou obesidade), Diabetes gestacional (é uma intolerância à glicose, que tem início ou é diagnosticada na gravidez) e outros tipos específicos (oriundos de defeitos genéticos) (BRASIL, 2013; SBD, 2015).

Assim, torna-se importante intervir nos processos de obesidade, que se caracteriza pelo excesso de gordura corporal no indivíduo, pois é considerada uma doença crônica, mas também um fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus tipo 2 (SBEM, 2010).

Uma das questões que mais preocupa em relação aos índices de DCNTs é a taxa de mortalidade prematura (indivíduos de 30 a 69 anos), que apesar do declínio de 4,2% ao ano do




período de 2000 a 2014, ainda apresenta números altos, especialmente em relação a diabetes e as neoplasias (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017; ALVES; MORAIS NETO, 2015).

No ano de 2016, as 10 principais causas de mortes correspondem a 57% de todas as causas dos Brasil. Dessas dez causas, 7 são DCNTs, com destaque para doença cardíaca isquêmica (DCI) e para o acidente cérebro vascular (ACV), principalmente no sexo masculino que apresenta 1,5 vezes maior chance de óbito (BRASIL, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizada em 2019, considerou como principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNTs o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, de refrigerantes e de alimentos ultraprocessados, além do sedentarismo. Pôde concluir que, a frequência de tabagistas foi de 9,8%, sendo a maior parte do sexo masculino. Além disso, o excesso de peso se mostrou consideravelmente elevado, sendo 55,4% de modo geral, tendo os homens os maiores índices também, e 20,3% da população apresentava obesidade. Já, em relação ao consumo de refrigerantes, 15% referiu o consumo em 5 ou mais dias da semana, com o pico no estrato intermediário de escolaridade. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi prevalente em cerca de 18,8% dos indivíduos nos últimos 30 dias. E ainda, cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foram consumidos por 15% dos entrevistados no dia anterior. Por fim, a pesquisa avaliou a prática de atividade física (no mínimo pelo menos 150 minutos de atividade física moderada), sendo ela praticada por 39% em seu tempo livre e 14,1% no deslocamento.

Desta forma, a utilização dos serviços de saúde se mostra maior em indivíduos que relataram pelo menos uma doença crônica. Também relacionada ao aumento no número de internações em 1,7 vezes, ao afastamento de atividades e a frequência a consultas médicas. Com base nisso, e no estilo de vida da população apresentado pela VIGITEL e os altos índices de acometimento e mortalidade por DCNTs, os sistemas de saúde acabam com sobrecarga por muitos gastos, porém o investimento nesses sistemas é essencial para melhorar os altíssimos números de DCNTs, isso deve integrar a gestão, os recursos humanos, o fortalecimento do sistema, as informações e o acesso as tecnologias e aos medicamentos (MALTA et al., 2017).

Baseado em todos os índices e dificuldades que o Brasil tem enfrentado com as DCNTs, em 2011 o Ministério da Saúde publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com o objetivo de privilegiar as ações e investimentos direcionados a esse problema, para preparar o Brasil para frear as DCNTs dos



anos de 2012-2022. Esse plano define as metas, os eixos e as ações com base nas quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e nos fatores de risco ligadas a seu aparecimento (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Desse modo, a partir da redução dos fatores de risco nocivos (obesidade em crianças, adolescentes e adultos, consumo nocivo de álcool, de sal e o tabagismo) e do aumento na realização das atividades preventivas (atividade física, consumo de frutas e hortaliças e exames de mamografia e exame preventivo de câncer de colo uterino) possa-se alcançar as metas que reduzem os números alarmantes de morbimortalidade por DCNTs (BRASIL, 2011).

METODOLOGIA


Utilizou-se Metodologia Ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no Terminal de Integração de Ônibus da cidade de Campina Grande, PB. Realizou-se a busca ativa dos usuários do transporte público coletivo que se encontravam no Terminal de Integração no momento das intervenções no período de fevereiro a março de 2020.

Realizou-se a abordagem dos assistidos, apresentava-se o projeto e assim aqueles que se dispusessem a participar eram direcionados ao acolhimento, em que forneciam informações acerca do seu perfil social (sexo, idade, profissão e religião) e perfil clínico (etilismo/tabagismo, sedentarismo e presença de DCNTs). Por conseguinte, realizava-se a aferição dos níveis pressóricos e a mensuração do peso, altura, circunferências abdominal, de cintura e quadril. Por fim, após a obtenção dessas informações, foram realizadas o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e da Relação Cintura-Quadril (RCQ).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram analisados a partir dos dados obtidos da comunidade assistida, correspondente aos passageiros do transporte público do Terminal de Integração de Ônibus de Campina Grande – PB. Os participantes apresentavam perfil social e clínico distinto, e totalizando 47 pessoas assistidas no período de fevereiro a março de 2020.

Observou-se o predomínio de aposentados (34,04%), seguidos das domésticas (19,14%), servidores públicos (17,04%), autônomos (12,76%) e com 17,02% outras profissões e ocupações não predominantes. Esse resultado corrobora com o que é apresentado por Levorato et al (2014) acerca da associação entre a situação trabalhista e a procura por serviços de saúde, cuja maior prevalência corresponde justamente aos aposentados e pensionistas.




Quanto ao sexo, observou-se predominância do sexo feminino (57,45%) em relação ao sexo masculino (42,55%). Embora seja uma discrepância pequena, esses dados reforçam a necessidade de ações voltadas ao público masculino, visto que, historicamente a busca e a presença dessa população nos serviços de saúde é menor quando comparada ao sexo feminino, apresentando maior resistência no cuidado à saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em relação à faixa etária, houve o predomínio de passageiros acima dos 70 anos de idade que somou (29,78%), seguido dos indivíduos de 50 a 59 anos (25,53%), 60 a 69 anos (21,27%), 40 a 49 anos (12,76%), 30 a 39 anos (6,38%) e de 20 a 29 anos (4,25%). Essa percepção também foi observada por Silva et al (2017), considerando que idosos são indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, pois estes buscam mais os serviços de saúde devido à maior carga de doenças crônicas nessa faixa etária, evidenciada pelo o aumento do envelhecimento populacional.

Segundo Alves et al (2010), um melhor estado de saúde física está moderadamente associado à níveis mais altos de envolvimento religioso, ou seja, a religião é um fator psicossocial e um benefício biológico na recuperação de doenças físicas e mentais. Nestas intervenções, foi observado o predomínio de católicos (70,21%), seguido de protestantes (21,27%) e cristãos (4,25%), outras denominações não foram mencionadas e (4,25%) dos assistidos não informaram a religião que seguem.

No que se refere às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), foi observado que 61,70% dos usuários do Terminal de Integração de Ônibus são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma diferença significativa, quanto equiparados aos indivíduos que não portam essa DCNT (38,30%). Percepção semelhante foi evidenciada pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013), que identificou que a hipertensão atinge 31,3 milhões de brasileiros, principalmente idosos. No mais recente inquérito telefônico VIGITEL, realizado com mais de 52 mil brasileiros, esse valor representou 24,7% dos entrevistados que afirmaram diagnóstico de HAS (BRASIL, 2019).

Os hipertensos assistidos pela presente intervenção que relataram fazer uso de medicações para controle dos níveis pressóricos foram orientados acerca da importância de seguir adequadamente o esquema terapêutico prescrito, visto que, essa medida associada a mudança de hábitos são fundamentais na prevenção de agravos à saúde decorrentes da elevação da Pressão Arterial (PA). Quanto aos que se encontravam com níveis pressóricos elevados



mesmo fazendo o uso correto da medicação, foram orientados a retornar à consulta médica para analisar a eficácia do tratamento vigente. E aos indivíduos que não portavam a HAS, foi realizado orientações para que se mantivesse ou adotasse hábitos de vida saudáveis, a exemplo da dieta hipossódica, preferência por alimentos in natura e a prática de exercícios físicos.

Além da HAS, 19,14% da população assistida relatou ser portador de Diabetes Mellitus (DM). Estimativas globais indicam que 382 milhões de pessoas vivem com DM (8,3%), no Brasil a doença também é uma das mais prevalentes, e levou o país a ocupar em 2013 a 4ª posição entre os países com mais diabéticos no mundo (FLOR; CAMPOS, 2017).


Os diabéticos participantes das intervenções alegavam fazer uso da medição, diante disto, foram orientados quanto ao uso adequado e contínuo do esquema terapêutico. Além dessas orientações, o assistido também recebia informações quanto a alimentação e adoção de outros hábitos saudáveis, a fim de prevenir posteriores complicações, inclusive o surgimento da HAS, visto que, há uma importante associação entre essas duas patologias.

Identificou-se que 14,89% dos assistidos apresentam HAS E DM, evidenciando, assim, a presença de fatores de risco compartilhados por ambas DCNT e a necessidade de intervenção nestes fatores. Comumente o diabetes aparece associado a outras condições, como hipertensão arterial e dislipidemias, o que corrobora os achados deste estudo

Quanto a aferição da pressão arterial (PA) foi observado a predominância dos níveis pressóricos $\geq 140/\geq 90$ mmHg (27,65%) que caracteriza hipertensão estágio II, seguidos dos níveis pressóricos normais $< 120/80$ mmHg (21,27%), os níveis pressóricos 120-129/ < 80 mmHg e 130-139/80-89 que infere pressão arterial elevada e hipertensão estágio I respectivamente, obtiveram 19,14% cada. Foi identificado crise hipertensiva ≥ 180 e/ou ≥ 120 mmHg em (12,76%) dos passageiros assistidos.

Conforme evidenciado no estudo de Silva et al (2016) o controle pouco satisfatório dos níveis pressóricos, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento, essa conduta contribui para a vasta elevação nos níveis pressóricos e mostra a necessidade da realização de ações educativas em saúde, como as ofertadas pelo presente projeto de extensão.

É importante destacar que as intervenções ocorreram em ambiente público com a presença de ruídos, grande movimentação de pessoas e ansiedade na espera pelo transporte público. Esses fatores estressores podem interferir e elevar os níveis pressóricos no momento da aferição da PA. Os usuários participantes das intervenções apresentavam grande interesse relacionado a aferição da PA, e aproveitava-se essa oportunidade para realizar uma



conversação acerca dos fatores que modulam os níveis pressóricos e das formas de evitá-los, bem como, as implicações ocasionadas por uma HAS não controlada.

Quanto à verificação do IMC observou-se a predominância do sobrepeso (53,19%), seguido de obesidade grau I (25,53%), peso ideal (12,76%), obesidade grau III (8,51%), obesidade grau II (2,12%) e nenhum dos usuários assistidos apresentaram-se abaixo do peso. Esses resultados corroboram com os dados apresentados pelo VIGITEL (2019), que identificou 55,7% para indivíduos com sobrepeso e 19,8% para obesidade. A partir desses dados é possível observar que apenas 12,76% da população assistida possui adequação no peso corporal, o que deve ser atingido por mais indivíduos, fazendo-se necessária ações que busquem sensibilizar esses usuários acerca dos benefícios dos hábitos alimentares saudáveis.

Em relação aos fatores de risco que ocasionam o surgimento e/ou agravamento das DCNTs, foi caracterizado o sedentarismo, etilismo e tabagismo. Os índices de sedentarismo foram significativamente consideráveis, embora não seja uma grande discrepância, ele se faz presente de forma majoritária na população assistida, no qual 57,44% foram identificados como sendo sedentários, e 42,56% como não sedentários. Estudos epidemiológicos demonstram que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, obesidade e neoplasias (GUALANO; TINUCCI, 2011).

No que se refere ao consumo de álcool e tabaco pelos passageiros do terminal de integração, 4,25% e 12,76% eram etilistas e tabagistas, respectivamente. Entre os assistidos 40,42% não era tabagistas, porém, já o tiveram contato com o tabaco, podendo ser considerados ex-tabagistas. Esses achados corroboram com os dados do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL, 2019), do Ministério da Saúde, no qual infere que 9,8% da população brasileira acima dos 18 anos é fumante.

A partir dessas informações, os intervencionistas realizavam orientações acerca da importância da adoção de práticas de atividades físicas, e da cessação ou diminuição no hábito de beber e/ou fumar.

A Circunferência Abdominal (CA) e a Relação Cintura-Quadril (RCQ) são importantes indicadores de risco de complicações metabólicas e cardiovasculares, respectivamente, e considerando sua relevância ambas foram avaliadas, como pode ser observado nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Avaliação da CA e risco de complicações metabólicas nos passageiros do Terminal de Integração.

CA	<80cm (mulheres)	≥80cm (mulheres)
	<94cm (homens)	≥94cm (homens)
	Risco de complicações metabólicas aumentado	
Mulheres	7,40%	92,59%
Homens	35%	65%

Fonte: O autor, 2020.

Tabela 2 – Avaliação da RCQ e risco de complicações cardiovasculares nos passageiros do Terminal de Integração.


RCQ	Seguros <0,85	Não Seguros ≥0,90
Mulheres	48,14%	51,86%
Homens	25%	75%

Fonte: O autor, 2020.

A partir da avaliação da CA e da RCQ pode-se observar que o sexo feminino apresenta maior elevação da Circunferência Abdominal (92,59%), embora a elevação desta medida também se faça presente no sexo masculino, ela se dá em menor proporção. Quanto a RCQ, observamos o inverso, no qual, o sexo masculino apresenta maiores riscos (75%) quando comparados ao sexo feminino (51,86%).

Filha et al (2015) constatou que entre os fatores que contribuem para surgimento e/ou agravamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e outras doenças crônicas, a gordura visceral, que pode ser obtida por meio do cálculo da Relação Cintura/Quadril, mostra-se como prevalente, e eleva a morbimortalidade.

Durante as ações realizadas pela equipe NEAS, foram ofertadas orientações acerca da importância dos hábitos de vida saudáveis, sobretudo, para a prevenção e/ou agravamento das DCNTs, a exemplo do incentivo a redução do consumo de álcool e tabaco, a prática de



atividades físicas e a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, que vão impactar positivamente na redução dos principais fatores de risco modificáveis para essas patologias que são um grande problema de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os resultados e informações obtidas, nota-se a importância das ações realizadas por meio do presente projeto de extensão, uma vez que, utiliza-se da educação em saúde para promover a saúde e prevenir o surgimento e agravamento das DCNTs, interferindo diretamente nos principais fatores de risco modificáveis, e proporcionando dessa forma melhorias na qualidade de vida da população.

A partir das ações realizadas no Terminal de Integração de Ônibus, foi possível perceber que grande parte da população assistida está exposta a importantes fatores de risco, que podem implicar no surgimento de DCNTs e agravos decorrentes destas, o que reforça o quanto imprescindível é as intervenções direcionadas aos usuários do transporte público coletivo, de forma a identificar e intervir nestes fatores.

Desse modo, por meio das ações educativas realizadas, foi possível identificar e intervir nos hábitos de vida dos passageiros assistidos pelo projeto, bem como, nos usuários do Instagram. Neste sentido, espera-se contribuir para a diminuição dos principais fatores de risco e conseqüentemente na redução de novos casos de DCNTs, além de vislumbrar o controle dessas patologias, sobretudo, quando estas têm se mostrado como fatores de risco importantes para o agravamento da COVID-19.

REFERÊNCIAS


ALVES, C. G; MORAIS NETO, O. L. Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 641-654, 2015.

ALVES, R. R. N. et al. The influence of religiosity on health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil**



2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** Módulo de Doenças Crônicas. Hipertensão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CONFORTIN, S. C. et al. Mortalidade prematura pelas principais doenças crônicas não transmissíveis nos estados do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1666-1672, 2019.

FILHA MMT, JUNIOR PRBS, DAMACENA GN, SZWARCOWAL CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 2, p. 83-96, 2015.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de inquérito de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, pág. 16-29, março de 2017.

FRIESTINO, J. K. O. et al. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 688-701, 2013.


GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F., ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, 2007.

GUALANO, Bruno; TINUCCI, Taís. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo, v. 25, p. 37-43, 2011.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.



MALTA, D. C. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco e proteção em adultos com ou sem plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2973-2983, 2020.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4341-4350, 2014.

MELO, S. P. S. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3159-3168, 2019.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes nas capitais brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; OLIVEIRA, Sofia de Fátima da Silva Barbosa de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 50-58, 2016

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 107, n.3, p. 1-83, 2016.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Classificação etiológica do diabetes mellitus**. São Paulo, 2015.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **O que é obesidade?**. Rio de Janeiro, 2010.

THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 83-96, 2015.

WHO. World Health Organization. **Dia Mundial da Hipertensão 2016**. Geneva: 2018.

WHO. World Health Organization. **Health statistics and information systems: disease burden and mortality estimates**. Geneva: WHO, 2016.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: World Health Organization, 2005.



CAPÍTULO 3

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM: PROJETO DE EXTENSÃO

Esteffany Vaz Pierot, Graduanda de Enfermagem, UFPI

Luíza Alves da Silva, Graduanda de Enfermagem, UFPI

Elias Paulo da Silva, Graduando de Enfermagem, UFPI

Adriana da Cunha Menezes Parente, Mestre em Enfermagem, USP, Professora de enfermagem, UFPI

RESUMO

Introdução: O processo de enfermagem é o termo utilizado para identificar uma forma de organização do trabalho do enfermeiro inscrevendo qualidade a este. Como uma tecnologia organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas e dentre elas o Histórico de Enfermagem, também conhecido por levantamento e investigação de dados, que é composto por um roteiro sistematizado de coleta de dados no qual se pode identificar possíveis problemas, ou seja, é a investigação das condições do paciente, com a finalidade conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, visando a identificação de problemas reais e/ou potenciais. **Objetivo:** relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no planejamento do cuidado em atividade de extensão. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência em atividade de extensão que ocorreu junto a uma instituição hospitalar de referência em assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal, no estado do PI. **Resultado:** A elaboração do instrumento foi realizada alicerçando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A utilização dessa teoria permitiu observar as gestantes e puérperas de forma integral, reconhecer o perfil, elaborar um plano de cuidados e prestar assistência diferenciada e individualizada. A partir desta coleta verificava-se a necessidade de encaminhamentos à citologia, à imunizações, serviço social, apoio psicológico e abordagem a família, bem como, permitia uma descrição mais precisa de necessidades de saúde e, portanto, identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e, conseqüentemente, o planejamento da assistência e a oferta de um cuidado de qualidade. **Considerações finais:** O instrumento de Histórico de Enfermagem implementado, em uma unidade de internação à gestantes e puérperas, por estudantes da graduação em enfermagem, residentes de enfermagem obstétrica e profissionais do serviço foi extremamente relevante e pertinente quanto ao conteúdo, clareza e abrangência, uma vez que permitiu a investigação de dados objetivos e subjetivos e a utilização destes para o planejamento da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento de Assistência ao Paciente Cuidados de enfermagem; Saúde da mulher; Processo de enfermagem.



INTRODUÇÃO


A gestação é um processo fisiológico, percebido pelas gestantes e profissionais de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, mas impulsionador de mudanças que vão desde aspectos estruturais aos sociais e emocionais. Sendo uma fase que requer atenção e acompanhamento especializado e criterioso com o propósito de promover a assistência integral às mulheres grávidas (SILVA *et al.*, 2020).

A gestante parturiente recebe um cuidado de qualidade quando lhe é permitida uma experiência positiva através da manutenção da sua saúde física e emocional, do respeito a sua integralidade e do acompanhamento contínuo a fim de prevenir e resolver as intercorrências que possam surgir (FRAGA *et al.*, 2020).

Para que ocorra este processo assistencial as equipes de saúde devem estabelecer formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na construção do plano de cuidados, essas são instituídas principalmente através da comunicação interpessoal (BRASIL, 2012). Buscando a ampliação da comunicação entre a equipe, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tornou-se uma exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), sendo preconizado em todas as instituições de saúde onde ocorra a atuação de um enfermeiro.

Este desenvolve habilidades técnico-científicas que favorecem a organização e sistematização do cuidado. A enfermagem moderna utiliza os conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e reformulados para implementar a SAE considerada na Resolução COFEN nº 358/2009 como responsável pela organização do trabalho do profissional enfermeiro, relacionada tanto ao pessoal quanto ao método e instrumento, o que torna possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (COFEN, 2021).

O PE é o termo utilizado para identificar uma forma de organização do trabalho do enfermeiro inscrevendo qualidade a este (AZEVEDO *et al.*, 2019). Como uma tecnologia organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas: Histórico de Enfermagem (HE); Diagnóstico de Enfermagem (DE); Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem. O HE, como primeira etapa, oferece as informações para o julgamento, planejamento e delimitação das intervenções de enfermagem, subsidiando as etapas



subsequentes, viabilizando a tomada de decisão e qualificando a assistência oferecida nos diversos contextos do sistema de saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

Para assegurar qualidade na assistência de enfermagem prestada em ambiente hospitalar à gestantes e puérperas, se faz necessária a organização do trabalho, de modo a permitir que os enfermeiros conheçam o perfil da clientela atendida e as necessidades humanas e sociais afetadas, seja no período pré-natal, trabalho de parto e parto ou puerpério (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O HE, também conhecido por levantamento e investigação de dados, é um roteiro sistematizado de coleta de dados no qual se pode identificar possíveis problemas, ou seja, é a investigação das condições do paciente, com a finalidade conhecer os hábitos individuais e biopsicossociais, visando a identificação de problemas reais e/ou potenciais (TAVARES; DE SOUZA TAVARES, 2018).

O exercício desse vai ao encontro da restauração da saúde individual e coletiva e em especial do fortalecimento da enfermagem como ciência do cuidado com a qualificação da assistência. Além disso, a coleta de dados para o preenchimento do HE é percebido como uma ferramenta de boas práticas no serviço em foco, com o uso de metodologias, que por meio da experiência e ou investigação, remetem a uma confiabilidade comprovada na obtenção de resultados assertivos (SANTOS *et al.*, 2020).

Diante do exposto, foi protocolado e autorizado junto a Coordenadoria de Programa, Projetos e Eventos Científicos e Tecnológicos (CPPEC) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob o código PJ08/18-CCS-039-07/20-NV, o projeto intitulado “Sistematização da Assistência: Histórico de enfermagem”.

Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no planejamento do cuidado em atividade de extensão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência em atividade de extensão que ocorreu junto a uma instituição hospitalar de referência em assistência à mulher no ciclo gravídico e puerperal, no estado do PI.

O presente relato, foi baseado na experiência de acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, na execução do projeto que foi planejado para ser realizado em uma unidade, destinada ao atendimento de gestantes de alto risco, e puérperas em alojamento conjunto com

comorbidades crônica ou que a desenvolveram na gestação (Ex: hipertensão ou pré-eclâmpsia/eclâmpsia, diabetes mellitus ou gestacional, dentre outras).

A unidade disponibiliza 54 leitos divididos em nove enfermarias e o projeto, que ocorreu no período de agosto de 2018 a julho de 2020, visou instituir na admissão de enfermagem (chegada/recepção da paciente na unidade) o preenchimento do instrumento HE e sua anexação ao prontuário.

Para tanto, esse foi elaborado, tendo como base os marcadores e fatores de risco apontados pelo Ministério da Saúde que devem ser avaliados e considerados no planejamento da assistência e foram organizados em: características individuais e condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas preexistentes, costumes, entender a história atual e pregressa (Figura 1). Após a elaboração do instrumento, conjuntamente com a equipe da instituição, ele foi submetido à aprovação do comitê acadêmico da instituição hospitalar.

Figura 1. Histórico de Enfermagem.

The image displays two versions of a medical history form for pregnant and postpartum patients. The left version is the full 'HISTÓRICO DE ENFERMAGEM GESTANTE / PUERPERA' form, and the right version is a simplified version of the same form.


Left Form (Full):

- Header:** Includes logos for IDIEP, GOVERNO DO PARANÁ, and UFPR. Fields for Name, Date, Date of Birth, Age, Medical Record, Sector, Ward, and Bed.
- IDENTIFICAÇÃO:** Fields for address, phone, and email.
- CHARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:** Includes marital status, education, profession, and family income.
- ANTECEDENTES FAMILIARES:** Lists conditions like DM, HTA, and diabetes in family members.
- ANTECEDENTES PESSOAIS:** Lists conditions like DM, HTA, and diabetes in the patient.
- GESTATION ATUAL:** Details about the current pregnancy, including gestational week, weight gain, and fetal health.
- EXAME FÍSICO:** Includes vital signs, physical examination, and laboratory tests.

Right Form (Simplified):

- Header:** Similar to the full form, with logos and patient identification fields.
- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM GESTANTE / PUERPERA:** Focuses on the history of pregnancy and childbirth.
- DATA DO PARTO:** Fields for date and type of delivery (vaginal, cesarean, etc.).
- PUERPERIO:** Details about the postpartum period, including bleeding, pain, and breastfeeding.
- Complicações puerperio:** Lists complications like hemorrhage, infection, and thrombosis.
- Estado psicológico:** Assesses the patient's mental health.
- Outras avaliações:** Space for additional clinical notes.

Inicialmente ocorreram reuniões e treinamentos para aplicação do instrumento. Os extensionistas foram escalonados de segunda a sábado, nos turnos manhã e tarde, para a realização das admissões (aplicação do HE) das pacientes que internavam no turno. Quanto a



execução, os extensionistas se dirigem a unidade de internação Ala A, se apresentam as enfermeiras e residentes obstetras de plantão, consultavam o Livro de Admissões do setor (para checar quais pacientes haviam sido admitidas). Posteriormente, os alunos analisam os respectivos prontuários e se encaminham para o leito da paciente a fim de realizar a anamnese, o exame físico e preencher o instrumento.

Após a realização do preenchimento do instrumento HE, este era repassado a enfermeira plantonista da unidade e/ou ao residente em enfermagem obstétrica para conferência, conhecimento e anexação ao prontuário da paciente objetivando alicerçar o planejamento da assistência e compartilhar informações com toda a equipe.

RESULTADO


A elaboração do instrumento foi realizada alicerçando-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A utilização dessa teoria permitiu observar as gestantes e puérperas de forma integral, reconhecer o perfil, elaborar um plano de cuidados e prestar assistência diferenciada e individualizada (RODRIGUES *et al.*, 2020).

O modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta é também utilizado como plano para a identificação clínica e intervenções sistematizadas. Como é adaptável para várias especialidades, a sua utilização não se limita ao indivíduo hospitalizado, mas abarca sua família e os diversos contextos e espaços de atuação do enfermeiro, permitindo realizar levantamento de informações que auxiliam no planejamento da assistência. (CORREIA *et al.*, 2020).

Todas as etapas do PE requerem documentação precisa, visto que representam atividades desenvolvidas na assistência ao paciente, implicando aspectos profissionais e legais para o enfermeiro, a equipe multiprofissional e o paciente. A documentação representa a única forma viável e segura de saber sistematicamente o que foi realizado (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Segundo Tavares et al. (2019) as informações coletadas no HE permitem ao profissional identificar fatores de risco, monitorar a saúde da gestante ou puérpera, tratar e prevenir afecções em momento oportuno, o que contribui para melhores desfechos maternos e perinatais.

O instrumento foi estruturado na forma de check-list e possibilitava identificar, inicialmente, se a paciente admitida na unidade era gestante ou puérpera. A partir dessa



identificação seguia-se o preenchimento das informações relacionadas a caracterização demográfica, hábitos, antecedentes familiares, antecedentes gineco-obstétricos, gestação atual, exame físico e história clínica. O instrumento deve levantar o máximo possível de informações sobre as pacientes, para planejar e implementar seus cuidados de enfermagem.

A partir da coleta de dados no HE, verificava-se a necessidade de encaminhamentos à citologia, à imunizações, serviço social, apoio psicológico e abordagem a família, bem como, permitia uma descrição mais precisa de necessidades de saúde e, portanto, identificação dos Diagnósticos de Enfermagem e, conseqüentemente, o planejamento da assistência e a oferta de um cuidado de qualidade (COELHO *et al.*, 2017).

O impresso intitulado Histórico de Enfermagem foi oficializado pela instituição e incorporado como instrumento próprio do enfermeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS


O instrumento de Histórico de Enfermagem implementado, em uma unidade de internação à gestantes e puérperas, por estudantes da graduação em enfermagem, residentes de enfermagem obstétrica e profissionais do serviço foi extremamente relevante e pertinente quanto ao conteúdo, clareza e abrangência, uma vez que permitiu a investigação de dados objetivos e subjetivos e a utilização destes para o planejamento da assistência.

Além disso, a Universidade Federal do Piauí entre suas funções sociais permite a troca entre os saberes sistematizado-acadêmico e o popular, que possibilita a produção de conhecimento resultante do confronto com a realidade, propiciando a efetiva participação da comunidade na atuação da universidade, com vistas ao desenvolvimento de sistemas de parcerias interinstitucionais.

A função do sistema formador de recursos humanos em saúde é dispor profissionais para fornecer respostas às necessidades e demandas da sociedade para os interesses e necessidades da maioria da população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Viviane Saraiva et al. Validação de instrumento para histórico de enfermagem materno-infantil utilizando Horta: estudo metodológico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.17, n.1, p. 4-4, 2018.



AZEVEDO, Oswalcir Almeida de et al . Documentation of the nursing process in public health institutions. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo , v. 53, e03471, 2019 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

COELHO, Amanda Valesse et al . Validation of a nursing report for a pediatric intensive care unit. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 38, n. 3, e68133, 2017 .

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. **Portal do Cofen:** Brasília-DF, 15 out. 2009. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 11 de abril de 2021.

CORREA, Aline Medianeira Gomes et al. Validação de instrumento de Histórico de Enfermagem para Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

FRAGA, Tarciany Farias et al. Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos enfermeiros. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 27, n. 3, e4600016, 2018.

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira et al. Contribuições da Teoria das Necessidades Humanas Básicas para o cuidado de enfermagem durante a gravidez. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e2179107112-e2179107112, 2020.

SANTOS, Marisa Gomes dos et al. Boas práticas de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Desenvolvendo o Histórico de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 11, n. 1, jun. 2020.

SILVA, Rafael Pires et al. Estratégias do uso de metodologia ativa na formação de acadêmicos de enfermagem: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 6, p. e160963543-e160963543, 2020.

TAVARES, Daniel Soares et al. Construção e validação de um histórico de Enfermagem para consulta pré-natal. **Enferm. foco** (Brasília), p. 35-42, 2019.

TAVARES, Fernanda Maryneve Menezes; DE SOUZA TAVARES, Walter. Elaboração de um instrumento de sistematização da assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.



CAPÍTULO 4

SÍSIFOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E O SUICÍDIO DESSES NAS ENTRELINHAS DA LITERATURA: O QUE COMPETE A ENFERMAGEM?

Julia Freitas da Silva, Enfermeira, Universidade de São Paulo
Julielen Freitas da Silva Cruz, Acadêmica de Enfermagem, Universidade de Franca
Heloisa Helena Lemos Horta, Enfermeira, Universidade de Franca
Juliana Cristina Martins de Souza, Enfermeira, Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo


RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a associação de transtornos mentais ao suicídio e destacar as ações de enfermagem para prevenir este acontecimento. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura pelo levantamento de dados na Biblioteca Virtual em Saúde e nos sites oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. A revisão da literatura apontou que os transtornos mentais estão presentes em 90% a 98% dos casos de suicídio e os principais são os transtornos do humor, dependência de álcool e drogas, os transtornos da personalidade, esquizofrenia e transtornos da ansiedade. A enfermagem desenvolve intervenções para a prevenção deste acontecimento, sendo responsável por avaliar o paciente e classificar o risco de suicídio, encaminhar quando necessário para outros profissionais, fazer um contrato de não suicídio e ouvi-los sem julgamentos. Conclui-se que os transtornos mentais caracterizam-se como importantes fatores de risco para o suicídio e que a enfermagem tem potência enquanto profissão, cuja ciência é o cuidar, desenvolve ações primordiais para que se possa preveni-lo. Sendo que essas ações se tornam mais efetivas quando realizadas usando os valores de empatia e respeito.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Transtornos Mentais; Comportamento Suicida; Prevenção; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O modo em que a loucura foi encarada durante a história se modificou durante as épocas (AMARANTE, 1995). Inicialmente ela era vista como uma maneira de alcançar a verdade divina, com o passar dos anos essa relação foi afastada e os transtornos mentais começaram a ser vistos como algo que significava o mal (AMARANTE, 1995; SILVEIRA; BRAGA, 2005). Com essa aproximação, as doenças mentais foram associadas a possessões




demoníacas e assim os doentes eram punidos e excluídos da sociedade (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Apenas no século XVIII a medicina classificou a “loucura” como algo passível de cura, mas, mesmo assim, os loucos eram institucionalizados e removidos da sociedade, comumente reconhecida como “normal” (AMARANTE, 1995; SILVEIRA; BRAGA, 2005). No pós-guerra, este modelo hospitalocêntrico foi questionado e os movimentos comunitários deram início ao processo de reforma psiquiátrica (SILVEIRA; BRAGA, 2005). No Brasil, a mudança deste modelo de assistência iniciou-se em 1970 após uma crise política e econômica (AMARANTE, 1995; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Assim como as doenças mentais, o suicídio já foi encarado de diferentes formas ao decorrer da história, existindo relatos desse acontecimento desde os tempos mais antigos (MOREIRA; BASTOS, 2015; MINOIS, 2018). Ratifica-se que a palavra suicídio deriva do latim, *sui* que significa “si mesmo” e *caedes* com o significado de “ação de matar”, sendo assim, o suicídio significa uma morte intencional e auto infligida (MOREIRA; BASTOS, 2015; ANDRADE, 2019).

O suicídio ainda constitui-se em um *tabu* social (sendo algo proibido, censurado, perigoso e relacionado a impureza), porém há que se destacar a importância de alterar essa realidade, visto que o suicídio urge como um dos principais problemas de saúde pública a nível global (ANDRADE; ARAÚJO; SOUZA, 2019). Ressalta-se que o suicídio acarreta impactos psicológicos, financeiros e sociais para a família e para a sociedade (MOREIRA; BASTOS, 2015; MINOIS, 2018; ANDRADE, 2019). Estima-se que anualmente ocorram 800 mil mortes por suicídio, sendo que cada caso de morte autoprovocada em adultos, ocorram cerca de 20 tentativas (BRASIL, 2017). No ano de 2012, o suicídio tornou-se a 15º principal causa de morte na população em geral e a segunda principal na população de 15 a 29 anos (BRASIL, 2017).

A incidência de suicídio no mundo foi de 16 casos para 100 mil habitantes em 2012, já no Brasil, foram de 5,3 casos para 100 mil no mesmo ano (BRASIL, 2017). Embora as mulheres cometam mais tentativas, os homens estão associados ao maior número de óbitos por suicídio, visto que utilizam métodos mais violentos (MOREIRA; BASTOS, 2015). Mesmo estando presente em todos os países, cerca de 79% dos casos ocorrem em países de baixa ou média renda (MOREIRA; BASTOS, 2015).



Dados do Ministério da Saúde, explicitam que no país, indivíduos com idade entre 15 e 29 anos e acima de 69 anos são mais vulneráveis ao suicídio (ANDRADE, 2019). Neste ínterim, Andrade e colaboradores (2018), corroboram e explicitam que os anos potenciais de vida perdidos em decorrência do suicídio entre os anos de 1997 - 2016, equivalem a 5.178.450.

Demarca-se que existem fatores considerados de proteção ou de risco para o suicídio. Entre os de proteção, estão a presença de bons vínculos afetivos, se sentir integrado a um grupo, religiosidade, ter filhos e estar casado (BOTEGA *et al.*, 2006; VIDEBECK, 2012). Dentre os fatores de risco estão as doenças médicas (físicas), isolamento, desemprego ou perda do status, falta de apoio social, traumas recentes, tentativas anteriores de suicídio e a presença de transtornos mentais (BOTEGA *et al.*, 2006; VIDEBECK, 2012; ANDRADE, 2019). Há que se destacar que cerca de 95% dos casos de suicídio ou tentativas está relacionado às doenças mentais (BOTEGA *et al.*, 2006; VIDEBECK, 2012).

A fim de diminuir a morbimortalidade por autoextermínio no mundo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 1999 o programa denominado *SUPRE*, cujo objetivo é atuar na prevenção do suicídio (OMS, 2012). No Brasil, em 2006, seguindo as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia nacional de prevenção do suicídio por meio da portaria GM nº 1876 para regulamentar as ações propostas (SILVA *et al.*, 2015).

Pessoas com pensamentos suicidas possuem sentimentos de ambivalência a esse respeito. Muitas vezes já deram sinais diretos ou indiretos sobre a intenção de se matar, esses sinais devem sempre ser considerados para que os dados sejam levantados e assim se possa iniciar as intervenções, auxiliando-a a buscar ajuda e optar por estar vivo (VIDEBECK, 2012).

É de extrema importância que a equipe de saúde esteja atenta aos fatores de risco, pois cerca de 70% das pessoas que cometem suicídio procuraram os serviços de saúde em até três meses antes do acontecimento (BOTEGA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2015). A enfermagem presta assistência direta aos pacientes, considerando isso, é necessário que os profissionais realizem uma correta avaliação para que os comportamentos suicidas possam ser prevenidos (SILVA *et al.*, 2015).

Ante ao supra referido, o objetivo do presente estudo foi conhecer e descrever as taxas de transtornos mentais associados ao suicídio, e destacar as ações de enfermagem para prevenir este acontecimento.



METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se em uma revisão de literatura do tipo narrativa. De acordo com Rother (2007), esse tipo de estudo contribui no fomento dos debates da temática em voga, colaborando com o garimpo, aquisição e atualização do conhecimento. Tal método, possui vantagem pelo fato de reunir diversos dados e informações a partir de estudos já existentes, e assim, remodelar e colaborar com a construção científica do assunto analisado (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Para a busca bibliográfica utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Suicídio”, “Transtornos Mentais”, “Prevenção e Enfermagem”, sendo esses inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos sites oficiais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. A busca foi realizada no período de janeiro a março de 2021.

Posteriormente a busca, procedeu-se com a análise dos dados, que se deu pela leitura dos resumos e dos textos na íntegra de todos os estudos encontrados, para pré-definir quais seriam incluídos e excluídos da pesquisa. Definiu-se que seriam incluídas produções disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos e livros que possuam coerência com a presente pesquisa.

Arelada a revisão narrativa, faz-se uma construção através de uma analogia, a qual relaciona o adoecimento psíquico na contemporaneidade ao mito de Sísifo (CAMUS, 2010).


RESULTADOS E DISCUSSÃO

SÍSIFOS MODERNOS

Constrói-se neste estudo um paralelo inédito relacionado ao mito de Sísifo e o adoecimento mental, concomitantemente propõe-se ao leitor que se imagine na “sina” desse personagem.

No mito, Sísifo cumpre um castigo, decorrente de uma condenação divina que sofreu. Os deuses o condenaram a rolar uma pedra incessantemente até o topo de uma montanha, porém, todas as vezes que Sísifo estava para chegar ao cume, a pedra rolava montanha abaixo, em virtude de seu peso (CAMUS, 2010). Para os deuses não havia “punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança” (CAMUS, 2010).

Sísifo é então o proletário dos deuses, frágil, impotente e rebelde, conhece toda a extensão de sua condição miserável, e reflete sobre ela durante sua descida, para buscar



novamente a pedra, para executar seu castigo e dar continuidade ao seu destino (CAMUS, 2010).

Por vezes, Sísifo refletia, há por acaso um destino pessoal? Ou vivemos em um destino superior? Independentemente há que se considerar o que é efêmero, desprezível e fatal, logo não há outro caminho, senão ser o dono de sua existência e executar suas próprias escolhas (CAMUS, 2010). Assim, Sísifo, voltando-se para sua rocha, contempla uma série de ações programadas as quais tornam-se seu destino. Este, criado por ele, analisado sob o crivo de suas memórias e vontades e em um futuro breve, selado pela sua morte. Por fim, ressalta-se que é preciso imaginar que Sísifo era feliz (CAMUS, 2010).

Chama-nos atenção nessa narrativa as possibilidades que Sísifo poderia ter vivenciado, porém se quer chegou a cogitar, sendo uma delas o suicídio. Não surpreende-nos o fato de Sísifo ser adoecido mental e sim a capacidade de resiliência que ele possuía para manter-se executando um castigo que lhe trazia sofrimento, dor e cansaço e mesmo assim aparentar ser feliz, esboçando alegria.

Considera-se neste estudo, todos os sujeitos como Sísifos modernos, e em uma analogia, ressalta-se que na contemporaneidade a resiliência dos Sísifos diminuíram e o adoecimento mental aumentou, sendo essa relação inversamente proporcional.

SOFRIMENTO PSÍQUICO E O SUICÍDIO DOS SÍSIFOS

Os transtornos mentais trazem prejuízos aos Sísifos modernos, propiciando alterações na consciência, emoção, percepção, memória, comportamento e pensamento (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Essas alterações facilitam desfechos negativos, dentre eles o suicídio. Para melhorar a forma de tratamento, prevenção e conhecimento acerca desses transtornos a American Psychiatric Association desenvolveu o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e a OMS criou a Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1996).

Ratifica-se que a literatura explicita alguns fatores de proteção para o suicídio, sendo eles apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Fatores de proteção ao suicídio.

Fatores de proteção
Ausência de transtorno mental
Capacidade de adaptação positiva
Capacidade de resolução de problema positiva
Estar empregado
Gravidez

Presença de criança na família
Relação terapêutica positiva
Religiosidade
Satisfação elevada com a vida
Senso de responsabilidade para com a família
Suporte social positivo
Teste de realidade intacto

Fonte: BERTOLOTE; SANTOS; BOTEAGA, 2010.

Ante ao supra citado, chama-nos atenção o primeiro fator de proteção “ausência de transtorno mental”, cabendo ressaltar que o presente estudo debruçasse sobre a inexistência desse fator de proteção, ou seja, nesta pesquisa investiga-se o quanto um transtorno mental tem de relação com o suicídio, especificamente dos Sísifos modernos. Destaca-se que de 90% a 98% das pessoas (Sísifos) que se suicidam possuem um transtorno mental, sendo esse fato um importante fator de risco para o suicídio (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEAGA, 2010; WASSERMAN, 2016), conforme quadro 2.

Quadro 2: Diagnósticos encontrados em pacientes suicidas pela ordem de frequência.


Diagnóstico	Taxa
Transtorno de humor*	30,2%
Transtorno por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtorno de personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatoformes	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de ajustamento	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

Legenda: *Transtornos depressivo e transtorno bipolar.

Fonte: BERTOLOTE; SANTOS; BOTEAGA, 2010; WASSERMAN, 2016, adaptado.

Os transtornos que estão comumente associados ao suicídio são os transtornos do humor, dependência de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos da personalidade e transtornos da ansiedade (WASSERMAN, 2016). Um estudo realizado com 96 sobreviventes de tentativas de suicídio apontou que o diagnóstico de doença psiquiátrica poderia ser feito em 71,9% destes (MAIA *et al.*, 2017). Sendo eles, 35,4% episódio depressivo maior; 21,9% abuso ou dependência de substâncias psicoativas; 17,7% abuso ou dependência de álcool; 37,5% transtornos da ansiedade e 15,6% esquizofrenia e outros transtornos psicóticos agudos (SANTOS *et al.*, 2009; MAIA *et al.*, 2017).

Os transtornos do humor estão predominantemente associados ao suicídio, principalmente a depressão e o transtorno afetivo bipolar (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEAGA, 2010; WASSERMAN, 2016). Estima-se que 70% dos suicidas possuíam depressão no momento da morte e 15% das pessoas que já foram hospitalizadas por esse transtorno tentam



suicídio, pontua-se ainda que ocorrem cerca de 35 mil mortes por suicídio a cada ano decorrente do não tratamento de depressão maior (KING; NARDI; CRUZ, 2006; FERNANDES; SCIPPA; 2013; WASSERMAN, 2016). Já no transtorno bipolar, o risco de suicídio é de 15% a 20%, sendo mais comum nos episódios depressivos do que nos maníacos (KING; NARDI; CRUZ, 2006; FERNANDES; SCIPPA; 2013; WASSERMAN, 2016). Pontua-se que em virtude dos transtornos de humor, os pacientes apresentam taxas de suicídio quinze vezes superiores às encontradas na população geral (FERNANDES; SCIPPA; 2013).

Um estudo analisou 123 prontuários de pacientes dependentes de substâncias psicoativas, desses, 43,9% apresentaram comportamento suicida em algum momento (CANTÃO; BOTTI, 2016). Estimativas apontam que a cada 10 tentativas de suicídio mais de duas tem ligações com o uso de álcool (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Acredita-se que de 30% a 40% dos pacientes que cometem suicídio possuem algum tipo de transtorno de personalidade, esse risco se encontra aumentado quando se trata de personalidade borderline e antissocial (MAZER; MACEDO; JURENA, 2016). Cerca de 80% das pessoas com esse tipo de transtorno apresentam comportamentos suicidas em algum momento, considerando isso, o risco de suicídio é 50 vezes maior do que na população geral (MAZER; MACEDO; JURENA, 2016).

Na esquizofrenia, os sinais clínicos da doença aparecem na adolescência ou início da vida adulta e o suicídio é mais prevalente nos primeiros anos, por isso, esse acontecimento é mais comum entre jovens, com a prevalência de 10% (POMPILI, 2007; WASSERMAN, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Nos transtornos da ansiedade estima-se que 20% das tentativas não consumadas estão relacionados à fobia social e transtorno do pânico (POMPILI, 2007; WASSERMAN, 2016). Os transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia, especialmente em meninas na adolescência é considerado um fator precipitante (OMS, 2000a; POMPILI, 2007; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Um estudo mundial realizou a compilação dos dados de 15.629 casos de suicídio e verificou a prevalência dos transtornos mentais mais associados, esses dados vão ao encontro do explicitado na presente revisão, corroborando os achados, visto que os transtornos de humor aparecem em primeiro lugar, com a prevalência de 35,8%, em segundo os transtornos relacionados ao uso de substâncias com 22,4% (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Em terceiro lugar, se encontra os transtornos da personalidade correspondendo a 11,6%, seguido pela esquizofrenia com 10,6% e os transtornos de ansiedade e somatoformes com 6,1%



(BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

A existência de comorbidades entre as patologias psiquiátricas é um fator agravante por dificultar o diagnóstico médico, considerando as alterações na sintomatologia (WASSERMAN, 2016). Em geral, as comorbidades mais comuns são a presença de transtorno do humor relacionado ao alcoolismo ou a presença de transtorno da personalidade com outra doença de ordem mental (WASSERMAN, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Os profissionais de saúde devem ter consciência de que nesses casos a recuperação é mais lenta (OMS, 2000a, ALVES; KESSLER; RATTO, 2004).

Destaca-se ainda que no tocante ao suicídio não é necessário fazer qualquer coisa e sim fazer a coisa certa (ANDRADE, 2019), o que reforça a necessidade de capacitação de recursos humanos para atuação nessa vertente, visando ofertar cuidado aos Sísifos da modernidade que estão psiquicamente afetados. Pontua-se também que é preciso imaginar Sísifo feliz, e mais importante ainda é desenvolver possibilidades para a materialização dessa felicidade.

O QUE COMPETE A ENFERMAGEM?

O enfermeiro atua diretamente na prevenção do suicídio e na reabilitação dos pacientes vítimas das tentativas. Por se tratar de um tema cheio de tabus e preconceitos, os profissionais devem estar qualificados e atualizados, pois o conhecimento diminui os sentimentos negativos e melhora a postura profissional diante do problema enfrentado (SILVA *et al.*, 2015; ANDRADE; ARAÚJO; SOUZA, 2019).

Existe uma inabilidade muito grande por parte da equipe de enfermagem ao lidar com situações de tentativa de suicídio. Muitas vezes os profissionais tomam atitudes agressivas por encarar aquele paciente como se ele estivesse apenas em busca de atenção, essa atitude silencia os pacientes e leva ao acontecimento de novas tentativas (SANTOS *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017). Uma atitude por parte dos profissionais que seja dotada de empatia, respeito e livre de julgamentos torna as ações mais efetivas (SANTOS *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017).

Neste íterim, ressalta-se a importância do profissional de enfermagem conhecer os fatores de **Predisponentes** (inerentes aos próprios pacientes e suas enfermidades e, via de regra, são raramente ou nunca modificáveis, também chamados de fatores de vulnerabilidade), e **Precipitantes** (relacionados à intensidade da doença, à terapêutica empregada e ao ambiente onde o paciente está situado, podendo ser modificáveis) para o comportamento suicida. Esses fatores são demonstrados no quadro 3.

Quadro 3: Fatores Predisponentes e Precipitantes no suicídio.

Predisponentes	Precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas)	Separação conjugal
Idade (mais jovens: tentativas; mais idosos: suicídio)	Ruptura de relação amorosa
História familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais	Rejeição afetiva e/ou social
Tentativa(s) prévia(s)	Alta recente de hospitalização psiquiátrica
Presença de transtornos mentais	Graves perturbações familiares
Presença de doenças físicas	Perda do emprego
Presença de desesperança	Modificação de situação econômica ou financeira
Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro	Gravidez indesejada (principalmente para solteiras)
Abuso físico, emocional ou sexual na infância	Vergonha
Estar desempregado ou aposentado	Temor de ser descoberto (por algo não aceitável socialmente)
Isolamento social	
Pertencer a uma minoria étnica	
Pertencer a uma minoria sexual (LGBTQIA+*)	
Baixo nível de inteligência (déficit intelectual)	

Legenda: *LGBTQIA+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais e outros grupos e variações de sexualidade e gênero.

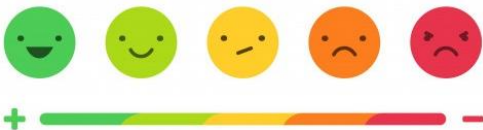
Fonte: BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010; WASSERMAN, 2016, adaptado.

Dentro da equipe de saúde, o enfermeiro desenvolve ações para a prevenção do suicídio. Sendo que na maioria das vezes, esses profissionais são os responsáveis por realizar o acolhimento, identificar e classificar o risco de suicídio (SILVA *et al.*, 2017; FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018). Cabe ressaltar ainda que pacientes em risco ou em tentativas iminentes de suicídio precisam expor seus sentimentos, medos e inseguranças e muitas vezes não tem quem os ouça sem julgamentos, diante disso o enfermeiro deve realizar a escuta terapêutica (SILVA *et al.*, 2017; FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018).

Destaca-se a escuta terapêutica como um importante método no processo de comunicação, nesse método estão envolvidos o profissional e o paciente, sendo o objetivo do profissional analisar o sofrimento psíquico do paciente e obter mais informações a respeito das percepções e sentimentos desse (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018; VIEIRA; NETA; MENDES, 2019). Nesse processo, o enfermeiro deve apresentar ao paciente os serviços que podem o ajudar e ouvi-lo de forma integral, a fim de aproximá-lo dos serviços de saúde (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018; VIEIRA; NETA; MENDES, 2019).

Para se classificar o risco de suicídio dos pacientes é necessário conhecer os principais sentimentos existentes, sendo eles: desesperança, desamparo e desespero, assim ressalta-se a importância do profissional estar munido com ferramentas que possam o auxiliar na investigação da ideação suicida, sendo apresentado no quadro 4, um modelo de inquérito ao paciente com risco suicida.

Quadro 4: Inquérito para pacientes com risco de suicídio.

Tipo de paciente	Aspecto a investigar
Declarante	1 - Investigar a existência de fatores ambientais e sociais que “estimulam/incentivam” o fenômeno Ex: eventos vitais predisponentes e precipitantes;
	2 – Identificar sintomatologia psicopatológica para sugerir possível encaminhamento psiquiátrico Ex: existência de sintomatologia que sugere transtornos mentais;
	3 – Investigar se há planejamento para o suicida Ex: analisar o quanto estruturado está o plano para executar o suicídio
	4 – Quantificar em uma escala de 1 a 5, qual o desejo de executar o ato; 
Não declarante	Incluir aos itens anteriores a investigação de comportamentos de risco, como negativismo, heteroagressão, isolamento social, melancolia, expressões de angústia e desesperança, percepção de familiares e outros dados relacionados ao convívio social.

Fonte: FUKUMITSU, 2014; MAIA, R. S. *et al.*, 2017, editado.

Ratifica-se que na avaliação, deve-se verificar a necessidade de encaminhamento para o setor específico de saúde mental, dando prioridade aos casos mais graves, considerando a disponibilidade dos serviços (WASSERMAN, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). No momento do encaminhamento, é recomendado que os profissionais expliquem o motivo do e se certifiquem que haverá contrarreferência (OMS, 2000b; BRASIL, 2006).

As ações em educação envolvendo a população e os profissionais é uma das estratégias para a prevenção do suicídio (ANDRADE, 2019; ARAÚJO; SOUZA; ANDRADE, 2019). O enfermeiro no âmbito da atenção básica realiza ações de educação em saúde, na qual o suicídio também deve ser um tema abordado. O profissional precisa conscientizar a população que este é um problema de saúde que pode ser prevenido (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2008; SILVA *et al.*, 2017; ANDRADE, 2019).

A estipulação de um contrato de “não suicídio” é uma prática eficaz para a prevenção do suicídio, pois na maioria das vezes o paciente o respeita. Para utilizá-lo é recomendado que os pacientes se encontrem conscientes dos seus atos, sendo que na formação desse contrato, vários aspectos do acontecimento devem ser abordados (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010).

Demarca-se que a equipe deve procurar a família, amigos, centros de apoio ou mesmo outros profissionais que serão compreensivos para compor uma rede de apoio, visto que a criação dessa rede é muito importante para que o indivíduo se sinta acolhido(OMS, 2000b). Ratifica-se que esse momento “de ideação suicida” nunca deve ser utilizado para responsabilizar ou culpabilizar familiares e amigos (OMS, 2000b; VIEIRA; NETA; MENDES,

2019).

A não adesão ao tratamento farmacológico é comum, essa atitude aumenta de 5 a 7 vezes o risco de suicídio, por isso, os pacientes e seus familiares devem ser conscientizados e emponderados no tocantes aos benefícios do tratamento farmacológico (BORBA, 2018). A distribuição de medicamentos deve ser cautelosa na atenção básica ou hospitalar. Pontua-se ainda, que em casos de internação hospitalar, cabe a enfermagem checar se os comprimidos realmente foram engolidos, considerando os riscos existentes (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2008; MAZER; MACEDO; JURENA, 2016; BORBA, 2018).


A enfermagem deve monitorar o risco de suicídio e retirar do alcance os possíveis métodos como armas de fogo, objetos cortantes e objetos semelhantes a cordas. Dar preferência para ambientes não restritivos, mas quando necessário utilizá-los, usar a contenção física priorizando a segurança do paciente e dos profissionais (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2008; WASSERMAN, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A atenção a esses pacientes deve ser redobrada em momentos com menor número de funcionários, eles devem ser colocados em leitos de fácil observação, no andar térreo ou com janelas trancadas e protegidas externamente (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010; WASSERMAN, 2016). A presença de acompanhantes pode ser uma alternativa para evitar que esse paciente fique sozinho (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEGA, 2010).

Não existe uma única maneira para evitar que todas as pessoas cometam suicídio, mas se as ações forem realizadas e a equipe estiver capacitada consegue-se diminuir significativamente os números de casos. Acredita-se que uma pessoa possa fazer diferença na vida de outra e essa crença deve ser demonstrada pela enfermagem ao cuidar de um paciente suicida. Por mais que todas as ações sejam realizadas de forma cuidadosa, alguns Sísifos ainda vão cometer suicídio e os profissionais devem ter consciência disso, pois esse acontecimento pode gerar sentimento de culpa e ser devastador para alguns membros da equipe (VIDEBECK, 2012; BORBA *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um grande problema de saúde, capaz de ser prevenido. Para dar início a ações de prevenção é preciso que os profissionais tenham domínio a respeito dos fatores protetivos e de risco. Um dos principais fatores de risco para o suicídio é a presença de transtornos mentais, sendo os mais prevalentes no suicídio os transtornos do humor, a dependência de álcool e drogas, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e da ansiedade.



A enfermagem por permanecer mais tempo próximo a esses pacientes deve desenvolver ações muito importantes para a prevenção do suicídio. São responsáveis por avaliar e classificar o risco de suicídio, conscientizar a população e outros profissionais a respeito do tema, encaminhar para atendimento de saúde mental, retirar do alcance do paciente os possíveis métodos de suicídio, atentar-se e orientar para o uso correto das medicações, buscar uma rede de apoio, fazer um contrato de não suicídio e ouvi-los sem julgamentos.

Conclui-se que essas ações serão mais efetivas se os profissionais tiverem posicionamentos de empatia e respeito, deixando de lado os próprios valores e encarando o suicídio como um problema de saúde e não um problema moral. Para que isso aconteça, é necessário conhecimento e aprofundamento sobre o tema, sendo essa a melhor forma de acabar com os próprios preconceitos.

Por fim, demarca-se a necessidade de realização de novas pesquisas para melhor compreensão desse fenômeno complexo que é o suicídio e os sentidos e impactos desse na existência dos Sísifos modernos.

REFERÊNCIAS

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L. R. C. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, p. 51-53, 2004.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, J. V. *et al.* Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em decorrência do suicídio nas últimas duas décadas. In: **XV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2018.

ANDRADE, J. V. Suicídio na contemporaneidade. **Revista Ponto de Vista**, v. 8, n. 1, p. 136-137, 2019.

ANDRADE, J. V.; ARAÚJO, D. C.; SOUZA, S. M. Quebrando o tabu: a realização de um workshop sobre prevenção do suicídio. **Vivências**, v. 15, n. 29, p. 237-244, 2019.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181-185, 2002.



BERTOLOTE, J. M.; SANTOS, C. D. M.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 1, p. 88-94, 2010.

BORBA, L. D. O. *et al.* Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 1, p. e03341, 2018.

BOTEAGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 5, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir**, v.40, n. 38, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção ao suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília; 2006.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **NIC: classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. São Paulo: Elsevier; 2008.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Record, 2010. 138p.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 389-396, 2016.

FERNANDES, F. N.; SCIPPA, A. M. Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 40, n. 6, p. 220-224, 2013.

FERNANDES, M. A.; LIMA, G. A.; SILVA, J. S. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 7, n. 1, p. 75-79, 2018.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicol. USP**, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.


KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 70-73, 2006.

LAKATOS E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2003.

MAIA, R. S. *et al.* Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Psicoterapia**. v. 19, n. 3, p. 33-42, 2017.

MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURENA, M. F. Transtornos da personalidade. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. 1, p. 85-97, 2017.

MINOIS, G. **História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária**. São Paulo: Editora UNESP, 2018.



MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID10**. São Paulo: EDUSP; 1996.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Departamento de saúde mental transtornos mentais e comportamentais. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2000a.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Departamento de saúde mental transtornos mentais e comportamentais. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2000b.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevención del suicidio (SUPRE)**, 2012. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

POMPILI, M. *et al.* Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. **Annals of general psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 1-22, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 20, n. 2, p. 05-06, 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria - Ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

SANTOS, A. S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 1, p. 2064-2074, 2009.

SANTOS, R. S. *et al.* A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 11, n. 2, p. 742-748, 2017.

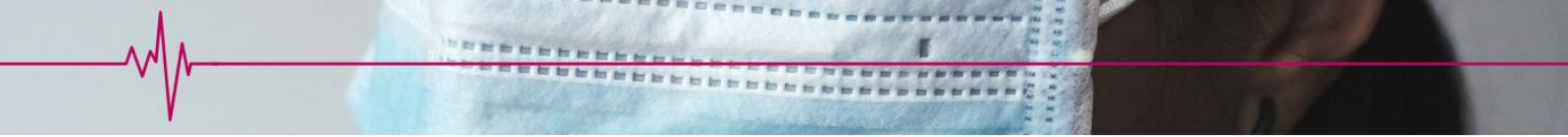
SILVA, L. L. T. *et al.* O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, p. 1871-1884, 2015.

SILVA, N. K. N. *et al.* Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VIEIRA, N. S.; NETA, E. M.; MENDES, I. C. Assistência de enfermagem na prevenção do suicídio: uma revisão de literatura. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 6, 2019.



WASSERMAN, D. **Suicide: An Unnecessary Death**, 2ª edi, Oxford: OUP UK, 2016



CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER PORTADORA DA SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO: ESTUDO DE CASO

Ana Izabela Barbosa da Silva, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Luma Nunes Camilo, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Letícia Kelly Souza Lopes, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Ariadne Ribeiro Borges dos Santos, Enfermeira, Universidade federal de Viçosa
Marília Dutra Teixeira, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário de Viçosa
Carolina Souza Pinto, Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal de Viçosa
Juliana Cristina Martins Souza, Enfermeira, Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo

RESUMO


A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino-ginecológico que se caracteriza, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo. Estudos destacam a SOP como uma das desordens endócrinas mais prevalentes nas mulheres em idade reprodutiva, atingindo de 6% a 8% das mulheres em menacme. Assim o objetivo do presente é analisar as produções científicas envolvendo a assistência de enfermagem à mulher com SOP e planejar uma assistência holística, com base nas taxonomias de Enfermagem Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, intitulados NANDA-I, NIC e NOC respectivamente.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Saúde da Mulher; Síndrome dos Ovários Policísticos.

INTRODUÇÃO

Os ovários são as glândulas sexuais (gônadas) do sistema reprodutor feminino, sendo dois órgãos pequenos, ovais, achatados, localizados um de cada lado do útero. Cada um deles mede cerca de quatro a cinco centímetros de comprimento, dois centímetros de largura e um centímetro de espessura e pesa de dois a cinco gramas. O ovário é formado por uma parte central denominada medula e uma camada externa chamada de córtex, nesta última, estão numerosos e minúsculos folículos, cada um contendo um ovócito (célula germinativa feminina) que são produzidos durante os primeiros cinco a seis meses de vida fetal. As funções dos ovários são produzir, amadurecer, expulsar os óvulos e elaborar secreções internas ou hormônios. Devido a esta última função, os ovários estão incluídos no grupo de glândulas do corpo classificadas como endócrinas ou de secreção interna (MACHADO, 2012).

Há algumas patologias que afetam mais prevalentemente os ovários, como: tumores de ovários, cistos foliculares, do corpo lúteo e teca-luteínicos, inflamações, e os ovários policísticos (ROMBALDI, 2017). Descritos inicialmente por Stein e Leventhal (1935), os



“ovários policísticos”, ainda são alvos de muitos estudos, visando aprimoramento dos conhecimentos relativos a associações clínicas, fisiopatologia, conduta terapêutica e repercussões sobre a saúde reprodutiva. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) é um distúrbio endócrino-ginecológico que se caracteriza, principalmente, por anovulação crônica e hiperandrogenismo (MOREIRA, et al. 2010). Estudos, destacam a SOP como uma das desordens endócrinas mais prevalentes nas mulheres em idade reprodutiva, atingindo de 6% a 8% das mulheres em menacme (SOARES, et al. 2015).

A SOP pode acarretar complicações de saúde, como: disfunção menstrual, infertilidade, hirsutismo, acne e síndrome metabólica, sendo considerada um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (FARIA, et al. 2013). Ainda na adolescência, a menstruação pouco frequente ou ausente pode ser sinal da doença (BRASIL, 2015). O excesso de testosterona faz algumas portadoras da síndrome apresentarem características masculinas, como hirsutismo, alopecia e obesidade do tipo androide.


Sabe-se que os sintomas da SOP podem provocar comprometimentos psicológicos e sociais, incluindo distresse psicológico, depressão, ansiedade e insatisfação sexual, além de sentimentos de inadequação ao papel feminino (MOREIRA, et al. 2010). Alguns estudos sugerem que seu aumento pode ser relacionado ao tipo de dieta, estresse, uso indiscriminado de contraceptivos, obesidade ou fatores genéticos (UNAM, 2017).

OBJETIVOS

Analisar as produções científicas envolvendo a assistência de enfermagem à mulher com SOP e planejar uma assistência holística, com base nas taxonomias de Enfermagem Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, intitulados NANDA-I, NIC e NOC respectivamente.

METODOLOGIA


Inicialmente tem-se um relato de caso, sendo que este, “só se justifica quando apresenta algo de particular relevância ou de novo, como exibir caráter excepcional ou evolução insólita, introduzir sugestões para o diagnóstico ou a terapêutica ou atenuar um possível esclarecimento sobre a etiologia ou a fisiopatologia. Ou quando, se referindo a doença muito rara, contribuir para aumentar uma casuística impossível de ser estabelecida de outra forma. Trata-se, portanto, de publicação muito útil do aspecto epidemiológico, etiológico, terapêutico e de descrição de síndromes raras. O estudo de um caso clínico de caráter excepcional ou de evolução insólita



pode trazer importantes contribuições para o diagnóstico, indicar novas opções terapêuticas ou ajudar a esclarecer a fisiopatologia de uma doença” (GRIEGER, 2004). Esse estudo tem sua teorização fundamentada nos livros das taxonomias de Diagnósticos, Intervenções e Resultados de enfermagem, intitulados NANDA-I, NIC e NOC respectivamente e em livros específicos na temática saúde da mulher. Realizou-se também um levantamento bibliográfico sobre a assistência de enfermagem à mulher com síndrome de ovário policístico. Utilizando os descritores: “síndrome do ovário policístico”, “enfermagem” e “saúde reprodutiva”, os quais foram cruzados com o auxílio dos operadores booleanos “and” e “or”. As bases de dados pesquisadas foram o Portal de Periódicos da Capes, Biblioteca Virtual da Saúde e Google Acadêmico.

CASO CLÍNICO

22/11/2020: M.C.M.S., 31 anos, branca, do lar, ensino fundamental incompleto, natural de Minas Gerais. Compareceu à consulta de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, pois refere estar tentando engravidar há 13 meses e não consegue. Nega queixa algícas. HS: Reside em casa própria, 5 cômodos e com o marido; possui saneamento básico completo; refere renda familiar de 2 salários mínimos. História Familiar: Pai com DM II. HPP: Viroses próprias da infância; estado vacinal completo. Histórico Fisiológico: Dieta rica em lipídeos, carboidratos (“adora chocolate”) e pobre em frutas, verduras e legumes. Sedentária. Padrão de sono irregular, com período de insônia e com duração média de 6 a 8 horas; nega uso de drogas lícitas e ilícitas. História Ginecológica: menarca aos 13 anos, ciclo menstrual irregular, com duração de 3 dias e fluxo pouco a moderado. Refere ficar 4 a 6 meses sem menstruar. Sexarca: 19 anos, único parceiro é o marido. Nunca usou anticoncepcional hormonal e nunca fez preventivo. História Obstétrica: nuligesta. Aos SSVV: Tax: 36,1°C; FP:79bpm; FR:21irpm; PA:110x70mmHg; IMC:29,3 kg/m² (sobrepeso). Ao exame físico: Paciente em bom estado geral e boas condições de higiene; normocorada, hidratada, escleróticas anictéricas e acianóticas. Ausência de linfonodomegalias. Presença de pelos em lábio superior e mento em pequena quantidade. Ausculta cardíaca: Bulhas normofonéticas em dois tempos, ausência de sopros. Ausculta respiratória: Murmúrios Vesiculares Universalmente Audíveis, ausência de ruídos adventícios. Exame das mamas: mamas pequenas, densas, simétricas e com pelos espessos, escuros e visíveis em moderada quantidade. Ausência de massas palpáveis e indolor à palpação. Descarga papilar negativa. Linfonodos axilares, supra e infraclaviculares impalpáveis. Abdome: sem alterações e com grande quantidade de pelos espessos, escuros e visíveis nos quadrantes inferiores. Exame ginecológico: regiões inguinocrurais sem alterações. Genitália externa com



abundante pilificação distribuída até a região da coxa. Ao exame especular: parede vaginal corada, rugosa, elástica e mucorréia esbranquiçada em pequena quantidade e inodora (fisiológica). Colo uterino centralizado, ectopia grau I, teste de Schiller = S(-) I(+). Toque vaginal: sem alterações. MMII: sem alterações. Ela apresenta hirsutismo moderado, 15 na escala de Ferriman-Gallwey.


FISIOPATOLOGIA

A SOP é um distúrbio endócrino cujos sinais clínicos e laboratoriais são caracterizados por hiperandrogenemia, oligoamenorréia ou amenorréia, sendo mais comum em mulheres em idade reprodutiva. (BERECK, 2008 p. 799). Apesar da fisiopatologia incerta, o hiperandrogenismo pode ser justificado através da secreção anormal de Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH) e Hormônio luteinizante(LH) por anormalidades no eixo hipotálamo-hipófise, resistência insulínica e alteração enzimática na esteroidogênese ovariana e/ou adrenal (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013 p. 149).

Em mulheres anovuladoras portadoras da síndrome, é evidenciado a desacertada secreção de gonadotrofinas, em específico a pulsatilidade alterada do GnRH, em consequência disso há uma preferência na produção de LH em relação ao Hormônio Folículo-Estimulante (FSH) (WILLIAMS, 2014 p.461). Desse modo o crescimento folicular cessa na fase do folículo terciário a um passo de se tornar suficientemente grande para ovular. Assim, com a contínua secreção de LH, forma-se um meio hiperandrogênico levando a atresia folicular e a formação de microcistos ovarianos (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013 p. 150).

A resistência insulínica observada na SOP, por sua vez, decorre de uma mudança na sua regulação fisiológica (alterações nas vias de sinalização intracelular), podendo ou não cursar com hiperinsulinemia. Seus efeitos são marcados pela seletividade tissular, onde vias metabólicas são inibidas, enquanto vias esteroidogênicas e mitogênicas são estimuladas. Assim, nos tecidos periféricos (principalmente adiposo e muscular) observa-se deficiência na captação da glicose, ao passo que nos ovários e adrenais nota-se um aumento nas suas proporções hormonais. Particularmente, na mama e no endométrio contata-se maior proliferação celular, enquanto nos vasos observa-se disfunção endotelial com conseqüente aumento da resistência arterial (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013 p. 150).

Dentre as conseqüências da SOP, destacam-se as metabólicas como obesidade, intolerância à glicose, dislipidemia, diabetes tipo 2, hipertensão arterial e esteatose hepática, reprodutivas como irregularidades menstruais, infertilidade, abortamento e complicações na gestação e oncológicas como no endométrio, mama e cólon, além de outras complicações como depressão, apneia do sono, acne e hirsutismo (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013). A prevalência *diabetes mellitus* em mulheres com SOP situa-se entre 7% a 10%, portanto recomenda-se o rastreamento nos casos de anovulação, acantose nigricans, obesidade, histórico



familiar de diabetes mellitus ou gestacional e nas meninas com adrenarca precoce e ciclo menstrual irregular após dois anos da menarca (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico se baseia em critérios implementados no ano de 2003, através de um consenso realizado na cidade de Rotterdam, patrocinado pela European Society of Human Reproduction e pela American Society for Reproductive Medicine (ESHRE/ASRM). Este consenso determinou a necessidade de pelo menos dois de três critérios para firmar o diagnóstico da síndrome (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013):

1. Oligo/anovulação, caracterizada por oligomenorréia/amenorréia;
2. Hiperandrogenismo clínico e/ou laboratorial;
3. Presença de ovários policísticos ao ultrassom (12 ou mais folículos periféricos, de 2 a 9mm de diâmetro) e/ou volume ovariano maior ou igual a 10cm.

Segundo Aldrighi, Oliveira, Oliveira (2013), é importante a realização do diagnóstico diferencial, como forma de exclusão de outras possíveis causas de irregularidade menstrual e hiperandrogenismo, tais como hiperplasia adrenal congênita de evolução tardia (forma não clássica), hiperprolactinemia, disfunções tireoidianas, tumores produtores de androgênio, síndrome de Cushing, disfunções hipotalâmicas-hipofisárias e hirsutismo idiopático.


Outra forma de diagnóstico se dá por meio de exames laboratoriais com teste bioquímicos para determinação sérica dos principais androgênios em busca de alterações de testosterona livre, sendo essa a mais sensível para o diagnóstico de hiperandrogenemia (ALDRIGH; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013).

TRATAMENTO

Existem tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, além da modificação no estilo de vida, que vão se diferenciar conforme necessidades apresentadas em cada caso. Os objetivos dos tratamentos centralizam-se em suprimir o hiperandrogenismo, ao qual influenciará na diminuição de sintomas como hirsutismo e acne, podendo também restabelecer a fertilidade das mulheres e reduzir risco de Diabetes Mellitus (DM) e Doença Cardiovascular (RICCI, 2008).

De acordo com Ricci (2008, p. 134)

“As modalidades para tratamento: Anticoncepcionais orais para tratar irregularidades menstruais e acne; Metformina, que melhora captação de insulina pelos adipócitos e



miócitos, para tratamento da Hiperinsulinemia; agentes indutores de ovulação para tratar infertilidade”.


Como tratamento não farmacológico indica-se orientação e auxílio na redução de peso, sendo esse o principal tratamento inicial em pessoas obesas. Esse visa, reduzir os níveis de insulina, globulina ligadora dos hormônios sexuais (SHBG) e androgênio, além de poder restaurar a ovulação. A estimulação de exercícios físicos, também influencia na resistência à insulina, devendo ser orientado como novos hábitos de vida (BEREK, 2008, p 803). Para tratamento de Hirsutismo, além de tratamento farmacológico, existe a modalidade de remoção mecânica de pelo (como lâmina de barbear, cera de depilação, pinça ou eletrólise). E além disso encaminha-se para grupos de apoio com a finalidade de ajudar a melhorar o estado emocional e desenvolver autoestima (RICCI,2008, p. 134)

Portanto a enfermagem deve se atentar as necessidades individuais de cada mulher, sendo que as intervenções terapêuticas devem ser direcionadas para solução de cada manifestação (ALDRIGHI; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2013, p 155).

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NANDA/NIC/NOC)

Diagnóstico NANDA: Padrão de sono prejudicado relacionado a padrão de sono não restaurador, caracterizado por alteração no padrão de sono. **Intervenção NIC:** Monitorar a ingestão de alimentos e bebidas na hora de dormir em busca de itens que facilitem o sono ou interfiram nele; orientar paciente a fazer relaxamento muscular autógeno ou outras formas não farmacológicas de indução do sono; conversar com o paciente e a família sobre técnicas que melhorem o sono; oferecer folhetos com informações sobre técnicas para melhorar o sono. **Resultado NOC:** Melhorar os índices de padrão de sono: Horas de sono está em 4 aumentar para 5. Padrão de sono está em 4 aumentar para 5. Qualidade do sono está em 4 aumentar para 5. Eficiência do sono está em 4 aumentar para 5. Rotina de sono está em 4 aumentar para 5. Ato de dormir à noite inteira, de forma consistente está em 3 aumentar para 5.

Diagnóstico NANDA: Estilo de vida sedentário caracterizado por atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade relacionado a interesse insuficiente pela atividade física. **Intervenção NIC:** Determinar a motivação do indivíduo para começar/continuar um programa de exercícios; Investigar as barreiras ao exercício; Encorajar a expressão de sentimentos sobre o exercício ou a necessidade dele; Encorajar a pessoa a começar ou continuar os exercícios; Auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa adequado de exercícios que atenda às suas necessidades; Informar a pessoas sobre os benefícios à saúde



e efeitos fisiológicos do exercício; Monitorar a resposta individual ao programa de exercícios. **Resultado NOC:** Estilo de vida sedentário Indicadores: Comportamento de adesão está em 1 aumentar para 5. Motivação está em 4 aumentar para 5. Comportamento de promoção da saúde está em 4 aumentar para 5.

Diagnóstico NANDA: Sobrepeso relacionado a atividade física média diária ser menor que a recomendada para o gênero e idade, tempo reduzido de sono e comportamentos alimentares desordenados, relacionado a caracterizado por IMC (Índice de massa corporal) maior que 25 kg/m². **Intervenção NIC:** Pesar o paciente semanalmente; Estabelecer um plano realista com o paciente, incluindo ingestão reduzida de alimentos e aumento do gasto de energia; Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis; Auxiliar na adaptação das dietas, ao estilo de vida e ao nível de atividade do paciente; Facilitar a participação do paciente em, pelo menos, uma atividade de gasto de energia três vezes por semana; Planejar um programa de exercícios levando em conta as limitações do paciente; Desenvolver um plano de refeições diárias, com uma dieta bem equilibrada e redução de calorias e gorduras, conforme apropriado. **Resultado NOC:** Peso- massa corporal Indicadores: Peso está em 2 aumentar para 4.

Diagnóstico NANDA: Risco de baixa autoestima situacional relacionado a distúrbio na imagem corporal e prejuízo funcional. **Intervenção NIC:** Reforçar os pontos positivos pessoais identificados pelo paciente; transmitir confiança na capacidade do paciente para lidar com a situação; fazer declarações positivas sobre o paciente. **Resultado NOC:** Disposição para autoconceito melhorado Indicadores: Desempenho do papel está em 3 aumentar para 5. Auto estima está em 4 aumentar para 5. Imagem corporal está em 4 aumentar para 5.

Diagnóstico NANDA: Risco de glicemia instável, relacionado a aumento de peso, ingestão alimentar e nível de atividade física. **Intervenção NIC:** Consultar médico diante de sinais e sintomas de hiperglicemia persistentes ou mostrando piora; orientar o paciente e as pessoas importantes sobre prevenção, reconhecimento e conduta na hiperglicemia; facilitar a adesão ao regime alimentar e de exercícios. **Resultado NOC:** Risco de glicemia instável Indicadores: Estado nutricional está em 2 aumentar para 4. Comportamento de adesão: dieta saudável está em 1 melhorar para 3. Comportamento de busca da saúde está em 4 aumentar para 5. Conhecimento: controle do peso está em 3 aumentar para 5. Comportamento de perda de peso está em 3 aumentar para 5.



ANÁLISE DO CASO


A partir do caso clínico apresentado podemos observar que a paciente apresenta disfunção menstrual, hirsutismo moderado, possível saúde prejudicada, risco para DM II, risco para complicações na gravidez e infertilidade, também para obesidade.

Em mulheres com SOP a disfunção menstrual pode se apresentar pela forma de amenorréia, oligomenorréia ou mesmo menometrorragia episódica com anemia. A amenorréia e a oligomenorréia na maioria das mulheres com SOP resulta de anovulação que impede a produção de progesterona e conseqüentemente a queda da progesterona que estimula a menstruação. A amenorréia pode ser causada também devido aos altos níveis de androgênios nas mulheres com SOP. A oligomenorréia caracteriza-se como menos de oito períodos menstruais em um ano e, a amenorréia que é a ausência de menstruação durante três meses consecutivos ou mais, na SOP tem início com a menarca (WILLIAMS, 2014)

Segundo Williams (2014), nas mulheres, o hirsutismo é definido como presença de pelos escuros e ásperos distribuídos segundo os padrões típicos dos homens. A SOP é responsável por 70 a 80% dos casos de hirsutismo. As áreas que mais se manifestam o crescimento piloso em mulheres com SOP são buço, queixo, face, tórax e linha média do abdome, nas mulheres nota-se distribuição triangular sobre o monte pubiano. A quantificação do grau de hirsutismo é feita no sistema de Ferriman – Gallwey desenvolvido em 1961, sendo avaliadas nove áreas do corpo e pontuadas de 0 a 4, sendo classificado segundo pontuação (8 a 15 hirsutismo leve, 16 a 25 hirsutismo moderado, 26- 36 hirsutismo severo).

Mulheres portadoras da síndrome podem manifestar alterações psicossociais como depressão, ansiedade, baixa autoestima, imagem corporal negativa e redução da qualidade de vida (WILLIAMS, 2014). Quanto a sexualidade, mulheres com SOP identificam-se pouco atrativas e com menor satisfação sexual, sendo que mulheres obesas e com hirsutismo, sentem-se inapropriadas para desempenharem papel feminino e apresentam alterações sexuais e ansiedade, bem como evitam o contato social (MOREIRA et al., 2010).

A resistência à insulina se dá por alterações nas vias de sinalização intracelular, o qual será marcado pela seletividade tissular, onde vias metabólicas são inibidas e vias esteroidogênicas e mitogênicas estimuladas. Os efeitos perceptíveis são: deficiência na captação de glicose nos tecidos periféricos, maior proliferação celular nas mamas e endométrio e aumento da resistência arterial. O aumento da insulina circulante contribuirá para o hiperandrogenismo, pelo estímulo dos receptores das células tecais e estromais, inibição da



produção hepática de SHBG e potencialização das ações de LH. A prevalência de resistência insulínica em pacientes com SOP contemplam os critérios para diabetes mellitus (DM) tipo 2. Recomenda-se assim o seu rastreio, especialmente em casos de obesidade, antecedente familiar e irregularidade menstrual persistente após dois anos de menarca (ALDRIGHI; OLIVEIRA; OLIVEIRA; 2013. p. 150).

Em relação a complicações gestacionais e neonatais, mulheres com a síndrome apresentam maior risco para hipertensão arterial induzida por gravidez, diabetes gestacional, mortalidade perinatal e nascimento prematuro. Para engravidar, algumas mulheres precisam utilizar medicamentos indutores da ovulação ou mesmo fertilização in vitro, entretanto, os usos de tais práticas aumentam o risco de gestação múltipla e essa associa-se a elevadas taxas de complicações maternas e neonatais (WILLIAMS, 2014).

Segundo Williams (2014), mulheres com SOP queixam frequentemente de infertilidade e subfertilidade, estas resultam de ciclos anovulatórios. A SOP é a causa mais comum de infertilidade secundária à anovulação, sendo responsável por 80 a 90% dos casos.

Vê-se que em mulheres portadoras da síndrome tem maior chance de serem obesas, apresentando aumento do IMC e na proporção entre cintura e quadril, que indica padrão central ou androide de obesidade que se faz fator de risco para patologias cardiovascular. Percebe-se que a função ovariana é dependente do peso, o baixo percentual do teor corporal de gordura é associado a hipogonadismo hipotalâmico. A resistência insulínica está relacionada a gordura corporal central e contribui para a alterações ovarianas em mulheres com SOP (WILLIAMS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou melhor compreensão a respeito da SOP, sendo que ao realizar buscas na literatura, compreendeu-se sobre a etiologia, a fisiopatologia, os fatores de risco, as manifestações clínicas, o diagnóstico, o tratamento e as melhores formas de atuação do enfermeiro no cuidado de pacientes com SOP.

Esse estudo permitiu a percepção de quanto é importante a assistência de enfermagem à mulher com SOP, sobretudo no tocante a questões psicossociais e psicobiológicas, compreendendo de forma individualizada como isso pode afetar sua vida, sua identidade feminina e o quanto um diagnóstico precoce é essencial para prevenção de complicações.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, J. M.; OLIVEIRA, V. M.; OLIVEIRA, A. L. **Ginecologia - Fundamentos e Avanços na Propedêutica, Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.

AZZIZ, R. et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. **Fertil Steril.**, Philadelphia, v. 91, n. 2, p. 456-458, 2009.

AZZIZ, R. et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. **J Clin Endocrinol Metab.**, Chevy Chase, v. 89, n. 6, p. 2745-2749, 2004.

BEREK, J. S. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL - PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS. **Síndrome de ovários policísticos e hirsutismo/acne**. Portaria SAS/MS nº 1.321, de 25 de novembro de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1321_25_11_2013.html

BRASIL. **Saiba mais sobre a síndrome do ovário policístico**. Portal Brasil, Internet, 2015. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2015/02/saiba-mais-sobre-a-sindrome-do-ovariopolicistico

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 6ª ed.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

FARIA, F. R. et al. Síndrome do ovário policístico e fatores relacionados em adolescentes de 15 a 18 anos. **Rev assoc med bras.**; Viçosa, 59(4):341–346, 2013.

GRIEGER, M. C. A. et al. **Manual de Metodologia Científica – Orientações para a Realização de Projetos**, Monografias e Artigos Científicos. 3 ed. Itajubá: FMIT, 2004

HOFFMAN, B. L. et al. **Ginecologia de Williams**. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.


MACHADO, L. M. **Anatomia e fisiologia dos Órgãos Reprodutores Femininos**. Saúde Materno Infanto-Juvenil, Obstetrícia, 2012.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem - NOC 5ªed.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

MOREIRA, S. et al. Síndrome dos ovários policísticos – enfoque psicossocial. **Acta Med Port.**; Rio Grande do Norte, 23(2):237-242., 2010.

NANDA - **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação 2015-2017/** [NANDA International]; tradução, Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.



ROMBALDI, R. L. Patologias ovarianas Benignas e Malignas. In. **Unidade de Ensino Médico Toco-Ginecológica**, CECS. Disponível em: www.13++PATOLOGIAS+OVARIANAS+BENIGNAS+E+MALIGNAS%20

SOARES JUNIOR, J. M. et al. Polycystic ovary syndrome: controversies and challenges. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo. v. 61, n. 6, p. 485-487, 2015.

STEIN, I. F.; LEVENTHAL, M. L. Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. **Am J Obstet Gynecol.** Philadelphia. v. 29, p. 181-191, 1935.

UNAM - UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. **Aumenta la incidencia del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres jóvenes** – in. Dirección General de Divulgación de la Ciencia de la Unam. Disponível em: http://ciencia.unam.mx/leer/121/Aumenta_la_incidencia_del_Sindrome_de_Ovario_Poliquistico_en_mujeres_jovenes



CAPÍTULO 6

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE ADULTO EM CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO DE CASO

Marília Dutra Teixeira, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário de Viçosa
Carolina Souza Pinto, Graduanda em Enfermagem; Universidade Federal de Viçosa
Ana Izabela Barbosa da Silva, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Luma Nunes Camilo, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Letícia Kelly Souza Lopes, Enfermeira, Universidade Federal de Viçosa
Ariadne Ribeiro Borges dos Santos, Enfermeira, Universidade federal de Viçosa
Juliana Cristina Martins Souza, Enfermeira, Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo

RESUMO


Dentre as principais causas de morbimortalidade na população global, encontram-se as doenças cardiovasculares (DCV). As formas de tratamento das DCV se dão por duas maneiras, clínica ou cirúrgica. Em ambas as maneiras, destaca-se a importância da assistência de enfermagem, ante a isso, o presente visa estruturar por meio de uma revisão narrativa um plano de cuidados de enfermagem para paciente submetida à cirurgia cardíaca. Destaca-se a necessidade de incentivar o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática clínica dos enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

Dentre as principais causas de morbimortalidade na população global, encontram-se as doenças cardiovasculares (DCV), que possuem elevadas taxas de óbito quando comparadas a outras enfermidades (PIVOTO *et al*, 2010). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2015, os falecimentos por DCV representaram 31% de todas as mortes no mundo, o que configura aproximadamente 18 milhões de pessoas, sendo que a maioria destas se deram em países de média e baixa renda (OPAS, 2017).

No Brasil, anualmente, cerca de 300 mil pessoas têm infarto, o qual é fatal em 30% das ocorrências (BRASIL, 2017). Tal fato está relacionado com o aumento da expectativa de vida da população e a hábitos de vida diários que acabam por aumentar a exposição dos indivíduos a fatores de risco (PIVOTO *et al*, 2010). A principal forma de prevenção de grande parte das



DCV se dá através de mudanças comportamentais, tais como: parar de fumar, praticar atividades físicas de forma regular e adotar uma alimentação saudável (OPAS, 2017).

As formas de tratamento da DCV se dão por duas maneiras, clínica ou cirúrgica. Quando a chance de sobrevivência é maior com a terapia cirúrgica do que com a terapia clínica, há a indicação da cirurgia, esta é classificada como: corretora, reconstrutora ou substitutiva. As corretoras referem-se à reparação de imperfeições no canal arterial, ventricular ou septo arterial; as reconstrutoras são as de revascularização do miocárdio ou reparação das valvas do coração e as substitutivas são os transplantes e as trocas valvares (GALDEANO *et al*, 2003; PIVOTO *et al*, 2010).


A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM), também conhecida como ponte safena, é amplamente empregada para tratar a doença arterial coronária (DAC) (OLIVEIRA; WESTPHAL; MASTROENI, 2012). Sua realização ocorre com a ligação de um vaso sanguíneo em uma artéria coronária obstruída, permitindo que o sangue flua (SMELTZER e BARE, 2011). Entre 2005 e 2007, no Brasil, ocorreram 63.272 CRM, o que configura 340 cirurgias a cada um milhão de habitantes, sendo que taxa de mortalidade dessa cirurgia é de 6,2% e quando comparado a países desenvolvidos, nota-se uma grande discrepância (OLIVEIRA; WESTPHAL; MASTROENI, 2012).

Desse modo, a equipe de enfermagem deve estar preparada para atender ao cliente submetido a cirurgia cardíaca, sendo destacada a de revascularização do miocárdio, visto que esta é o tema central deste trabalho, o enfermeiro nesse procedimento deve proporcionar um cuidado integral e holístico durante o período pré, trans e pós-operatório.

O presente trabalho tem como objetivo explorar a cirurgia de revascularização do miocárdio, a fim de explicitar o procedimento, suas indicações e complicações. Dando ênfase ao papel do enfermeiro e na busca por intervenções e planos de cuidado que maximizem o trabalho efetivo da equipe de enfermagem frente a tal cirurgia e na prevenção de agravos, sendo feita articulação entre as taxonomias de enfermagem.

METODOLOGIA

O presente estudo constituiu-se em um plano de cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório em cirurgia cardíaca. Sendo o mesmo subsidiado por uma revisão narrativa da literatura. Rother (2007), argumenta que as revisões narrativas se caracterizam como publicações amplas, sendo apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento, explicitando o ‘estado da arte’ do assunto em questão, a partir de um ponto de vista teórico-




conceitual. Destaca-se que as revisões narrativas contribuem no fomento dos debates de determinadas temáticas, colaborando na aquisição, garimpo e atualização do conhecimento (ROTHER, 2007).

A busca literária foi realizada na Biblioteca do Portal de Periódicos da Capes e Google Acadêmico. Foram priorizados artigos recentes e/ou publicações clássicas sobre o referido assunto. Além disso, foram utilizados os livros considerados como fundamentais para o delineamento da assistência de enfermagem. (NANDA e NIC).

QUANDO O PROCEDIMENTO É INDICADO E DADOS RELEVANTES

Os pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio são de maior prevalência do sexo masculino e com faixa etária acima de 60 anos, essa última se dá devido a incidência de doença arterial coronariana (DAC) aumentar sua ocorrência paralelamente ao envelhecimento (OLIVEIRA; WESTPHAL; MASTROENI, 2012). As pacientes submetidas ao procedimento têm uma faixa etária superior aos homens, associando-se a queda de estrogênio, além de maiores comorbidades (SMELTZER e BARE, 2011). Destaca-se também que os homens apresentam melhores resultados pós cirúrgicos, já que as mulheres apresentam artérias coronárias menores, dificultando o procedimento (OLIVEIRA; WESTPHAL; MASTROENI, 2012). Nas características sócio demográficas, nota-se maior incidência em pacientes de condição socioeconômica e educacional desfavoráveis, que dificulta a adesão ao tratamento para prevenção de DAC (SMELTZER e BARE, 2011). Algumas pesquisas revelam que o histórico de hipertensão, diabetes, tabagismo, doença pulmonar, dislipidemia e obesidade, elevam a chance de DAC e conseqüentemente a chance da intervenção cirúrgica (SMELTZER e BARE, 2011; JANSSEN *et al*, 2015)

O tratamento de doenças cardiovasculares é realizado através de fármacos, mudanças de hábitos de vida e cirurgias. Dentre as intervenções cirúrgicas, a cirurgia de revascularização do miocárdio mostra ser um procedimento seguro e bem estabelecido, sendo indicada para pacientes que apresentam manifestações clínicas, mas tem incomplacência ao tratamento farmacológico (SMELTZER e BARE, 2011; JANSSEN *et al*, 2015). Essas manifestações são determinadas pela extensão do trombo, podendo variar de uma angina instável a um infarto agudo do miocárdio (IAM) (SMELTZER e BARE, 2011; JANSSEN *et al*, 2015). Sendo indicada então para alívio da angina que não pode ser controlada com medicamentos, tratamento da estenose da artéria coronária esquerda ou doença da artéria coronariana de múltiplos vasos, prevenção e tratamento da insuficiência mitral, arritmias ou insuficiência



cardíaca e tratamento para complicações devido a uma Intervenção Coronária Percutânea malsucedida (JANSSEN *et al*, 2015; SBCCV, 2004; SMELTZER e BARE, 2011).

A Revascularização para aumento da expectativa de vida segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (2012) é indicada em:

Pacientes com lesão $\geq 50\%$ em tronco de coronária esquerda (TCE). Lesões $\geq 70\%$ em 3 coronárias maiores (com ou sem envolvimento da descendente anterior – DA), ou com lesão proximal de DA associada a lesão de outra coronária. Recomendadas para sobreviventes de morte súbita cardíaca, presumidamente causada por isquemia miocárdica, associada a lesão $\geq 70\%$ em coronária maior. É contraindicada para pacientes com estenoses coronárias que não sejam hemodinamicamente significantes, e/ou que envolvam somente a coronária direita, a artéria circunflexa, ou uma área pequena de miocárdio viável (SBCCV, 2012).

E a Revascularização para alívio de sintomas é indicada em (SBCCV, 2012):

Pacientes com lesões $\geq 70\%$ em 1 ou mais coronária maior, na presença de angina não controlável pela melhor terapia clínica. É contraindicada para casos em que não houver comprovada severidade anatômica (lesão $\geq 50\%$ em TCE ou $\geq 70\%$ em outra coronária maior) ou funcional (fração do fluxo de reserva anormal $< 0,8$) da doença coronária (SBCCV, 2012).

A decisão de fazer ou não a intervenção cirúrgica, em pacientes com ou doença coronária uni, bi ou multi arterial, deve ser tomada pelo Heart Team (cardiologista, intervencionista, cirurgião cardíaco e também em conjunto com o paciente) (SBCCV, 2012). Uma decisão favorável, em um cenário eletivo, deve ser apoderada com base na análise do risco-benefício, devendo os benefícios esperados (alívio dos sintomas, melhora na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida), exceder as consequências negativas esperadas do procedimento cirúrgico (CANI *et al*, 2015).

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Revascularização miocárdica com enxertos arteriais/ Revascularização Miocárdica sem Circulação Extracorpórea / Bypass coronariano (FIGURA 1) consiste em um procedimento que desvia a circulação de uma artéria coronária obstruída utilizando um enxerto autógeno, recuperando a irrigação sanguínea do miocárdio. Por muito tempo, a veia safena foi a mais utilizada para a cirurgia e após muitos estudos ocorreram grandes mudanças na técnica cirúrgica para revascularização do miocárdio (SOCESP, 2009)

Devido ao aumento do número de cirurgias, tornou-se notável a reincidência de angina e infarto agudo do miocárdio (IAM) em pacientes revascularizados, visto que a placa de aterosclerose continua crescendo na artéria coronariana e desenvolve também na veia enxertada, levando a uma diminuição na utilização do procedimento de revascularização miocárdica com veia safena (SOCESP, 2009).

Para a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio podem ser usadas, como alternativa a veia safena, as artérias: torácica interna, a radial, a gastroepiplóica direita e a epigástrica inferior (SOCESP, 2009).

A realização do procedimento, segue os seguintes passos: O paciente recebe anestesia geral e posteriormente começa a retirada do enxerto, este podendo ser artéria torácica interna, radial, gastroepiplóica direita, epigástrica inferior e veia safena, sendo esta última a mais utilizada (SMELTZER e BARE, 2011; JANSSEN *et al*, 2015). Depois da obtenção dos autoenxertos o cirurgião faz uma esternotomia mediana, que constitui-se uma técnica cirúrgica que permite o acesso aos órgãos intratorácicos e artérias do coração (SOCESP, 2009). O cirurgião então começa a examinar as artérias obstruídas, definindo os locais onde serão realizadas as pontes, o enxerto é suturado então no local necessário. Por fim o tórax então é fechado, com suturas especiais para aproximar o esterno (SOCESP, 2009), conforme Figura 1.

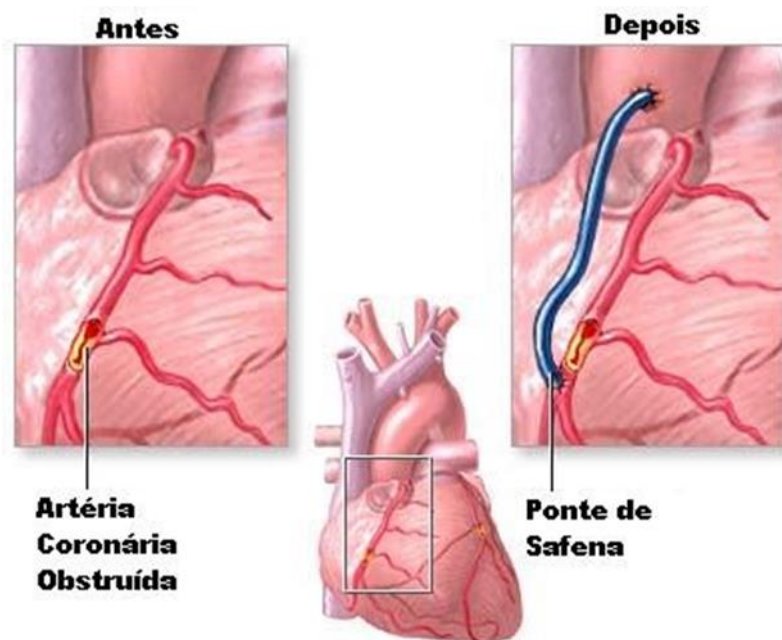


Figura 1: A direita um coração com a artéria coronária obstruída, representado o pré-operatório; E a esquerda um coração com a Ponte Safena, representado o pós-operatório. Fonte: Imagens Google.

COMPLICAÇÕES

As complicações podem ser cardíacas, pulmonares, neurológicas, insuficiência renal e desequilíbrio eletrolítico, insuficiência hepática e infecção. Dentre as cardíacas estão a hipovolemia, sangramento persistente, tamponamento cardíaco, sobrecarga de líquidos, hipotermia, hipertensão, taquiarritmias, bradicardia, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio (IM) no período intra ou pós-operatório (SOCESP, 2009). A complicação pulmonar

é o comprometimento da troca gasosa. Nas neurológicas estão acidente vascular cerebral e alterações neurológicas (SMELTZER e BARE, 2011).

Ante ao supra referido, demarca-se a importância da enfermagem na cirurgia cardíaca, e sendo a enfermagem uma ciência, que tem como objeto de trabalho o cuidado, ela se ampara em normas e diretrizes para definir seus focos de assistência (Diagnósticos de enfermagem), na Tabela 1, tem-se os principais diagnósticos de enfermagem potencialmente presentes em cirurgias cardíacas.

Tabela 1. Principais Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com o NANDA (2015), relacionados aos momentos da cirurgia cardíaca. 2021.

PRÉ-OPERATÓRIO
Insônia relacionada à agente farmacológico caracterizado por alteração no padrão do sono.
Ansiedade relacionada à mudança importante caracterizado por inquietação.
Intolerância à atividade relacionada à estilo de vida sedentário caracterizada por resposta anormal da frequência cardíaca à atividade.
Risco de disfunção neurovascular periférica evidenciado por obstrução vascular.
Risco de sobrepeso evidenciado por atividade física diária é inferior à recomendada para o sexo e a idade.
INTRA OPERATÓRIO
Integridade da pele prejudicada relacionada à fator mecânico caracterizada por alteração na integridade da pele.
Proteção ineficaz prejudicada relacionada à regime de tratamento caracterizada por prejuízo neurossensorial.
Risco de disfunção neurovascular periférica evidenciado por obstrução vascular.
Risco de infecção evidenciado por procedimento invasivo.
Risco de volume de líquidos desequilibrado evidenciado pelo regime de tratamento.
Risco para aspiração evidenciado por cirurgia.
Risco para lesão perioperatória de posicionamento evidenciado por distúrbios sensoriais/perceptivos decorrentes da anestesia.
Troca de gases prejudicada relacionada à cor da pele anormal caracterizada por desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
PÓS OPERATÓRIO
Risco de infecção evidenciado por procedimento invasivo.
Troca de gases prejudicada relacionada à desequilíbrio na relação ventilação-perfusão caracterizado por confusão.
Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à prejuízo neuromuscular caracterizado por alteração no padrão respiratório.
Comunicação verbal prejudicada relacionada à condição fisiológica caracterizado por fala com dificuldade.

Mobilidade no leito prejudicada relacionada à dor caracterizado por capacidade prejudicada de reposicionar-se na cama.
Integridade da pele prejudicada relacionada à fator mecânico caracterizada por alteração na integridade da pele.
Hipotermia relacionada à agente farmacológico caracterizado por calafrios.
Hipertermia relacionada à agente farmacológico caracterizado por Crise epilética.
Débito cardíaco diminuído relacionada à Frequência cardíaca alterada caracterizado por alterações eletrocardiográficas.
Risco de perfusão renal ineficaz evidenciado por cirurgia cardíaca.
Dor aguda relacionada à agente lesivo físico caracterizado por expressão facial de dor.
Insônia relacionada à agente farmacológico caracterizado por alteração no padrão do sono.
Ansiedade relacionada à mudança importante caracterizado por inquietação.
Risco de infecção evidenciado por procedimento invasivo.
Risco de volume de líquidos desequilibrado evidenciado pelo regime de tratamento.
Risco de glicemia instável evidenciado por monitoração inadequada da glicemia.

Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, destaca-se a importância de se pensar nas ações de enfermagem, sendo nominadas de “cuidados de enfermagem”, que são de suma importância, para a resolução dos diagnósticos de enfermagem levantados. Na Tabela 2, tem-se os principais cuidados de enfermagem para a resolução dos diagnósticos levantados na Tabela 1.

Tabela 2. Principais Intervenções de Enfermagem, de acordo com o NIC (BULECHEK, *et al.*, 2016), relacionados aos momentos da cirurgia cardíaca. 2021.

PRÉ-OPERATÓRIO
Realizar exame físico com ênfase no sistema cardiovascular.
Conferir exames pré-operatórios (radiografia de tórax, ECG, exames laboratoriais, incluindo coagulograma e tipagem e prova cruzada do sangue).
Explicar o procedimento cirúrgico-anestésico, sanando as dúvidas do paciente e familiares;
Detalhar o termo de consentimento informado e guardá-lo após assinatura.
Promover estratégias para controle da ansiedade e medo.
Monitorar e intervir ante as complicações futuras (controle de angina).
Orientar paciente a tomar banho com solução antisséptica.
Explicar a possível necessidade de ventilação mecânica de 2h a 24h após a cirurgia e tranquilizá-lo quanto a comunicação com a equipe.



INTRAOPERATÓRIO
Manter o ambiente estéril e controlado.
Gerenciar efetivamente os recursos humanos, equipamento e suprimentos para o cuidado individualizado do paciente.
Transferir o paciente para a mesa ou leito da cirurgia.
Posicionar o paciente com base no alinhamento funcional e exposição do sítio cirúrgico.
Aplicar dispositivo de aterramento no paciente.
Verificar se as contagens de compressas, agulhas e instrumentos estão corretas.
Preencher os registros do intraoperatório.
Monitorar sinais vitais atentando para alterações.
PÓS OPERATÓRIO
Monitorar o estado cardiovascular: aferindo a PA a cada 15 minutos até que se estabilize, ausculta cardíaca, avaliação de pulsos periféricos (radial, tibial e pedioso, avaliar débito cardíaco, monitorar o padrão de ECG para arritmias cardíacas e alterações isquêmicas, avaliar resultados dos biomarcadores cardíacos, medir o débito urinário a cada 30 minutos na primeira hora, observar a mucosa bucal, lábios, lobos das orelhas e membros, examinar a pele anotando temperatura e coloração.
Observar a ocorrência de sangramento persistente.
Observar à procura de sinais de insuficiência cardíaca.
Manter a ventilação mecânica até que o paciente seja capaz de respirar sozinho.
Monitorar a gasometria arterial e parâmetros de extubação.
Auscultar os pulmões.
Sedar adequadamente o paciente conforme a prescrição e monitorar a frequência e profundidade respiratória.
Aspirar as secreções traquiobronquicas quando necessário.
Ajudar no desmame e na remoção do tubo endotraqueal.
Promover respiração profunda, tosse e mudança de posição após extubação.
Monitorar o equilíbrio hidroeletrólítico: medir drenagem torácica pós-operatória, pesar diariamente e correlacionar o peso com o aporte e o débito, alerta para alterações nos níveis séricos de eletrólitos.
Usar medidas para evitar o delírio: explicar todos os procedimentos, planejar o cuidado de enfermagem, incentivar visitas da família, procurar medicamentos que possam estar contribuindo para o delírio.
Avaliar dor.
Observar efeitos dos analgésicos.
Avaliar a função renal.
Avaliar a temperatura a cada hora.
Fazer curativo na incisão cirúrgica.

Obter culturas e outros exames laboratoriais.

Orientar verbalmente e por escrito quanto a hábitos de vida, envolvendo a família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu a percepção quanto a alta prevalência da DAC, visto que esta é a doença cardiovascular mais prevalente. Sendo fundamental que os enfermeiros e futuros enfermeiros sejam aptos a atuarem nessa realidade, a fim de garantir qualidade na assistência em todos os momentos da cirurgia.

Durante a realização do mesmo, compreende-se a cirurgia de revascularização do miocárdio, e realizou-se um plano de cuidados amparado pelas taxonomias de enfermagem NANDA e NIC.

Ante ao presente trabalho, destaca-se a necessidade de incentivar o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática clínica dos enfermeiros. Por fim, o presente estudo pode fortalecer leituras críticas a respeito da temática sistematização da assistência de enfermagem aos clientes adultos e idosos na cirurgia de revascularização do miocárdio e subsidiar novas investigações, visto que a temática deve ser mais bem explorada no âmbito da profissão enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares são principal causa de morte no mundo**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-caoa-de-morte-no-mundo>

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

CANI, Katerine Cristhine et al. Características clínicas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **ASSOBRAFIR Ciência**. v. 6, n. 3, p. 43-54, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/21754>

NANDA - Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 [NANDA International]; tradução, Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

GALDEANO, Luzia Elaine. Diagnósticos de Enfermagem de Pacientes no Período Transoperatório de Cirurgia Cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a09>

JANSSEN, Alana Michelle da Silva et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Pesq Saúde**, v. 16, n. 1, p. 29-33,

2015. Disponível em:
<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4073>

LAFAIETTE, Eduardo de Oliveira; WESTPHAL, Glauco Adrieno; MASTROENI, Marco Fabio. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 27, n. 1, 2012, p. 52-60 Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular São José do Rio Preto, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3989/398941884009.pdf>

OLIVEIRA, E. L.; WESTPHAL, G. A.; MASTROENI, M. F. Demographic and clinical characteristics of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their relation to mortality. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 27, n.1, p. 52-60, 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Brasília, 2017. Disponível em:
http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839

PIVOTO, Flávia Lamberti et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3070/307023866013/>

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SMELTZER; S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOCESP - Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo. **Tratado de Cardiologia SOCESP**/editores Calors V.Serrano JR, Ari Timerman, Edson Stefanini - 2.ed. - Barueri, SP: Manole, 2009

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Boletim Científico. **Rev Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 11-2012. Disponível em:
http://www.sbccv.org.br/medica/imagebank/boletim_sbccv__11_-_2012.pdf

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Cirurgia de Revascularização Miocárdica. **Arq Bras Cardiol** v. 82, n. 5, 2004. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/DirdeRevascularizacao.pdf>



CAPÍTULO 7

RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: CONCEITO, APLICAÇÃO E EFETIVIDADE NAS ENTRELINHAS DA LITERATURA

Andressa Guimarães Maia, Enfermeira, Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde
Luiza de Freitas Nunes, Pedagoga, Colégio São Francisco Xavier
Juliana Cristina Martins de Souza, Enfermeira, Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo


RESUMO

O Relacionamento Terapêutico (RT) do enfermeiro com o paciente psiquiátrico é uma das tecnologias de cuidado de maior impacto na assistência em saúde mental, por isto, é de extrema relevância substanciar a importância do profissional enfermeiro neste contexto e dar suporte às suas atividades. O presente estudo percorre este caminho através da revisão bibliográfica embasada em pesquisas de artigos em periódicos e livros sobre o tema. No levantamento bibliográfico, verificou-se, por exemplo, a existência de dificuldades no emprego do RT, dentre elas a equivocada consideração, por parte dos profissionais da saúde, de que ele seria uma “espécie de amizade” e também a falta de utilização da comunicação. Este trabalho se apresenta, então, como uma fonte de aproximação entre o tema do RT e algumas importantes bibliografias ao seu respeito, considerando que são necessárias novas pesquisas com a finalidade de conscientizar e potencializar o trabalho do profissional enfermeiro na assistência ao paciente psiquiátrico, auxiliando o desenvolvimento de novas técnicas e formas de aplicabilidade destas, nos dispositivos de assistência em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Interpessoais; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Relações Enfermeiro-Paciente; Atenção Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica acarretou diversas mudanças indispensáveis ao campo da saúde mental (AMARANTE, 1995). O sistema, antes hospitalocêntrico, marcado pela exclusão social dos usuários, reformula-se e dá margem a um modelo comunitário em saúde, pautado no respeito à singularidade do paciente, tendo entre seus objetivos a reinserção social (AMARANTE, 1995; SARACENO, 2018). Destaca-se que a reforma psiquiátrica brasileira caracteriza-se em um movimento sociopolítico, propiciando alterações à nível macro, influenciando políticas públicas, que a posteriori consubstancia-se em uma legislação concernente a atenção à saúde mental (DUARTE, 2018; SARACENO, 2018). Pontua-se que



todo esse desdobramento se iniciou em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Com o advento da reforma psiquiátrica, a assistência voltada aos pacientes melhorou substancialmente, neste ínterim, destaca-se a enfermagem psiquiátrica que trouxe tecnologias de cuidados indispensáveis para a relação cuidador-paciente; dentre elas podemos mencionar o relacionamento terapêutico (RT), que tem por finalidade ajudar e reconhecer o paciente como agente do próprio cuidado (TRAVELBEE, 1979; VIDEBECK, 2012).


Na prática cotidiana do cuidar é indispensável que o enfermeiro possua conhecimentos científicos, porém somente este atributo é insuficiente para o exercício da enfermagem, assim, é fundamental que o enfermeiro tenha habilidades profissionais e pessoais para a válida aplicação desses conhecimentos (POTTER, PERRY, 2013).

Pontua-se que a importância do RT transfigura-se no empenho de impulsionar as potencialidades que o indivíduo dispõe, por intermédio do conhecimento de suas experiências de vida. É neste escopo que esta pesquisa se fundamenta: aduzir e evidenciar o papel do enfermeiro na saúde mental como figura que transcende o saber técnico, aplicando tecnologias do cuidado que demandam perspectiva humanizada. A difusão do funcionamento exitoso desta tecnologia resulta na ciência e aplicabilidade com maior amparo ao profissional enfermeiro. Logo, o presente estudo constitui-se como uma elucidação do tema e, para tanto, se vale da revisão de literatura construída através de livros de enfermagem psiquiátrica e de artigos de periódicos científicos.

METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se em uma revisão de literatura. Destaca-se que esse tipo de estudo reúne diversos dados e informações a partir de estudos já existentes, e assim, serve de base para incorporar a construção científica de determinado tema (LAKATOS; MARCONI, 2003). Rother (2007), argumenta que as revisões narrativas se caracterizam como publicações amplas, sendo apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento, explicitando o ‘estado da arte’ do assunto em questão, a partir de um ponto de vista teórico-conceitual. Destaca-se que as revisões narrativas contribuem no fomento dos debates de determinadas temáticas, colaborando na aquisição, garimpo e atualização do conhecimento (ROTHER, 2007).

Para a busca bibliográfica utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Relações Interpessoais”, “Enfermagem” e “Relações Enfermeiro-Paciente”, sendo esses



inseridos nas bases de dados *Medical Literatura Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

A análise dos dados se deu pela leitura dos resumos e dos textos na íntegra de todos os estudos encontrados, para pré-definir quais seriam incluídos e excluídos da pesquisa. Buscou-se os DeCS no título, resumo ou corpo de estudos, sem recorte de período temporal no tocante a publicação desses estudos. Nesse sentido, definiu-se que seriam incluídas produções disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, artigos e livros permitam uma melhor coerência com a temática desenvolvida nesta pesquisa. Foram excluídas publicações que não explanavam sobre RT no exercício da enfermagem e que não tinham relação com o foco do presente estudo.


RESULTADOS E DISCUSSÃO

O RT entre enfermeiro-paciente é uma das tecnologias de cuidado de maior impacto na assistência em saúde mental, assim o uso de alguns componentes técnicos e emocionais por parte do profissional enfermeiro se fazem necessários nesta intervenção, por exemplo, “confiança, interesse genuíno, aceitação, consideração positiva, autopercepção” (VIDEBECK, 2012). Videbeck (2012) enfatiza ainda, que por meio do desenvolvimento da auto percepção e da compreensão de suas atitudes, o enfermeiro pode começar a usar aspectos de sua personalidade, sentimentos, inteligência, experiências, necessidades, valores, habilidades de enfrentamento e percepções para estabelecer relações com os clientes, pontua-se que essa técnica, intitulasse como “uso terapêutico do self” (TRAVELBEE, 1979; VIDEBECK, 2012).

Cavalcante *et.al* (2011) aponta que o RT é uma técnica que proporciona aprendizagem mútua, através da qual o profissional utiliza a si próprio e também técnicas clínicas específicas no trabalho para resultar em introvisão e alteração comportamental do paciente.

Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) nos trazem em seu livro “Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais” que a criação, o desenvolvimento e a aplicação do RT na enfermagem em saúde mental e psiquiatria se deu por *Hildegard Elizabeth Peplau*, ou “Peplau”, criadora da Teoria das Relações Interpessoais e conhecida como “A mãe da enfermagem psiquiátrica”. Peplau define o enfermeiro como o profissional que contribui para o desenvolvimento dos clientes pela aprendizagem e experiência em prol da sua independência e autonomia, proporcionando, desta maneira, uma vida mais digna (PEPLAU, 1952).

De acordo com Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), o RT se constitui em uma série de interações organizadas e planejadas pelo enfermeiro, paciente e família, no intento de alcançar



metas a curto, médio e longo prazo, relacionadas as necessidades elementares do paciente. Ratifica-se que o RT tem por objetivo principal o desenvolvimento da capacidade máxima e potencial pleno de cada indivíduo, no intuito de gerar amadurecimento pessoal ao paciente, para que ele possa enfrentar os desafios concernentes a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde mental, bem como ressocialização à sociedade onde irá exercer seus direitos e deveres (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Transpassar o saber teórico e colocar em prática ferramentas e técnicas em prol da aplicabilidade efetiva do RT no tratamento do paciente psiquiátrico é, sem dúvida, uma constante na rotina laboral diária do profissional enfermeiro (PEPLAU, 1952; TRAVELBEE, 1979). Destaca-se que cada paciente é único e, por isso apresentará diferentes formas de agir e pensar (TRAVELBEE, 1979). Logo cabe ressaltar que a enfermagem deve se adaptar a este mundo singular que é cada ser humano, para que, então, possa compreender sua história de vida e seu contexto biopsicossocioespiritual e, a partir disto, planejar a assistência de acordo com as necessidades apresentadas (KANTORSKI *et al.*, 2005; ANDRADE *et al.*, 2020).

Mediante este necessário aprofundamento na vida do paciente, cabe ressaltar que é natural que o enfermeiro acabe por se identificar com alguns aspectos encontrados e analisados (TRAVELBEE, 1979). No entanto, é de extrema importância que o enfermeiro saiba separar o que é de si e o que é do outro, de maneira a não comprometer toda terapêutica empregada; para isto, deve contar com seu autoconhecimento e/ou com supervisão de um profissional experiente em RT e em saúde mental (TRAVELBEE, 1979; NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017). Ratifica-se ainda que para um relacionamento interpessoal satisfatório, é imprescindível que os enfermeiros tenham autoconhecimento e se atentem às suas próprias necessidades, uma vez que se não compreenderem a si mesmos será sobremodo dificultoso interagir com outrem e compreendê-lo (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2004).

Ante ao supra referido, vale destacar para Tralvebee (1979), o RT trata-se de uma meta a ser alcançada por meio de ações previamente planejadas entre enfermeiro e paciente, sendo que ambos acabam por experienciar o crescimento e as mudanças de comportamento. A autora ainda descreve o RT em quatro fases, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Fases no relacionamento entre enfermeiro-paciente

Fase	Descrição da fase
1ª	Fase de pré-interação - participação apenas do profissional enfermeiro, onde ele busca informações que são necessárias ao desenvolvimento do relacionamento (se autoconhecer para analisar o que pode vir a interferir nesta relação);


2ª	Fase introdutória ou de orientação - é onde ocorre o compromisso de firmar o RT enfermeiro-paciente (ambos se conhecem e se compreendem como seres humanos únicos);
3ª	Fase de identidades emergentes - etapa de resolução dos problemas encontrados na fase anterior;
4ª	Fase final ou término do RT - recordar o compromisso firmado na fase 2, fazer a análise dos resultados obtidos, da importância e do motivo do término e preparar o paciente para prosseguir com independência.

Fonte: Adaptado de TRAVELBEE, 1979; WAIDAMAN; ELSÉN, MARCONI, 2006.

Percebe-se que no RT entre enfermeiro-paciente, existem fases que levam às metas pactuadas anteriormente entre os atores desses processos. Logo, ressalta-se que impreterivelmente o profissional enfermeiro precisa de aprimoramento permanente, para que em sua prática consiga desenvolver junto aos pacientes relações terapêuticas e com objetivos bem definidos (TRAVELBEE, 1979). Há de se considerar que o RT não foca apenas nos problemas emocionais do paciente, mas sim em seu contexto biopsicossocioespiritual, podendo, para isto, contar com recursos como encaminhamentos (FRAGA *et al.*, 1986; WAIDAMAN; ELSÉN, MARCONI, 2006).

Ressalta-se que a comunicação é fundamental para o exercício do RT, visto que sem ela, se torna impossível a construção efetiva de um relacionamento, pontua-se ainda que a comunicação está presente no início, meio e fim do RT (TRAVELBEE, 1979; FRAGA *et al.*, 1986). Vale ressaltar que, assim como em qualquer outra técnica empregada na enfermagem, devemos ter o cuidado com o uso incorreto do RT, visto que pode acarretar um quadro prejudicial ao paciente (TRAVELBEE, 1979). Marcolan e Castro (2013), apontam que uso o uso indevido e iatrogênico constitui-se em um desafio no desenvolvimento da competência em comunicação, acabando por não ser terapêutica. Portanto, os autores sinalizam que é necessário ter sensibilidade no estabelecimento das interações não se aceitáveis atitudes como: pronunciar falsas tranquilizações, dar conselhos, minimizar os sentimentos do indivíduo, não disponibilizar tempo suficiente para a escuta, manter-se na defensiva, fazer julgamentos, confrontá-los, induzir respostas durante os diálogos, dentre outros (MARCOLAN; CASTRO, 2013).

Além da comunicação verbal, o enfermeiro deve estar atento à comunicação não verbal, onde o subjetivo fica mais em evidência, sendo assim, capta-se o que vai além de palavras (MARCOLAN; CASTRO, 2013). A comunicação, portanto, é um elemento potencializador no RT com o paciente; conhecer seus pormenores, técnicas aplicáveis e manter a constante atualização, são ações indispensáveis para obtenção dos resultados esperados (TRAVELBEE, 1979; MARCOLAN; CASTRO, 2013).




Neste contexto, Stefanelli (1983) nos traz a teoria da comunicação desenvolvida por Ruesch, que afirma que os transtornos mentais são consequência justamente da perturbação no processo comunicativo entre as pessoas, sendo esta perturbação oriunda de razões diversas. Destaca-se que a comunicação possui caráter efetivo somente quando o emissor/indivíduo sente-se compreendido pelo outro, trazendo, com isto, a efetiva comunicação e a decorrente sensação de segurança (STEFANELLI; 1983). Neste ínterim demarca-se que o ato de interagir por intermédio da comunicação só é terapêutico quando o profissional enfermeiro assume conscientemente a responsabilidade nesta comunicação.

Faz-se necessário que o profissional enfermeiro tenha em mente quais atitudes/ações podem prejudicar o RT com o paciente, cabendo enfatizar que é preciso ter o controle desta comunicação, não permitindo que esta relação se expanda a ponto de se transformar em uma relação inadequada (TRAVELBEE, 1979). Assim, cabe ao enfermeiro definir os limites ainda na primeira fase do RT. Obvio que é necessário ter empatia, porém não se pode confundir ou estendê-la para uma amizade que desgastaria o relacionamento de caráter profissional; permitir que a empatia transforme-se em simpatia pelo paciente, tentar agradar o cliente para compensar determinada situação, motivado pelo sentimento de pena, são atitudes que prejudicam a conduta, dando margem a mais solicitações, tornando o paciente dependente do profissional (STEFANELLI; 1983).

Aceitar presentes ou trocar telefones, por exemplo, é parte do que chamamos de quebra de conduta ética. Ao considerar algum comportamento como desagradável ou inaceitável, o profissional não deve permitir que isto se converta na atitude de evitar o paciente. No mais, ao reconhecer algum preconceito em relação ao caso e/ou paciente, o enfermeiro deve discutir o tema com outros profissionais, caso perceba que esta situação possa atrapalhar a relação, deve solicitar outra atribuição, pois o enfermeiro deve prestar o cuidado a partir da aceitação do outro, independentemente de sua história (TRAVELBEE, 1979; VIDEBECK, 2012). Salienta-se ainda que o profissional enfermeiro não é responsável por solucionar os problemas do paciente e sim trabalhar conjuntamente com ele para chegarem a uma resolução mais adequada levando em consideração a situação real (PEPLAU, 1952; STEFANELLI, 1983).

Antes do advento do RT, a recreação dos pacientes era utilizada no intuito de mantê-los ocupados, evitando, assim, acontecimentos desagradáveis (PEPLAU, 1952; TRAVELBEE, 1979). Não havia planejamento nas ações ou definições de objetivos, a atenção se voltava unicamente a realizar o relato do comportamento do paciente mediante observação. Mas, segundo um estudo realizados por Lima (2014), baseado nas atividades dos enfermeiros em



CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o RT ainda é uma ferramenta pouco prestigiada. Muitos profissionais a enxergam como uma espécie de amizade com o paciente.

Contrapondo o supra referido, Nascimento e colaboradores (2015) nos trazem em uma revisão de literatura, concernente a atuação do profissional enfermeiro no CAPS, que os enfermeiros na área de saúde mental, desempenham bem suas atribuições nos diversos dispositivos existentes na rede de atenção psicossocial. Os autores pontuam ainda que o enfermeiro é tido comumente como o profissional de referência para o usuário, sendo aquele que faz conexão entre o paciente e a equipe multiprofissional, e também quem efetiva o encaminhamento e contra encaminhamento, quando necessário; isso se dá pela sua formação e seu perfil colaborador/participante, além do seu bom relacionamento com os pacientes (NASCIMENTO, *et al.*, 2015).


Por fim, salientamos que para obter um trabalho de resultado pelo enfermeiro, além das características e atitudes já mencionadas ao longo do texto, se faz necessária a quebra da prática assistencial centrada na doença. “*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana*” (JUNG, 2016), esta frase, representa de maneira bastante assertiva a necessidade de se atuar com o princípio da humanização, o paciente psiquiátrico precisa ser visto em sua totalidade, isto é, em seu contexto biopsicossocioespiritual, agir desta maneira resulta na humanização do atendimento e na integralidade do cuidado (ANDRADE *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O RT entre enfermeiro-paciente é certamente uma das tecnologias de cuidado de maior impacto na assistência em saúde mental. Nesse sentido, o estudo do tema traz importantes reflexões sobre o assunto e aqui nos dedicamos a evidenciar algumas delas.

Através da bibliografia levantada, percebemos dificuldades apresentadas no emprego do RT; entre elas, a equívoca consideração, por parte dos próprios profissionais da saúde, de que o RT seria uma espécie de “amizade” com o paciente. Todavia, também foi possível observar que, tendo um adequado entendimento a respeito do que é o RT, o profissional enfermeiro pode se valer de ferramentas e técnicas disponíveis para aplicação de uma conduta mais assertiva direcionada ao RT, como exemplo, trouxemos a comunicação, que está presente em todas as etapas.

Constata-se ainda que o enfermeiro transcende os seus conhecimentos científicos e faz uso de suas habilidades pessoais com vistas à aplicabilidade efetiva do RT, resultando no



estímulo das potencialidades de cada indivíduo com consequente conquista de sua independência e autonomia, o que se tornou possível e acessível graças à reforma psiquiátrica que permitiu mudanças imprescindíveis ao campo da saúde mental.

Este trabalho se apresenta, então, como uma fonte de aproximação entre o tema do RT e algumas importantes bibliografias ao seu respeito. O desenvolvimento do presente estudo possibilitou analisar e, para além, substanciar a importância do enfermeiro no RT com o paciente psiquiátrico e seus desafios na aplicabilidade desta tecnologia do cuidado. Entretanto, dada a importância do assunto, são necessárias novas pesquisas referentes à temática, com o intuito de conscientizar e potencializar o trabalho do profissional enfermeiro no campo da saúde mental, por meio do desenvolvimento de novas técnicas e aplicabilidades em todos os dispositivos de tratamento psiquiátrico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

ANDRADE, V. A. *et al.* Abordagem à Espiritualidade por meio do questionário “FICA”: Uma experiência de capacitação com cuidadores de idosos. **Revista Longevidade**, v. 2, n. 7, p. 47-54, 2020.

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.


BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 21-28, 2008.

CAVALCANTE, C. M. *et al.* Desafios do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza. v. 24, n. 2, p. 102-108, 2011.

DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**, v. 18, n. 2, 2018.

FRAGA, M. N. O.; DAMASCENO, R. N.; CALIXTO, M. L. G. Ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica dificuldades e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, n. 2-3, p. 94-102, 1986.

JUNG, C. G. **Memórias, sonhos, reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.



KANTORSKI, L. P. *et.al.* Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: Tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 39, n. 3, p. 317-124, 2005.

LAKATOS E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, L. S. **Implementação de protocolo na assistência de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial**. (Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Atenção Psicossocial). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. p. 29.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Desafios e Possibilidades do Novo Contexto de Cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NASCIMENTO, M. S. S. P. *et al.* Atuação dos enfermeiros nos centros de atenção psicossocial-Revisão de Literatura. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 4, n. 2, p. 155-169, 2015.

NÓBREGA, M. P. S. S.; FERNANDES, M. F. T.; SILVA, P. F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 38, n. 1, 2017.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G. P. Putnam'Sons, 1952.

POTTER, P. PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem**. 8ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 20, n. 2, p. 05-06, 2007.

SARACENO, B. **Discurso global, sufrimiento local: Análisis crítico del movimiento por la salud mental global**. Barcelona: Herder Editorial, 2018.

STEFANELLI, M. C. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 17, n. 1, p. 39-45,1983.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2ªed. Barueri: Manole, 2017.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5ªed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TRAVELBEE, J. **Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One to One Relationship**. Colorado: F.A. Davis Company. 1979.

WAIDAMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCONI, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.8, n.2, p. 282 - 291, 2009.



CAPÍTULO 8

CONVERGÊNCIA ENTRE PROCESSO DE ENFERMAGEM E PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Rafaela Sales Medeiros, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade de São Paulo
Bruna de Oliveira Moreti, Enfermeira, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
José Gilberto Prates, Enfermeiro, Doutor em Ciências, Universidade de São Paulo
Douglas Alexandro Corrêa Petronilho, Enfermeiro, Universidade de São Paulo
Márcia Aparecida Lino, Enfermeira, Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade, Enfermeiro, Universidade de São Paulo


RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo identificar na literatura a atuação do enfermeiro no Projeto Terapêutico Singular (PTS) nas instituições de atenção ao paciente com transtorno mental. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de artigos disponíveis nas bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE, BDNF, em português, sem delimitação temporal para o ano de publicação. Foram identificados 429 artigos, e após aplicação de critérios de exclusão, foram selecionados 18 destes. Sendo que nove artigos (50%) abordaram a assistência de enfermagem e o PTS de forma concomitante, três (16,5%) se relacionavam à caracterização do PTS sem citar a participação do enfermeiro e seis (33,5%) o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental sem mencionar o PTS como instrumento de trabalho. Os resultados revelam que, em geral, as definições de PTS se assemelham e se complementam e os autores apresentam concepções semelhantes sobre sua utilização, no entanto, este instrumento de cuidado necessita de uma sistematização entre equipe interdisciplinar e o serviço, por este motivo é apontado desafio no alinhamento entre as práticas de enfermagem e o desenvolvimento efetivo do PTS como parte do cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, serviços de saúde mental, enfermagem psiquiátrica, processo de enfermagem, projeto terapêutico singular.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem desde sua origem está atrelada ao modelo organicista de controle de sintomas e repressão de comportamentos, sendo sua execução inicialmente realizada por mulheres, e, posteriormente, desenvolvidas por religiosos (PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011). O “tratamento” na área de saúde mental era caracterizado por violência, punição e a repressão, executados pela “equipe de Enfermagem” (KIRSCHBAUM, 2000;




PADILHA; BORENSTEIN; SANTOS, 2011). Ressalta-se que no século XVIII, a atuação de enfermagem se fundamentou na teoria de Pinel que se embasava no tratamento moral ao indivíduo com problemas psiquiátricos (KIRSCHBAUM, 2000). A função destinada às enfermeiras nesse período era o de auxiliar o médico, promovendo condições de higiene, vigilância, alimentação, e execução de cuidados (FRAGA; SOUZA; SANTOS, 2000).

As mudanças no desempenho do profissional de enfermagem psiquiátrica ocorreram paralelamente às transformações das práticas médicas e do modelo asilar entre os séculos XIX e XX, definindo a assistência de enfermagem uma prática histórica cuja arte de cuidar é determinada pelas circunstâncias de cada período histórico (CAMPOS; BARROS, 2000; PIRES, 2000). Ratifica-se que na década de 1940, surgiu uma das primeiras teorias de enfermagem, proposta por Hildegard Peplau, que sistematizou as relações enfermeiro-paciente como instrumento de observação (PEPLAU, 1952).

Peplau (1952) sugeriu que conforme essa interação entre paciente-enfermeiro se desenvolvesse, aumentaria a compreensão de suas funcionalidades em torno do problema, valorizando a singularidade e a reciprocidade desse relacionamento. Este plano de assistência foi o primeiro modelo teórico sistematizado da enfermagem psiquiátrica considerando além da origem orgânica dos transtornos mentais, prática majoritariamente utilizada nessa época, também às investigações de base psicológica, com foco nos aspectos comportamentais das relações humanas (CAMPOS; BARROS, 2000; GONÇALVES; SENA, 2001). Posteriormente a essa transformação histórica-política surgiu o relacionamento terapêutico (RT), processo que combinou as teorias existenciais e as teorias humanas resignificando o sofrimento humano, através da americana Joice Travelbee, que nomeou este processo como “relação pessoa-a-pessoa” (TRAVELBEE, 1979).

Paralelamente ao avanço na enfermagem psiquiátrica, tivemos um grande marco para a enfermagem generalista, visto que a enfermeira, Wanda Horta, estruturou uma maneira sistematizada de conduzir os cuidados em saúde, nomeando seu compilado de Processo de Enfermagem (HORTA, 1979). Este dinâmico e organizado método propõe a sistematização do cuidado por meio da coleta de dados e identificação das necessidades da pessoa, família e comunidade, intervenção e avaliação dos resultados prestados através do cuidado em determinado momento do processo saúde e doença (HORTA, 1979).



Ante ao supra referido e considerando a singularidade e a subjetividade do indivíduo , foram repensadas as estratégias de produção do cuidado na área de saúde mental, a fim de garantir um conjunto de procedimentos terapêuticos articulado por uma equipe interdisciplinar que coloca o usuário e sua demanda no foco da atenção, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (MALUCELLI *et al.*, 2010). Enfatiza-se que o PTS é elaborado em conjunto entre a equipe multiprofissional, o usuário e familiares, visando à construção de um plano de cuidado, e reorientação do processo de trabalho da equipe nos diferentes cenários de atenção à saúde, considerando as questões biopsicossocioespirituais e culturais (ANDRADE *et al.*, 2020; MIRANDA; CAMPOS, 2010).

Desse modo, para melhor conhecimento no tocante às atribuições e ações do enfermeiro no tocante ao PTS, objetivou-se sistematizar o conhecimento produzido acerca da temática. Pontua-se que mesmo ante a vasta literatura relacionada a enfermagem em saúde mental, pouco encontra-se sobre a convergência do processo de enfermagem e do PTS, portanto, este estudo objetiva realizar uma inquirição sobre a atuação do enfermeiro nos muitos cenários de atenção à saúde mental, a aplicação do processo de enfermagem e a interface deste com o PTS.

METODOLOGIA

O presente caracteriza-se em um artigo de revisão integrativa de literatura, este método de pesquisa consiste na síntese de múltiplos trabalhos publicados cuja finalidade é obter um conhecimento aprofundado sobre um determinado tema, possibilitando conclusões gerais baseadas em estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

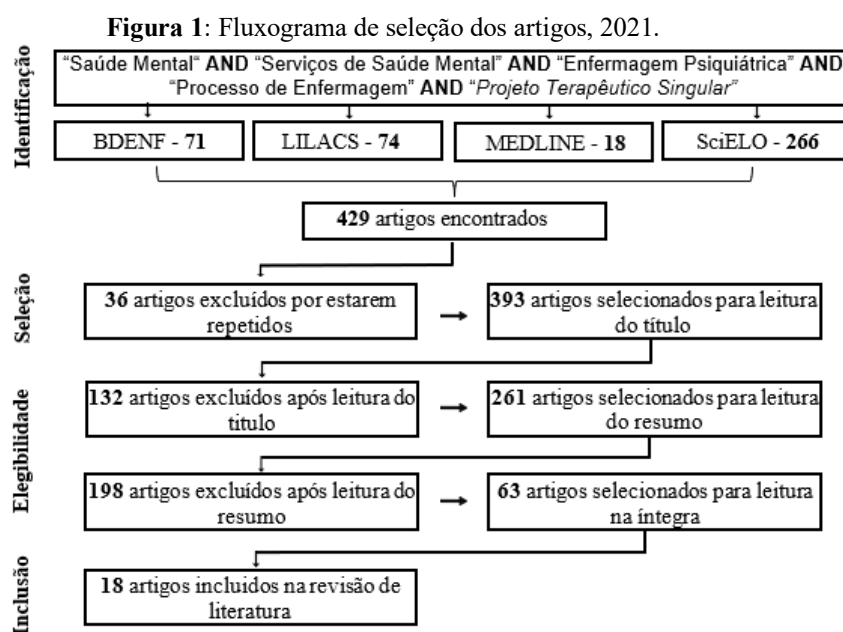
As etapas contemplam em ações sistematizadas pré-determinadas. O primeiro passo foi o estabelecimento da hipótese ou questões de pesquisa, o segundo passo, foi a realização da busca na literatura, o terceiro consistiu na categorização dos estudos, no quarto passo foi realizada a avaliação dos estudos incluídos na revisão, no quinto passo foi realizada a interpretação dos resultados e no sexto passo realizou-se a apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019), a qual se dá pelos resultados e conclusão do presente trabalho.

Foi analisada a colaboração dos enfermeiros no contexto do PTS devido a significativas mudanças da conjectura no contexto da saúde mental atual. Cabendo ressaltar que por meio da revisão integrativa é possível tanto comparar, quanto analisar o segmento longitudinal e inovações do processo em estudo.

A estratégia de busca consistiu em acesso a bases de dados BDNF (Base de dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). A pergunta utilizada para motivar o aprofundamento na temática da revisão foi: Qual a atribuição do enfermeiro na elaboração do PTS no cuidado em saúde mental?

A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2020. A busca foi realizada de maneira interdependente por dois pesquisadores, por meio dos descritores controlados disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Saúde Mental”, “Serviços de Saúde Mental”, “Enfermagem Psiquiátrica” e “Processo de Enfermagem”, utilizou-se também a palavra-chave “Projeto Terapêutico Singular”, haja visto a temática em análise no presente estudo. Para o cruzamento dos DeCS da palavra-chave utilizou-se o operador booleano “AND”.

Os estudos foram selecionados pela leitura criteriosa dos títulos, resumos e posteriormente dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos foram artigos científicos similares com a temática deste estudo, produções disponíveis na íntegra, no idioma português, e que detalhassem e versassem o assunto: convergência entre processo de enfermagem e PTS no cuidado em saúde mental, independentemente do método de pesquisa utilizado, sem delimitação temporal da publicação. Artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados e não abarcavam a temática principal não foram incluídos na análise, conforme demonstrado na Figura 1.



Fonte: Dados do presente estudo, 2021.

Para a caracterização dos estudos selecionados utilizou-se um instrumento de fichamento de dados adaptado, elaborado pelos autores. A análise dos dados foi realizada por meio da leitura dos artigos, sendo as informações dos mesmos extraídas e inseridas em um quadro elaborado no Microsoft Word® 2016.

RESULTADOS

Foram encontrados quatro artigos na base de dados BDENF (22,3%), cinco artigos (27,7%) na LILACS, três artigos (16,7%) na MEDLINE e seis artigos (33,3%) na SciELO, totalizando 18 artigos (100%) para o fim da análise. Em relação aos anos de publicação dos estudos, quatro artigos (22,3%) foram publicados no ano de 2011, três artigos (16,7%) foram publicados em 2014, dois artigos (11,1%) foram publicados em cada um dos anos 2010, 2016, 2018 e 2020, e um artigo (5,5%) respectivamente para os anos de 2009, 2013 e 2015, conforme explicitado no Quadro 1.

Quadro 1: Síntese e distribuição das publicações na atenção à saúde mental, segundo a temática.

Autor [Ano]	Título	Como o PTS aparece no estudo
ALMEIDA <i>et al.</i> [2020]	Ações de saúde mental e o trabalho do enfermeiro	Para a efetivação do PTS é necessário que a equipe atue de maneira interdisciplinar
ALMEIDA; MAZZAIA [2018]	Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede	Estudo evidencia o despreparo para a assistência em Saúde Mental, a não identificação do trabalho do enfermeiro em Saúde Mental; e realização da Consulta de Enfermagem como cumprimento burocrático e não como processo de trabalho na atuação multiprofissional
BOCCARDO <i>et al.</i> [2011]	O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental	O PTS é uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.
HORI; NASCIMENTO [2014]	O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	O PTS nos NASF esbarra em obstáculos relacionados à indefinição de objeto de trabalho (atenção ou gestão), é precária as condições de trabalho e sobreposição de funções em torno desse dispositivo.
JORGE <i>et al.</i> [2015]	Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental	O PTS instrumentaliza os trabalhadores de saúde para o acompanhamento terapêutico das pessoas em adoecimento psíquico, pois viabilizam o cuidado integral, o vínculo, garante acesso e cuidados no território e promovem a adesão ao tratamento, farmacológico e não farmacológico.
KANTORSKI <i>et al.</i>	A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de	O PTS é um dispositivo resolutivo nos casos de vulnerabilidade e importante organizador do

[2010]	Centros de Atenção Psicossocial-CAPS	processo de trabalho, que possibilita o cuidado baseado na clínica ampliada, respeitando a singularidade do sujeito.
KIRSCHBAUM [2009]	Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial	Processo de trabalho que possibilita perceber distintas concepções acerca do sofrimento psíquico, do sujeito, fundamentando as abordagens terapêuticas e utilização da tecnologia existente no serviço.
LINASSI <i>et al.</i> [2011]	Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação	O PTS possibilita refletir sobre cada caso, permitindo pensar na singularidade de cada caso.
LOPES; GARCIA; TOLEDO [2014]	Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial	O relacionamento interpessoal subsidia o PE que contribui para a construção do PTS. No entanto o PE é caracterizado como sendo uma ação técnica que organiza o cuidado, ao invés de ser visto como um processo amplo. É questionada a formação acadêmica do aluno com visão puramente organicista.
NUNES <i>et al.</i> [2014]	O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil	O PTS visa o tratamento e a reabilitação.
PINTO <i>et al.</i> [2011]	Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva	O PTS é um importante mecanismo para a reabilitação do portador de sofrimento psíquico, possibilita o cuidado integral, promoção da autonomia e inclusão social.
RIBEIRO <i>et al.</i> [2010]	Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	O projeto individualizado citado no artigo determina a atenção integral, respeitando o tempo de cada indivíduo, possibilitando um aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha.
ROCHA; LUCENA [2018]	Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar	Os pontos de intersecção entre o PTS e o PE remetem a integralidade do cuidado ao indivíduo, família e comunidade, permitindo a construção dos diagnósticos e intervenções compartilhadas.
SILVA <i>et al.</i> [2013]	Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde	O PTS é uma estratégia multiprofissional, suas principais limitações para efetivação são: a falta de comunicação e a formação acadêmica uniprofissional da equipe. Busca a singularidade como elemento central de articulação e a melhoria de sintomas e ampliação da rede social. É composto por 4 momentos: o Diagnóstico; a Definição de metas; a Divisão de responsabilidades; e a Reavaliação.
SILVA <i>et al.</i> [2016]	Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família	A construção do projeto terapêutico se dá com base nas necessidades de saúde de cada usuário, mediante um esforço mútuo entre trabalhador/ usuário/ família, com o intuito de promover saúde mental
SILVA <i>et al.</i> [2020]	Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial	Os profissionais demonstram preocupação e interesse na implantação do PE e reconhecem sua articulação com PTS

SOARES <i>et al.</i> [2011]	O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial	O PTS é um conjunto de atendimentos personalizados á singularidade de cada usuário. Com propostas de atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.
VASCONCELOS <i>et al.</i> [2016]	Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial	O PTS em saúde mental é um instrumento contrário a regras e normas imposta pela assistência comum, centrada no modelo biológico. É um processo social complexo projetivo que contextualiza a ciência e a sociedade, sendo influenciado por aspectos de ordem ideológica, política e ética.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.


DISCUSSÃO

Compreender como os enfermeiros percebem a sua função no exercício profissional em saúde mental e psiquiatria significa valorizar suas práticas e promover reconhecimento entre outros membros da equipe multiprofissional.

Em relação ao objetivo deste estudo, dos 18 estudos da amostra, foram encontrados apenas nove artigos (50%) que abordaram a assistência de enfermagem e o PTS de forma concomitante (ROCHA; LUCENA, 2018; LINASSI *et al.*, 2011; KANTORSKI *et al.*, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014; COELHO *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2013; VASCONCELOS *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020), três (16,5%) relacionados à caracterização do PTS sem citar a participação do enfermeiro (KIRSCHBAUM, 2009; ALMEIDA; MAZZAIA, 2018; SILVA *et al.*, 2016), e seis (33,5%) o papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental sem mencionar o PTS como instrumento de trabalho do mesmo (SILVA *et al.*, 2013; BOCCARDO *et al.*, 2011; NUNES *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2011; PINTO *et al.*, 2011; LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014).

O estudo evidenciou que os autores apresentam posicionamentos semelhantes e complementares sobre a caracterização do PTS. Rocha e Lucena (2018), discorrem sobre a implantação do PTS nos serviços de saúde mental, os autores referem que os resultados da utilização deste instrumento são promissores, sendo ele um importante aliado no cuidado prestado aos usuários assistidos por esses serviços, corroborando Kirschbaum (2009) complementa, dizendo que esse processo de trabalho interdisciplinar pautado em distintas concepções garante a valorização do usuário e o respeito a sua singularidade.

Além de promoção do cuidado o PTS auxilia na organização do trabalho nos serviços onde é implantado, tornando-se parte da rotina como afirma Linassi e colaboradores (2011), Kantorski *et al.* (2010), argumentam ainda que o PTS, possibilita e potencializa a clínica




ampliada. Além disso, a proposta de o serviço inserir o PTS em seu hall de ferramentas para o cuidar, denota uma perspectiva holística diante da reabilitação do portador de transtorno mental (KANTORSKI *et al.*, 2010; LINASSI *et al.*, 2011).

Silva expõe que a construção do PTS é responsabilidade da equipe técnica e dos usuários, na qual as diversas opiniões são fundamentais para compreender as demandas de cuidado em saúde e definir as propostas de intervenção, inclusão social e promoção de autonomia. Complementado por outros autores essa construção deve envolver família e a rede social do usuário com transtorno mental (BOCCARDO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2014). Nunes (2014) acrescenta que a equipe técnica deve ser composta por diversas categorias profissionais necessárias ao cuidado, além do psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, outros que sejam necessários ao PTS, também deverão compor a equipe como o neurologista ou pediatra. Com isso, o cuidado interdisciplinar deve ser articulado integralmente BOCCARDO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2013; NUNES *et al.*, 2014).

Tendo em vista o PTS como um instrumento que contribui para a organização do trabalho, ainda que esteja presente e bem descrito na maioria dos artigos, percebe-se que alguns profissionais possuem dificuldade na construção coletiva pela prática multiprofissional (ALVES; OLIVEIRA, 2010; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020). A literatura evidencia que alguns profissionais permanecem centrados no modelo biomédico e por este motivo apresentam problemas na comunicação e compartilhamento de saberes (ALVES; OLIVEIRA, 2010; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013). Souza e colaboradores (2015), aponta ainda, outros obstáculos, como a sobrecarga de trabalho oriunda da alta demanda, falta de qualificação técnica e a falta de clareza sobre os papéis de cada um na composição da equipe e em relação ao cuidado junto ao usuário. Estas dificuldades provocam tensão, frustração e descontentamento quanto à identidade profissional que se reflete na assistência prestada ao usuário, família e comunidade (ALVES; OLIVEIRA, 2010; ESPERIDIÃO *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015).

Nesse contexto, intui-se que a ação profissional exercida pelo enfermeiro não é diferente do supra referido, visto que carrega forte traço da formação tradicional, o enfermeiro no serviço de saúde mental lida com a falta de conhecimento científico, a desvalorização profissional, falta de condições de trabalho, sobreposição de funções em torno do PTS, visão biológica e gerencial enraizada na formação acadêmica, (DIAS; SILVA, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014). Nesse sentido, a abordagem teórico-prática do processo de educação




permanente do enfermeiro deve contemplar aspectos biopsíquicos e sociais do adoecer, não apenas a formação organicista pautadas no cuidado biológico e medicamentoso (DIAS; SILVA, 2010; HORI; NASCIMENTO, 2014; ANDRADE *et al.*, 2020). De acordo com Ribeiro *et al.* (2010) e Coelho *et al.* (2015), antes da reforma psiquiatria, os enfermeiros eram responsáveis por executar ordens médicas, realizar cuidados sanitários e contenção, sendo possível concluir que as atividades mencionadas acima nem sempre foram executadas por eles.

Demarca-se que na contemporaneidade ainda tem-se a manutenção da assistência pautada no modelo asilar, sendo esta executada por enfermeiros, atuando estes profissionais de modo coercitivo, sem executar nenhum PTS ou se quer manter um relacionamento terapêutico com usuários sob seus cuidados (SOARES *et al.*, 2011; GARCIA *et al.*, 2017). Logo, ressalta-se que o prejuízo que o cuidado errôneo gera, tanto para o indivíduo quanto para a área de saúde mental, que ainda tem arraigada a si múltiplos estigmas. Ademais o cuidado realizado respeitando a singularidade do indivíduo, possibilita entender suas necessidades reais e potencializa o desenvolvimento e fortalecimento do vínculo terapêutico, bem como facilita a estruturação da prática da clínica ampliada nas ações de saúde mental (SOARES *et al.*, 2011; GARCIA *et al.*, 2017).

A literatura aponta que o maior obstáculo encontrado pelo enfermeiro nos serviços de atenção à saúde mental é atribuído à proposta de interdisciplinaridade (GARCIA *et al.*, 2017). Visto que, fica nebulosa a função do profissional na equipe, no entanto ao contrário do que se pensa o enfermeiro não perde sua autonomia ao desenvolver ações compartilhadas com outros profissionais (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009; GARCIA *et al.*, 2017). Ratifica-se que o trabalho em equipe favorece a integralidade do cuidado, caracterizado pelo PTS, que está relacionado com as intervenções de enfermagem definidas durante o acolhimento ou consulta. Desta forma, dedicar-se a promoção do cuidado integral é progredir nas ações transformadoras no âmbito da saúde mental OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009; GARCIA *et al.*, 2017).

Estudos apontam que o acolhimento é imprescindível para um efetivo processo de enfermagem, que viabilizará o cuidado integral e conseqüentemente a construção do PTS, pois através dessa ferramenta de cuidado são criadas as metas e objetivos do tratamento, no entanto pontua-se que em um dispositivo terapêutico de atenção à saúde mental, qualquer profissional de nível superior é apto a realizar o acolhimento, não sendo este privativo do enfermeiro (PINTO *et al.*, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2013; DIAS; ROSA; PINTO, 2014;



JORGE *et al.*, 2015). Basicamente essa flexibilidade e descentralização da hegemonia de apenas uma profissão, viabiliza a construção de PTS integrados com os saberes dos diversos profissionais que compõem as equipes. (GONÇALVES *et al.*, 2013; JORGE *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2020).

A contribuição do enfermeiro para a construção do PTS a partir do estabelecimento do processo de enfermagem como o meio de trabalho apresenta algumas falhas, neste íterim, Lopes, Garcia e Toledo (2014), identificaram que os enfermeiros possuíam um conhecimento equivocado sobre o processo de enfermagem. Os autores explanam que este processo se dava somente baseado na ação técnica, restringindo-se a execução parcial da sistematização da assistência, associando somente ao histórico do usuário, excluindo todas as demais etapas do processo, tornando o PTS iníquo (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014), permanecendo então, centrado no conhecimento especializado e demonstrando-se inflexível ao compartilhamento de saberes (VASCONCELOS *et al.*, 2016). Explana-se, portanto, que a consolidação dessa proposta de atenção psicossocial em uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdisciplinar, e do desenvolvimento do PTS, está retratada somente no contexto sociopolítico e acadêmico, ficando anos luz de distância da prática assistencial. dos profissionais (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014; VASCONCELOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Almeida e Mazzaia (2018), o processo de enfermagem precisa ser aplicado em sua totalidade, respeitando todas as suas etapas do processo, bem como o PTS, que precisa de fato ter a atuação e participação ativa de todos os atores que possuem interesse, sobretudo o próprio usuário. Porém demarca-se que tanto o PTS quanto o processo de enfermagem possuem suas aplicabilidades comprometidas, sendo este comprometimento ocasionado por fatores, dentre estes, ressalta-se que a ausência de compreensão sobre o uso, a dicotomização multiprofissional e a não corresponsabilização profissional em favor ao processo terapêutico (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

Ratifica-se que no campo da saúde mental o enfermeiro precisa obter maior entendimento sobre o papel que desempenha junto à equipe e aos usuários, da mesma forma que deve se apropriar dos espaços de discussão no serviço de saúde mental e demais envolvidos no cuidado. Ademais, explicita-se que além de ser função de toda equipe multiprofissional, também compete ao enfermeiro o acolhimento, a criação de vínculo, a escuta terapêutica, a consulta de enfermagem e comunicação, bem como os processos



administrativos e processos assistenciais (MUNIZ, M. *et al.*, 2015; ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

Por fim, demarca-se que de acordo com Muniz *et al.* (2015) e Silva *et al.* (2016), para potencializar a assistência de enfermagem, o profissional de enfermagem precisa estar sensível à escuta, com o olhar atento, e sua prática não deve se basear em achismos. Por este motivo para atender as necessidades dos usuários com transtorno mental é necessário um processo dinâmico e interdisciplinar e um modelo teórico-prático que orienta a assistência do enfermeiro, garantindo aos usuários do serviço, sobretudo, bem-estar, promoção da saúde e da cidadania (MUNIZ *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2016).


CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos textos selecionados evidenciou que não existem divergências na caracterização do PTS, porém diferentes papéis executados pelos enfermeiros foram apresentados, que direta e indiretamente influenciam na assistência prestada aos usuários. Os conceitos apresentados pelos autores são complementares e convergem no objetivo central, onde o plano de cuidado é alcançar a singularidade pretendida pelo PTS.

Devido a mudanças no modelo de atenção à saúde mental, são necessárias transformações constantes na postura do enfermeiro, na qual são desafiados a uma adequação nesses novos serviços e a reconstruir práticas de assistência para promover uma abordagem holística, com base na singularidade e subjetividade do sujeito, no contexto de saúde e doença.

Ressalta-se que as atividades compartilhadas pela equipe interdisciplinar, associada ao apoio familiar, oficinas, rede de serviços de referência e contra referência, e qualificação profissional, conseguirá dar contorno ao processo de institucionalização do indivíduo com transtorno mental e reabilitá-lo nas suas potencialidades e reinseri-lo na sociedade.

Considerando essa proposta interdisciplinar o enfermeiro precisa expandir sua prática profissional na saúde mental, potencializar seus conhecimentos sobre acolhimento, relacionamento terapêutico e processos de trabalhos. Os novos métodos empregados nos serviços e no ensino em saúde favorecem o estabelecimento de novas práticas e saberes nesse contexto de inovação. Nesse contexto, os desafios na construção de PTS, dizem respeito à fragmentação do cuidado, dicotomização da assistência, ausência do protagonismo do usuário, pouca participação da família e redes de apoio na elaboração do projeto terapêutico, e a desarticulação com a rede de saúde e outros dispositivos sociais no território.



Compreende-se a escassez de publicações abordando a assistência de enfermagem e o PTS devido a recente introdução deste instrumento nos serviços de saúde. Assim, sugere-se a realização de novas pesquisas que possam avaliar como o processo de enfermagem contribui para a construção do PTS em relação às mudanças na produção de cuidado integral e como esses dispositivos tem fortalecido a formação dos enfermeiros no contexto do trabalho interdisciplinar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. C. P. *et al.* Ações de saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20190376, 2020.

ALMEIDA, P. A.; MAZZAIA, M. C. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2282-2289, 2018.

ALVES, M.; OLIVEIRA, R. M. P. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 64-70, 2010.

ANDRADE, J. A. *et al.* Abordagem à Espiritualidade por meio do questionário “FICA”: Uma experiência de capacitação com cuidadores de idosos. **Revista Longevidade**, v. 2, n. 7, p. 47-54, 2020.

BOCCARDO, A. C. S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 3, p. 271-276, 2000.


COELHO, B. P. *et al.* Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 1, 2015.

DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 469-475, 2010.

DIAS, C. M.; ROSA, A.; PINTO, A. Atividades de ocupação terapêutica-intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 11, p. 15-23 2014.

ESPERIDIÃO, E. *et al.* A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o departamento científico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 171-176, 2013.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; SANTOS, M. S. O. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: uma experiência em um CAPS de Fortaleza. **Cadernos do IPUB**, 2000, v. 6, n. 19, p. 188-201, 2000.



GARCIA, A. P. R. F. *et al.* Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 220-230, 2017.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. La Reforma Psiquiátrica en Brasil: contexto y reflejos sobre el cuidado con el enfermo mental en la familia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GONÇALVES, R. *et al.* Promoção da saúde mental: ações dos enfermeiros inseridos na atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 10, p. 49-56, 2013.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3561-3571, 2014.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

JORGE, M. S. B. *et al.* Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 112-120, 2015.

KANTORSKI, L. P. *et al.* A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. **Cogitare enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 659-666, 2010.

KIRSCHBAUM, D. I. R. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 368-373, 2009.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

LINASSI, J. *et al.* Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 425-434, 2011.

LOPES, P. F.; GARCIA, A. P. R.F.; TOLEDO, V. P. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, p. 780-788, 2014.


MALUCELLI, A. *et al.* Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 629-636, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

MIRANDA, L.; CAMPOS, R. T. O. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, 2010.

MUNIZ, M. *et al.* A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 13, p. 61-65, 2015.

NUNES, C. K. *et al.* O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 12, p. 65-72, 2014.



OLIVEIRA, F. B.; SILVA, K. M. D.; SILVA, J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 692-699, 2009.

PADILHA, M. I.; BORENSTEIN M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem. História de Uma Profissão**. Difusão: São Paulo. 2011.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G. P. Putnam'Sons, 1952.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493-502, 2011.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

RIBEIRO, L. M. *et al.* Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2010.

ROCHA, E. N.; LUCENA, A. F. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e2017-0057, 2018.

SILVA, A. I. *et al.* Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, 2016.

SILVA, E. P. *et al.* Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SILVA, T. G. *et al.* Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20190579, 2020.

SOARES, R. D. *et al.* O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 110-115, 2011.

SOUZA, I. A. S. *et al.* Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 5, p. 447-453, 2015.

TRAVELBEE, J. **Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One to One Relationship**. Colorado: F.A. Davis Company. 1979.

VASCONCELOS, M. G. F. *et al.* Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 20, p. 313-323, 2016.



CAPÍTULO 9

DOI: 10.47402/ed.ep.c20214869080

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA AUTOGESTÃO DE PESSOAS COM DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ^{1,2}

Cristiane de Melo Aggio, Doutora em Enfermagem, UEL e Professora do Departamento de Medicina, UNICENTRO

Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad, Doutora em Enfermagem, USP, Professora Sênior do Departamento de Enfermagem, UEL

RESUMO


Objetivo: Analisar a produção científica sobre educação em saúde para autogestão de pessoas com doenças não transmissíveis. **Metodologia:** Revisão integrativa narrativa, com abordagem mista, desenvolvida em 2020, em cinco etapas, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores educação em saúde, autogestão e doenças não transmissíveis, considerando-se período de publicação de 2010 a 2020. Os artigos identificados foram organizados no Mendeley[®] e os selecionados foram analisados pela estatística descritiva e mapa mental sobre antecedentes, dimensões e resultados da autogestão. **Resultados:** A maioria dos autores eram das ciências da saúde (69,6%) e prevaleceram os artigos publicados entre 2017 e 2018 (43,74%), de periódicos internacionais (87%), indexados na *Web of Science* (87%), de diversas áreas de conhecimento, bem como aqueles com abordagem quantitativa (52,3%), dos quais 78,3% observaram e explicaram a autogestão. A interferência dos determinantes sociais da saúde, as barreiras e facilidades da autogestão sobressaíram entre os temas pesquisados. **Conclusão:** A análise das publicações científicas deste estudo evidenciou os principais aspectos das intervenções educativas para a autogestão, que orientarão mudanças assistenciais, futuros estudos e o engajamento das pessoas no controle das doenças crônicas não transmissíveis, conforme as agendas de saúde nacional e global.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Autogestão; Doença crônica; Determinantes sociais da saúde; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

O câncer, o diabetes mellitus (DM) e as doenças cardiovasculares (DCV) e respiratórias crônicas (DRC) são as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que impactam a saúde pública em todo o mundo, estão em franca expansão e apresentam elevados custos em saúde e alta taxa de incapacidade e de mortes prematuras^{1,2}. Logo, mudanças na produção de cuidados de saúde são necessárias, principalmente nos países não desenvolvidos, onde é promissora a combinação de intervenções de educação em saúde individuais e coletivas para a capacitação em autogestão^{3,4}.

As pessoas com DCNT precisam de cuidados de longo prazo e, para melhorar sua qualidade de vida e produtividade, são indicadas intervenções sustentáveis, proativas, centradas



na pessoa e baseadas na comunidade⁴, destacando-se a educação em saúde nas modificações comportamentais recomendadas para a prevenção e manejo das DCNT⁵.

A educação em saúde capacita as pessoas com DCNT para a autogestão e o acompanhamento das mesmas pelas equipes multiprofissionais de saúde devem, ao menos, informá-las sobre o acompanhamento médico regular, a prática de atividade física, a adoção de uma dieta saudável, o abandono do tabaco e o não uso prejudicial de álcool^{5,6}.

A autogestão é um dos componentes do modelo assistencial às condições crônicas, o qual deve ser desenvolvido por uma equipe de saúde capacitada para engajar, habilitar e informar as pessoas com DCNT, suas famílias e comunidade quanto às mudanças no estilo de vida, gerenciamento do tratamento medicamentosos, sintomas, aspectos culturais espirituais, bem como das repercussões psicossociais^{7,8}.


Enquanto o autocuidado diz respeito à capacidade das pessoas saudáveis de cuidar de si para preservar a vida e manter o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, a autogestão engloba o autocuidado e o monitoramento de um problema de saúde para que pessoas doentes gerenciem junto aos profissionais de saúde a ampliação de conhecimentos, definição de metas, planejamento, tomada de decisões, resolução de problemas, controle de emoções e utilização consciente de recursos^{7,9}.

Evidências científicas recomendam as intervenções educativas que apoiam a autogestão para cuidados crônicos em diversos contextos, por meio das quais os profissionais de saúde devem informar as pessoas com DCNT sobre a terapia medicamentosa, o uso programado dos recursos de saúde e auxilia-las na gestão dos sintomas ou efeitos colaterais do tratamento^{3,7}.

Perante ao exposto e para verificar como se apresenta a produção científica sobre educação em saúde para autogestão para DCNT, nos anos de 2010 a 2020, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica existente sobre educação em saúde para a autogestão de pessoas com DCNT.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, de revisão da literatura, do tipo narrativo, com abordagem quanti e qualitativa, o qual une pesquisas relevantes sobre um tema e sumariza seus resultados para produzir conclusões teóricas ou conectar uma teoria às evidências¹⁰.



Este estudo foi desenvolvido no segundo semestre de 2020, em cinco etapas, a saber: delimitação da questão de pesquisa; seleção das bases de dados; elaboração da estratégia de busca; seleção dos documentos; sistematização dos resultados.

Para responder à pergunta de pesquisa: “como se apresenta a produção científica sobre educação em saúde para autogestão para DCNT?”, o campo deste estudo foi a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a *National Library of Medicine* (MEDLINE), o Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e o *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), os quais apresentam grande número de publicações na área da saúde.

Para a coleta de dados, realizou-se busca avançada nestas bases de dados, com os seguintes descritores de saúde: educação em saúde, autogestão e doenças não transmissíveis, seus correspondentes no idioma inglês e o operador booleano *AND*.

Foram incluídos artigos originais, publicados entre 2010 e 2020, em que os adultos com hipertensão arterial (HA), DM, câncer, doença respiratória ou renal crônica foram o objeto de estudo. Os critérios de exclusão foram: publicações científicas duplicadas e não disponíveis no formato completo.

Os artigos científicos identificados foram organizados por meio da ferramenta de gerenciamento de referências bibliográficas Mendeley^{®11} e a seleção dos mesmos se deu em duas etapas, sendo, primeiramente, realizada a leitura do título, resumo e palavras-chave, e, em seguida, a análise integral dos manuscritos.

Considerou-se as seguintes variáveis: autoria (área de formação, titulação e número de citações do artigo selecionado para este estudo), ano de publicação, periódico (país estudado e do periódico, além do indicador de visibilidade), publicação (métodos de pesquisa e tema).

O *SCImago Journal Rank* (SJR) é um indicador bibliométrico que calcula a visibilidade do periódico por meio da contagem do número de citações que ele recebeu e da importância da revista em que as citações se deram¹².

Os dados de interesse das publicações selecionadas foram codificados, tabulados e submetidos à análise estatística descritiva utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS), versão 24.0.

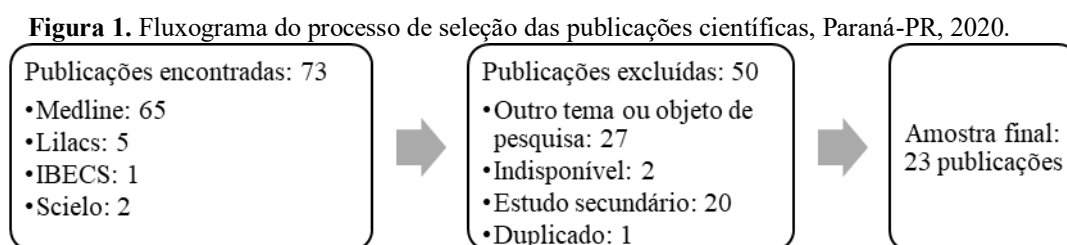
Mapas mentais envolvem palavras, imagens, cores, etc, na organização e representação visual de uma informação ou pensamento, são compostos por uma palavra central e ramos

(categorias ou novas ideias) que dela emergem, podendo formar bifurcações e nós de conexão¹³. Logo, os dados relacionados à autogestão foram organizados em um mapa mental, cujos eixos temáticos foram ancorados no conceito e análise dimensional da autogestão¹⁴.

Este estudo fez parte de uma pesquisa maior, que avaliou o gerenciamento clínico por telemonitoramento para pessoas com HA e DM em Operadora de Plano de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina-PR, parecer nº 3.107.455 de 07/01/2019.

RESULTADOS

No processo de seleção das publicações científicas, 73 artigos originais foram identificados, 50 foram excluídos e 23 corresponderam à amostra deste estudo, conforme o fluxograma abaixo (Figura 1).



Fonte: Autores, 2020.

Estes artigos foram produzidos por autores das ciências da saúde (69,6%), humanas e sociais (30,4%), dos quais 26,1% eram médicos e 13% eram enfermeiros. Todos autores eram pós-graduados, sendo que 47,8% eram doutores, 47,8% eram mestres e 4,4% eram especialistas. Apenas um autor teve dois artigos selecionados 2,7 e o ranking dos cinco autores correspondentes com maior número de citações dos artigos selecionados foi apresentado na tabela 1.

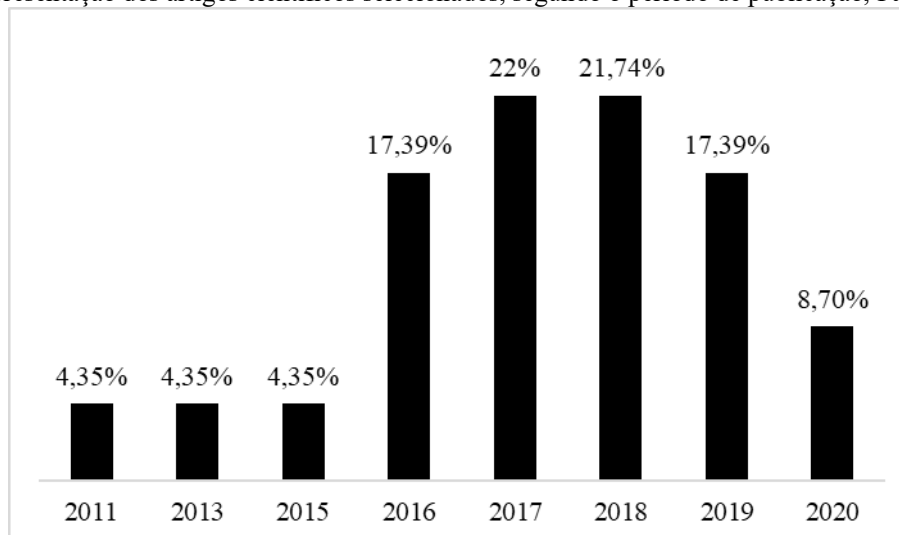
Tabela 1. Ranking dos cinco autores correspondentes com maior número de citações dos artigos selecionados, Paraná-PR, 2020.

Autores correspondentes	Número de citações
Nancy R Phaswana – Mafuya	92
Ben H Chew	73
Courtney L McNamara	41
Emily Mendenhall	29
Rashed A Osama	24

Fonte: Autores, 2020.

Com relação ao período de publicação, de 2011 a 2017 a abordagem do tema foi ascendente e, a partir de 2018, o número de artigos científicos declinou até 2020, conforme apresentado na figura 2.

Figura 2. Apresentação dos artigos científicos selecionados, segundo o período de publicação, Paraná-PR, 2020.



Fonte: Autores, 2020.

Dos 23 periódicos de publicação dos artigos científicos, a maioria era internacional (87%) e pertencia aos países da Europa (52,2%), América do Norte (21,7%), América do Sul (17,4%) e Ásia (8,7%). Quanto à área de conhecimento, a medicina (34,8%), saúde pública (26,1%) e multidisciplinar (13%) foram ressaltadas. Também predominaram os periódicos indexados na base de dados da *Web of Science* (87%). O número de publicações e o indicador de visibilidade dos periódicos científicos foram apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Apresentação dos periódicos científicos, segundo o número de publicações e indicador de visibilidade de publicação (SJR), Paraná-PR, 2020.

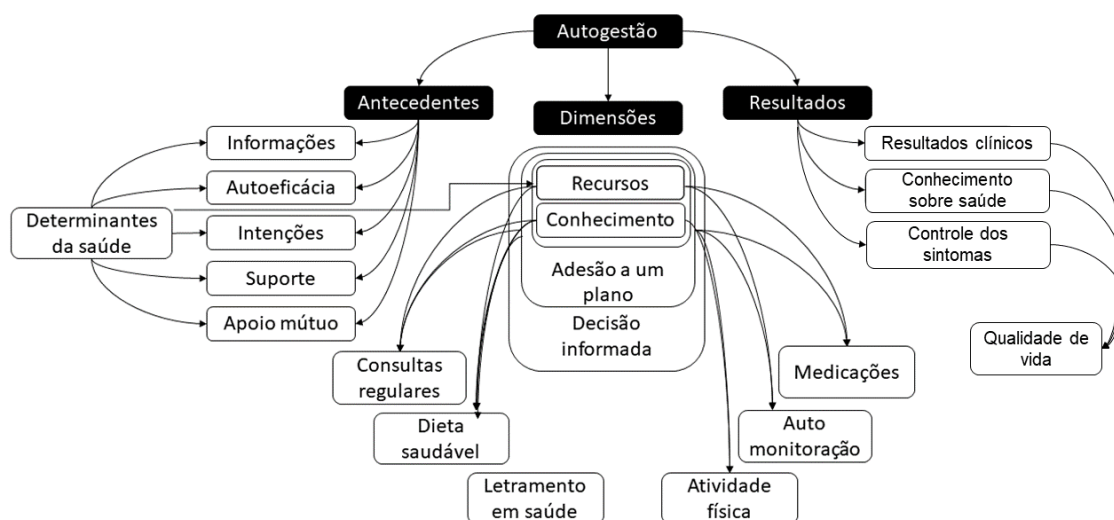
Periódico	Número de publicações	SJR
Asia Pac J Public Health	1	0.551
BMC Endocr Disord	1	0.853
BMC Health Serv Res	2	0.995
BMC Med Inform Decis Mak	1	0.908
BMC Public Health	1	1.198
BMC Res Notes	2	0.601
Cienc e Saúde Colet	1	0.575
Eur J Public Health	1	1.048
Eval Program Plann	1	0.553
Glob Health Action	1	1.193
Heal Soc Care Community	1	0.805
Health Educ Res	1	0.599
Iran J Kidney Dis	1	0.342
J Adv Nurs	1	1.027
J Health Popul Nutr	1	0.894
JMIR mHealth e uHealth	1	0.740
Med UIS	1	-
PLoS ONE	1	1.023
Prehosp Disaster Med	1	0.535
Rev APS	1	-
Rev Univers Ind Santander	1	-

Fonte: Autores, 2020.

Os países do continente asiático (43,5%) e africano (20,1%) sediaram a maioria dos estudos. O diabetes mellitus (41,7%) e o grupo das principais DCNT (37,5) foram as condições de saúde mais abordadas nas pesquisas. Os estudos com abordagem quantitativa representaram 52,3% do total, dos quais 78,3% eram transversais, descritivos e exploratórios. A abordagem metodológica qualitativa foi empregada por 39,1% dos artigos, sendo que 90% deles eram descritivos e exploratórios. Por fim, 8,6% das publicações eram de métodos mistos.

A partir da análise foram identificadas as dimensões da autogestão, seus antecedentes e resultados, representados no mapa conceitual a seguir (Figura 3), destacando-se as barreiras e facilitadores das informações, suporte, recursos, adesão a um plano e resultados clínicos, com relação à frequência destes temas nos artigos científicos selecionados.


Figura 3. Representação do mapa conceitual da autogestão, segundo suas dimensões, antecedentes e resultados, Paraná-PR, 2019.



Fonte: Autores, 2020.

Dentre os antecedentes da autogestão o apoio mútuo foi mencionado uma única vez o qual foi comprometido pela comunicação ineficaz dos profissionais de saúde com as pessoas com DCNT sobre aspectos médicos e comportamentos do estilo de vida saudável^{3,15}. Estas pessoas pretendiam gerenciar sintomas, praticar exercícios e seguir o tratamento medicamentoso e a dieta saudável^{3,16}.

Todos os antecedentes da autogestão foram influenciados pelos determinantes sociais da saúde, particularmente o sexo, idade e escolaridade, sendo que o suporte da família e amigos promoveu a experiência pessoal destas pessoas e favoreceu a realização de caminhadas e refeições, bem como as discussões sobre a organização da rotina e dos cuidados com a saúde¹⁷⁻¹⁹.



A autoeficácia diz respeito à percepção da pessoa sobre sua capacidade de realizar um cuidado, a qual teve relação direta com a qualidade de vida, presença de sintomas e duração da DCNT, sendo referidas habilidades básicas insuficientes, como auto aplicar e armazenar a insulina^{3,20-22}.

A falta de informação sobre como as DCNT, seus fatores de risco e sinais de agudização foi evidenciada, sofreu interposição das crenças religiosas e interferiu nas escolhas das pessoas por elas acometidas^{3,22,23}. Elas compreendiam a saúde como ausência de doenças, funcionalidade preservada e acesso à comida e ao saneamento básico^{20,22,24}.

Nenhum dos artigos selecionados abordou a participação ativa e, entre as dificuldades de aderir à dieta saudável e praticar exercícios físicos foi mencionada a preguiça, alterações na rotina, falta de tempo, realização de serviços domésticos, prescrição de alimentos não acessíveis, além do sabor não agradável das refeições com restrição de carboidratos, sal, açúcar e gorduras^{20,22}.

Os determinantes sociais da saúde, como a escolaridade, renda, valores culturais, inserção no mercado de trabalho e residência na área urbana, também impactaram os recursos da autogestão, sobretudo o acesso aos alimentos saudáveis, atendimento médico e medicamentos, representado pela longa distância dos serviços de saúde, fila de espera para o atendimento médico, consultas rápidas e alto custo dos remédios, especialmente entre as pessoas com DCNT que vivenciaram algum desastre^{20,22,25}. Tais barreiras para a autogestão lhes provocaram estresse, insônia, fraqueza, lesões e descontrole glicêmico^{16,20,23,25,26}.

O ensino à distância por mensagens curtas via celular, vídeos educativos, *podcast* e imagens foram empregados na educação em saúde sobre atividade física, alimentação saudável e uso dos remédios^{16,27-29}. As pessoas com DCNT gostariam de ser melhor informadas sobre como executar os cuidados prescritos, reclamaram das informações insuficientes oferecidas pelos médicos e da baixa qualidade das informações impressas em papel, restando-lhes recorrer aos conhecimentos compartilhados por curandeiros, familiares e pessoas da comunidade, além dos divulgados em jornais, televisão e rádio^{2,3,20,25,26}.

Com relação aos resultados da autogestão, a redução dos custos em saúde não foi abordada por nenhum dos artigos científicos deste estudo e os resultados clínicos que promoveram qualidade de vida às pessoas com DCNT foram a melhora da função renal e, do conhecimento sobre a saúde, mudanças na rotina e estilo de vida, controle dos sintomas e a redução da dor crônica, peso corporal, glicemia e colesterolemia^{1,15,16,20,25,27-29}.



DISCUSSÃO

Considerando as publicações científicas selecionadas pode-se inferir que o suporte à autogestão e as intervenções educativas em saúde são temas que instigaram os pesquisadores com mérito científico e comprometidos com as melhores práticas em saúde para as pessoas com DCNT. Tais publicações corresponderam ao interesse mundial nos modelos de cuidados propostos à atenção a estas condições^{30,31}.

A educação em saúde é um dos pilares do manejo das DCNT que promove informações para a tomada de decisões e a gestão de caso é uma das estratégias de autogestão que articula as pessoas com DCNT complexas, sua rede de suporte familiar e social e os profissionais de saúde na definição, desenvolvimento e avaliação e planos terapêuticos^{31,32}.


As concepções sobre estes temas do cuidado às pessoas com DCNT por si só explicariam a prevalência de autores das ciências da saúde observada, tal como as fragilidades metodológicas das pesquisas sobre a relação entre os determinantes sociais da saúde e a autogestão clarificariam o interesse dos autores das ciências humanas e sociais por este tema¹⁸.

Todavia, uma revisão de literatura identificou a associação entre a mortalidade prematura por DCNT e os determinantes sociais da saúde, particularmente o sexo masculino, a escolaridade e renda. Esta informação embasará tomadas de decisões e a oferta de cuidados centrados nas necessidades das pessoas com DCNT e sua família³³.

Ainda que a educação em saúde constitua o processo de enfermagem para aprimorar o conhecimento e as habilidades das pessoas com DCNT e os enfermeiros tenham produzido a maioria dos estudos de uma revisão literária sobre educação em saúde^{34,35}, as práticas médicas de educação em saúde foram ressaltadas por este e outros estudos^{32,35}.

Pode-se observar a confluência entre este achado e a recente readequação dos cursos de graduação em medicina nos quais a educação em saúde é uma das competências a serem desenvolvidas pelos estudantes^{36,37}.

Apesar da relevância das intervenções educativas apoiadoras da autogestão para a inovação das práticas de saúde para as pessoas com DCNT, a ínfima relação entre pesquisadores e profissionais da área da saúde, o desinteresse dos empregadores para com a produção científica destes profissionais e a falta de apoio financeiro prejudicam a aplicação dos resultados das pesquisas no processo de cuidar e poderiam elucidar a hegemonia dos pesquisadores da pós-graduação *stricto sensu* entre as publicações científicas deste estudo^{38,39}.



A Declaração de Alto Nível na Organização das Nações Unidas e Plano Brasileiro de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT, firmados em 2011, podem ter motivado a produção de pesquisas sobre estas condições de saúde⁴⁰, assim como a demora de alguns países, como a China, em implementar as ações de educação em saúde para esta clientela, definir os seus indicadores de qualidade e produzir revisões sistemáticas sobre as mesmas⁴¹.


Similarmente, em outra pesquisa, o aumento das publicações sobre DCNT acompanhou o estabelecimento de marcos político institucionais no país⁴², enquanto a discreta redução da probabilidade de morte pelas quatro principais DCNT evidenciada no Brasil, entre 2000 e 2013³², pode ter ocorrido em outros países, desestimulando a realização de novas pesquisas sobre o tema, verificada a partir de 2017.

As DCNT são algumas das prioridades nacionais de pesquisa em saúde e as publicações brasileiras da área de Medicina geral representam o maior volume de publicações no Brasil e mais do que o triplo da média mundial de citações, porém a baixa cobertura de documentos escritos em outros idiomas que não o inglês pelos maiores bancos de dados, como o *Scopus* e o *Web of Science*, subestimam a nossa produção científica e certamente favoreceram a preponderância de artigos científicos internacionais das ciências da saúde encontrada neste estudo^{43,44}.

Além das DCNT sobressaírem entre as causas de adoecimento e morte na Europa, neste continente é garantido o livre acesso à informação científica financiada, o que favorece a superioridade de publicações científicas de pesquisadores europeus, aqui observada, a qual corresponde a aproximadamente 40% do total das pesquisas mundiais⁴⁵.

Como a maioria dos estudos sobre as intervenções promotoras da autogestão são realizados em países desenvolvidos, nos quais a rápida industrialização e o progresso econômico modificaram a demografia e os problemas de saúde pública⁴⁶, a escassez de evidências sobre estas práticas de cuidado na África², a não efetivação dos seus compromissos pactuados para o desenvolvimento sustentável e as insuficiências das suas intervenções para a prevenção e controle das DCNT⁴⁷ podem ter impulsionado a produção dos artigos que compuseram este estudo.

A supremacia das pesquisas com abordagem quantitativa observada também ocorreu em outro estudo⁴² e é comum entre os trabalhos que avaliam a magnitude dos resultados das políticas públicas e das mudanças causadas pela educação em saúde na autogestão, os quais



podem ampliar a compreensão estes efeitos se combinados à abordagem qualitativa que explore as experiências e percepções das pessoas com DCNT por elas afetadas⁴⁸.

A relevância do diabetes mellitus entre as condições de saúde pesquisadas, também se deu em outro estudo secundário sobre as ações de educação em saúde³⁵ e pode ser justificado pelos efeitos sistêmicos desta doença, elevado gasto em saúde, incremento dos idosos e da obesidade na população, sendo que, nacionalmente, a sua taxa de mortalidade teve discreta redução⁴⁰ e a efetividade das intervenções nutricionais para esta clientela é outra prioridade das pesquisas brasileiras em saúde⁴³.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os determinantes sociais da saúde compreendem as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, destacando-se a interferência da idade, sexo, os fatores hereditários e estilo de vida dos indivíduos no processo saúde-doença das pessoas com DCNT^{34,49}.

Neste estudo eles influenciaram os antecedentes e as barreiras dos recursos de autogestão, em outro eles foram relacionados à mortalidade prematura por DCNT, majoritariamente o sexo masculino, escolaridade e renda³³. As políticas globais de saúde da década de 2020 podem ter provocado o aumento das publicações científicas sobre os mesmos⁵⁰.

Também foi evidenciada a qualidade de vida das pessoas que auto gerenciavam a DCNT. Sem esta competência tais pessoas podem apresentar prejuízo físico e psicológico, especialmente quando desprovidas do apoio familiar^{51,52}, bem como a frequente utilização dos serviços de saúde⁵³ e, conseqüentemente, maior custo em saúde.

A utilização apenas da base de dados BVS para recuperação automática das publicações é uma limitação deste estudo, que pode interferir na quantidade e qualidade do material recuperado, bem como o enfoque dado aos quatro grandes grupos de DCNT e à população adulta que com elas convivem não esgota a possibilidade de futuras investigações sobre o assunto.

Outra limitação a ser considerada é a indexação dos estudos segundo a palavra-chave, as quais não refletiram a fidedignamente a temática dos artigos excluídos e comprometeram a seleção de alguns artigos aderentes ao tema.

É mister a implementação e intervenções educativas para a autogestão, sobretudo por profissionais da equipe multidisciplinar da atenção primária à saúde, para o efetivo manejo das pessoas com DCNT e futuras publicações sobre a implementação e efeitos das mesmas favorecerão a mudança do modelo assistencial, legitimada pelas políticas públicas de saúde.




CONCLUSÃO

A análise das publicações científicas deste estudo evidenciou aspectos primordiais para o desenvolvimento de intervenções educativas para a autogestão, os quais favorecerão a adequação das práticas de cuidado da equipe de saúde e o engajamento das pessoas no controle das DCNT, conjuntamente com sua rede familiar social de apoio e profissionais de saúde, a qual é prevista nas agendas de saúde nacional e global.

Foi destacada a magnitude, prioridade e transcendência da autogestão, bem como as suas barreiras e facilidades, sendo fundamental incentivar a publicação sobre o sucesso das intervenções de educação em saúde voltadas aos fatores de risco modificáveis das pessoas com DCNT, o aprimoramento das informações proferidas pelos profissionais de saúde e a ampliação do acesso destas pessoas a bens e cuidados da equipe multiprofissional de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Datta BK, Husain MJ, Fatehin S. The crowding out effect of out-of-pocket medication expenses of two major non-communicable diseases in Pakistan. *Int Health* [Internet]. 2020;12(1):50-9. Doi: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz075>.
2. Angwenyi V, Bunders- Aelen J, Criel B, Lazarus JV, Aantjes C. An evaluation of self-management outcomes among chronic care patients in community home- based care programmes in rural Malawi: a 12- month follow- up study. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2020;00:1-16. Doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.13094>
3. Angwenyi V, Aantjes C, Bunders-Aelen J, Lazarus J V, Criel B. Patient-provider perspectives on self-management support and patient empowerment in chronic care: a mixed-methods study in a rural sub-saharan setting. *J Adv Nurs* [Internet]. 2019;75:2980–94. Doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.14116>.
4. Albelbeisi AH, Albelbeisi A, El Bilbeisi AH, Takian A, Akbari-Sari A. Capacity of Palestinian primary health care system to prevent and control of non-communicable diseases in Gaza Strip, Palestine: A capacity assessment analysis based on adapted WHO-PEN tool. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2020;1-14. Doi: <https://doi.org/10.1002/hpm.3022>
5. Nyaaba GN, Masana L, de-Graft Aikins A, Beune E, Agyemang C. Factors hindering hypertension control: perspectives of front-line health professionals in rural Ghana. *Public Health* [Internet]. 2020;181:16-23. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.11.007>
6. World Health Organization. Implementation tools: package of essential noncommunicable disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO, 2013. 208 p.
7. Schulman-Green D, Jaser SS, Park C, Whittemore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016;72(7):1469-89. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12902>

- 
8. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2012;44(2):136-44. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>.
 9. Matarese M, Lommi M, De Marinis MG, Riegel B. A systematic review and integration of concept analyses of self-care and related concepts. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2018;50(3), 296-305. Doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12385>.
 10. Siddaway AP, Wood AM, Hedges LV. How to do a systematic review: a best practice guide for conducting and reporting narrative reviews, meta-analyses, and metasyntheses. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2019;70(1):747–70. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>
 11. Zaugg H, West RE, Tateishi I, Randall DL. Mendeley: creating communities of scholarly inquiry through research collaboration. *Techtrends Tech Trends* [Internet]. 2011;55:32-6. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11528-011-0467-y>
 12. González-Pereira B, Guerrero-Bote VP, Moya-Anegón F. A new approach to the metric of journals scientific prestige: the SJR indicator. *J Informetr* [Internet]. 2010;4(3):379-91. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.joi.2010.03.002>
 13. Castillo PFN, Verde RFC, Sotelo WSF, Gamboa JN, Orbegoso COV. El Mapa Mental Armónico en la comprensión de textos narrativos en estudiantes universitarios. *Propós Represent* [Internet]. 2018;6(2):541-73. Doi: <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2018.v6n2.243>
 14. Udulis KA. Self- management in chronic illness: concept and dimensional analysis. *J Nurs Healthc Chronic Illn* [Internet]. 2011;3(2):130-9. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01085.x>
 15. Abrahams N, Gilson L, Levitt NS, Dave JA. Factors that influence patient empowerment in inpatient chronic care: early thoughts on a diabetes care intervention in South Africa. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 2019;19(1):133. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12902-019-0465-1>
 16. Steinman L, Heang H, van Pelt M, Ide N, Cui H, Rao M, et al. Facilitators and barriers to chronic disease self-management and mobile health interventions for people living with diabetes and hypertension in Cambodia: Qualitative Study. *JMIR Mhealth Uhealth* [Internet]. 2020;8(4):e13536–e13536. Doi: <https://dx.doi.org/10.2196/13536>
 17. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIR, Pinto FAR, et al. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019;24(3):1121–32. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>
 18. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Solheim EF, Bambra C. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Heal* [Internet]. 2017;27(suppl_1):22–6. Doi: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw222>
 19. Rasul FB, Kalmus O, Sarker M, Adib HI, Hossain MS, Hasan MZ, et al. Determinants of health seeking behavior for chronic non-communicable diseases and related out-of-pocket



expenditure: results from a cross-sectional survey in northern Bangladesh. *J Heal Popul Nutr* [Internet]. 2019;38(1):48. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s41043-019-0195-z>

20. Gowani A, Ahmed HI, Khalid W, Muqet A, Abdullah S, Khoja S, et al. Facilitators and barriers to NCD prevention in Pakistanis-invincibility or inevitability: a qualitative research study. *BMC Res Notes* [Internet]. 2016;9:282. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s13104-016-2087-2>

21. Marques CR. Percepção dos usuários insulino dependentes não controlados quanto ao tratamento para o diabetes Mellitus tipo 2 TT - Perception of insulin dependent users, with uncontrolled blood glucose, regarding the treatment for type 2 diabetes Mellitus. *Rev APS* [Internet]. 2017;20(1):69–80. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15702>

22. Masupe TK, Ndayi K, Tsolekile L, Delobelle P, Puoane T. Redefining diabetes and the concept of self-management from a patient's perspective: implications for disease risk factor management. *Heal Educ Res* [Internet]. 2018;33(1):40–54. Doi: <https://dx.doi.org/10.1093/her/cyx077>

23. Dekker AM, Amick AE, Scholcoff C, Doobay-Persaud A. A mixed-methods needs assessment of adult diabetes mellitus (type II) and hypertension care in Toledo, Belize. *BMC Heal Serv Res* [Internet]. 2017;17(1):171. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2075-9>

24. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009;57(4):217–225.e6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>


25. Mendenhall E, Norris SA. Diabetes care among urban women in Soweto, South Africa: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1300. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2615-3>


26. Humphries C, Jaganathan S, Panniyammakal J, Singh S, Goenka S, Dorairaj P, et al. Investigating clinical handover and healthcare communication for outpatients with chronic disease in india: a mixed-methods study. *PLoS One* [Internet]. 2018;13(12):e0207511–e0207511. Doi: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0207511>


27. Rasoul AM, Jalali R, 26 78Kermanshah University of Medical Sciences, Abdi A, 20 45centro de pesquisa de lesão cerebral e medular (BASIR), Salari N, et al. O efeito da educação para a autogestão por meio de weblogs na qualidade de vida de pacientes diabéticos. *BMC Med Inf Decis Mak* [Internet]. 2019;19(1):205. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12911-019-0941-6>

28. Rashed OA, Sabbah H Al, Younis MZ, Kisa A, Parkash J. Diabetes education program for people with type 2 diabetes: An international perspective. *Eval Progr Plann* [Internet]. 2016;56:64-8. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.02.002>

29. Molina-de Salazar DI, Botero-Baena SM, Esparza-Albornoz AS, Barrera C, Morales N, Holguin MC et al . Tecnologías de la información y la comunicación como herramienta educativa en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en una IPS de la ciudad de Manizales. *Medicas UIS* [Internet]. 2016;29(2):59-70. Doi: <https://doi.org/10.18273/revmed.v29n2-2016006>

- 
30. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, et al. The effectiveness of self-management interventions for individuals with low health literacy and/or low income: a descriptive systematic review. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2018;33:510-23. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4265-x>
31. Martins-Ulbrich E, Mattei ÂT, Mantovani MF, Bittencourt-Madureira A, Puchalski-Kalinke L. A utilização de modelos de cuidado com doenças crônicas: revisão integrativa. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2017;35(1):8-16. Doi: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a02>
32. Siddharthan T, Rabin T, Canavan ME, Nassali F, Kirchoff P, Kalyesubula R, et al. Implementation of patient-centered education for chronic-disease management in Uganda: an effectiveness study. *Plos One* [Internet]. 2016;11(11): e0166411. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166411>
33. Teixeira CRS, Istilli PT, Arroyo LH, Arcêncio RA, Lima RAD, Zanetti ML, et al. Os determinantes sociais e a mortalidade prematura por doença crônica não transmissível: um scoping review. *Cienc Cuid Saude Illn* [Internet]. 2020;19:e50398. Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.50398>
34. Oliveira APD, Cavalcante AMRZ, Carneiro CS, Santos VB, Moorhead S, Lopes JL, et al. Health education: the effectiveness of interventions in patients with heart failure. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(2):e20180782. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0782>
35. Azevedo PRA, Sousa MM, Sousa NF, et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2018; 10(1):260-267. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267>
36. Meireles MAC, Fernandes CCP, Silva LS. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Médica* [Internet]. 2019;43(2):67-78. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2rb20180178>
37. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. Novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface* [Internet]. 2019;23(Suppl 1):e170920. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.170920>
38. Asnake M. A importância da publicação científica para o desenvolvimento da saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2015;20(7):1972-3. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.08562015>
39. Crossetti MGO, Góes MGO. Translação do conhecimento: um desafio para prática de enfermagem [Editorial]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017;38(2):e74266. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.74266>
40. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019;22:e190030. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>

- 
41. Xu Q, Chen B, Jin D, Yin L, Huang Y. An assessment for health education and health promotion in chronic disease demonstration districts: a comparative study from Hunan Province, China. *Peer J* [Internet]. 2019;7:e6579 Doi: <https://doi.org/10.7717/peerj.6579>
42. Malta DC, Silva AG, Cardoso LSM, Andrade FMD, Sá ACMGN, Prates EJS, et al. Doenças crônicas não transmissíveis na revista *Ciência & Saúde Coletiva*: um estudo bibliométrico. *Cien Saúde Colet* [no prelo]. 2020 [Acesso em 01 out 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-na-revista-ciencia-saude-coletiva-um-estudo-bibliometrico/17624>
43. Ministério da Saúde (BRA). Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.
44. Machado W. Um panorama da pesquisa em saúde no Brasil. Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade [Internet]. 2020. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Acesso em 01 out 2020]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/179-um-panorama-da-pesquisa-em-saude-no-brasil>
45. Cuenca AMB, Noronha DP, Andrade MTD, Ueno HM, Kobayashi KM. Revistas brasileiras em saúde pública: aspectos de edição, forma e conteúdo. *InCID* [Internet]. 2011;2(2):101-10. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v2i2p101-110>
46. Potempa K, Rajataramya B, Barton DL, Singha-Dong N, Stephenson R, Smith EML, et al. Impact of using a broad-based multi-institutional approach to build capacity for non-communicable disease research in Thailand. *Heal Res Policy Syst*. 2019;17(1):62. Doi: <https://dx.doi.org/10.1186/s12961-019-0464-8>
47. Organização Mundial da Saúde (África). Brazzaville. Relatório do Secretariado do Comitê Regional para a África realizada de 19 a 23 de agosto de 2019. [Internet]. Sessão 69. p. 1-5. Acesso em outubro de 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332969/AFR-RC69-10-por.pdf>
48. Batista M, Domingos A. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. *Rev Bras Ciências Sociais* [Internet]. 2017;32(94):e329414. Doi: <https://doi.org/10.17666/329414/2017>
49. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2018;16(3):869-97. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>
50. Miranda SS, Santos LPS, Araújo TM, Passos-Soares JS, Cruz SS, Gomes-Filho IS. A produção científica sobre determinantes sociais e condições de saúde: um estudo bibliométrico. *Rev Cienc Med Biol* [Internet]. 2016;15(2):208-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v15i2.14922>
51. Souto CN. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. *Braz J Hea Ver* [Internet]. 2020;3(4):8169-96. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>
52. Pereira DN, Tolentino GP, Soares V, Venâncio PEM. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. *Cinergis* [Internet]. 2017;18(3):222-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i3.9320>



53. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2017;51(Suppl 1):4s. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>



CAPÍTULO 10

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142310080

VULNERABILIDADES E TABUS RELACIONADOS A GESTAÇÃO DE MULHERES COM HIV/SIDA

Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG
Gleice Moura Silva, Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica, IPROFIT
Alessandra Santos Sales, Professora Substituta do Departamento de Saúde II, UESB
Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos, Professora Auxiliar do Departamento de Saúde II, UESB
Naiane Santos de Almeida, Graduação em Enfermagem, UESB
Vaniele Pereira Sampaio, Enfermeira Assistencial, Prefeitura Municipal de Irajuba
José Santana Farias Neto, Acadêmico Medicina, UESB
Olívia Reis Mesquita Martins, Enfermeira Assistencial, HGI


RESUMO

Os processos que caracterizam a disseminação da epidemia do HIV e seu impacto nas populações tem sofrido modificações, que estabelecem novos critérios para identificação e reconhecimento das diferenças e especificidades dos grupos populacionais vulneráveis. Muitas questões éticas acompanham a atenção com o cuidado de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, mesmo antes do aparecimento epidêmico do HIV/SIDA. Um dos embates mais relevantes em relação a infecção pelo vírus causados da SIDA é a gravidez. Uma condição que traz repercussões sérias, tanto do ponto vista da saúde quanto social e ético. O objetivo deste estudo é discutir a importância da humanização no atendimento nos serviços de saúde a gestantes portadoras de HIV e a discussão do contexto cultural, social e econômico nos quais estas se encontram inseridas. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que permite reflexões acerca dos dilemas envolvidos entre a gestação e o HIV. É preciso compreender que o ciclo gravídico puerperal para mulheres portadoras de HIV é complexo e pode envolver sobrecargas emocionais e conflitos psicossociais que tragam repercussões negativas para o binômio mãe e recém-nascido.

DESCRITORES: Sorodiagnóstico de HIV; Infecções por HIV; Gestação; Pré-natal e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida pode ser definida como uma manifestação clínica avançada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em quadros clínicos onde não há tratamento efetivo, a infecção pelo HIV, pode levar a uma imunossupressão agressiva, progressiva e perigosa, que desregula todo o sistema responsável pela imunidade celular, levando os indivíduos acometidos a se tornarem susceptíveis as infecções oportunistas e/ou manifestações que podem levar a condições clínicas agravantes ou em alguns casos ao óbito (MEDEIROS, 2017).




A infecção pelo HIV/SIDA, continua sendo um desafio para a saúde pública e apresenta-se como problema de grande preocupação para os pesquisadores em saúde, já que, mesmo com diversos avanços e descobertas pode-se ainda observar um contínuo crescimento da infecção na população. O enfrentamento do HIV/SIDA é complexo por se tratar de uma doença grave, infectante, sem cura efetiva, e com questões complexas que envolvem aspectos sociais e preconceito (MARANI, 2018).

A caracterização epidemiológica da infecção pelo HIV se destaca por ser uma enfermidade infecciosa de caráter emergente, com alcance e magnitude populacional extenso, com repercussões que exaustivamente tem sido discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral. São muitos os tabus e medos relacionados a SIDA vivenciados pelos indivíduos acometidos e pelos pesquisadores em saúde, como resultados dessa soma de fatores, tem-se enraizado na população profundas discriminações e desigualdades dentro da sociedade (GOMES, 2019).

Os processos que caracterizam a disseminação da epidemia do HIV e seu impacto nas populações tem sofrido modificações, que estabelecem novos critérios para identificação e reconhecimento das diferenças e especificidades dos grupos populacionais vulneráveis. Reconhecer os grupos vulneráveis é imprescindível para que ocorra o planejamento das ações em saúde e a implementação de políticas e programas voltados para o atendimento dos grupos mais vulneráveis à exposição ao HIV/SIDA (MOUTINHO, 2018).

O conceito de vulnerabilidade vem sendo aplicado ao que antes era conhecido como grupos de risco para infecção do HIV, define-se vulnerabilidade a possibilidade de uma pessoa adquirir determinada patologia relacionada não apenas ao comportamento ou características individuais, mas também está relacionada ao coletivo. Depois do entendimento e da conceituação de vulnerabilidade que as pesquisas científicas tem buscado analisar o indivíduo como um todo, levando em consideração sua relação com os fatores de risco, as questões sociais, econômicas e culturais, pertencentes a ele, bem como o que o levou a estar inserido no contexto de vulnerabilidade ao HIV/SIDA (PADOVEZE, 2019).

Os grupos de vulnerabilidade ao HIV/SIDA compõem dentro da sociedade uma população que merece atenção das políticas públicas de saúde, sendo que, os determinantes em saúde caracterizam a necessidade de uma atenção específica das ações de saúde para os indivíduos acometidos pela doença, pois vários estudos têm mostrado que o processo de



disseminação da epidemia tem forte influência das desigualdades sociais existente entre os grupos populacionais (CARRAPATO, 2017).

Muitas questões éticas acompanham a atenção com o cuidado de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, mesmo antes do aparecimento epidêmico do HIV/SIDA. Um dos embates mais relevantes em relação a infecção pelo vírus causados da SIDA é a gravidez. Uma condição que traz repercussões sérias, tanto do ponto vista da saúde quanto social e ético (ATAIDE, 2019).


O objetivo deste estudo é discutir a importância da humanização no atendimento nos serviços de saúde a gestantes portadoras de HIV e a discussão do contexto cultural, social e econômico nos quais estas se encontram inseridas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que permite reflexões acerca dos dilemas envolvidos entre a gestação e o HIV. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Setembro de 2020 até Fevereiro de 2021, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: Sorodiagnóstico de HIV; Infecções por HIV; Epidemiologia e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Maio do ano de 2020, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: Sorodiagnóstico de HIV; Infecções por HIV; Gestação; Pré-natal e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Foram associados os descritores associados (tw:(Sorodiagnóstico de HIV)) AND (tw:(Infecções por HIV)), resultando em 5184 artigos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Infecções por HIV; Sorodiagnóstico da AIDS; Programas de Rastreamento; Aconselhamento; Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Soropositividade para HIV; Comportamento Sexual; Política de Saúde; Atitude Frente à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Parceiros Sexuais; Vigilância da População; Assunção de Riscos, resultando



em 4758 estudos. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2015 e 2020, resultando em 793 estudos ao final.

Foram associados os descritores associados gestação) AND (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) AND (Pré-natal), resultando em 303 artigos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Cuidado Pré-Natal; Infecções por HIV; HIV; Gestantes; Gravidez; Diagnóstico Pré-Natal; Complicações na Gravidez; Saúde da Mulher; Assistência Perinatal; Aconselhamento resultando em 187 estudos. Em seguida foram lidos os títulos e selecionados os artigos que atendessem a proposta.


Foram escolhidos resultados de pesquisas, relatos de experiência, revisões e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, dossiês, livros e artigos que não atendessem o objetivo desta revisão. Identificou-se 67 estudos nas quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português; recorte temporal de 2013 a 2020. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 26 estudos ao final.

RESULTADOS

A dinâmica das mudanças do perfil da população que convive com HIV foram fortemente influenciadas pelas desigualdades socioeconômicas do País. Durante muito tempo a maior prevalência do HIV/SIDA estava concentrada na população que tinha baixa escolaridade e a vulnerabilidade econômica. Considerava-se que quanto maior o grau de escolaridade, mais estímulo e acesso a conhecimentos sobre riscos à saúde e transmissibilidade de doenças existia (SANTOS, 2020).

Durante muito tempo a caracterização da população que convive com HIV gerou estigmas e discriminação dentro da sociedade. O termo grupos de risco foi substituído por gerar conotações prejudiciais para as ações de prevenção, já que, a população estava utilizando desses preceitos e conceitos para marginalizar e discriminar as pessoas infectadas que conviviam com o vírus do HIV (PARKER, 2019).

A terminologia grupos de risco foi sendo substituída pelo conceito de vulnerabilidades e comportamentos de risco, que ampliou as discussões sobre as possibilidades de entendimento da dinâmica da epidemia do HIV, incluindo também outros grupos sociais ao focar nos comportamentos individuais. Os estudos de comportamentos de risco foram marcados pela



ênfase em conhecimentos e representações sobre HIV/aids e em comportamentos, atitudes e práticas arriscadas (FERNANDES, 2017).


Os estudos mais atuais têm mostrado que a transmissão heterossexual é a mais prevalente, o que contribuiu também para um aumento na prevalência do diagnóstico de HIV no sexo feminino, processo que foi chamado de “heterossexualização” e “feminização” da epidemia do HIV (FEITOSA, 2018).

As mulheres portadoras do vírus do HIV que engravidam ou até mesmo aquelas que adquirem o vírus durante a gestação enfrentam grandes desafios, cobranças internas, emocionais e externas que surgem por parte da rede de convivência. A falta de apoio do companheiro ou da família na gestação, que mesmo sem envolver a SIDA já acontece, o medo da discriminação nos serviços de saúde, os medos no momento do parto, a pressão emocional e a espera para o conhecimento do diagnóstico definitivo quanto à transmissão ou não do vírus ao bebê são as situações que muitas dessas mães enfrentam (DO NASCIMENTO ANDRADE, 2018).

O primeiro aspecto a ser analisado em relação a AIDS e a gestação diz respeito à discriminação dos pacientes infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A total falta de fundamento ético e científico para esse tipo de conduta, baseada em atitude preconceituosa e contraproducente, coloca em situação errônea o processo do atendimento aos indivíduos infectados, mas principalmente os pertencentes a todos os chamados grupos de comportamento de risco. O respeito que se deve ter ao paciente é condição básica para uma relação profissional-paciente adequada (DE MELO, 2019).

Essas pessoas com HIV - AIDS, podem se deparar com indiferença, discriminação, antipatia, hostilidade ou até mesmo rejeição mesmo daqueles mais próximos como amigos e família. Muitas pessoas podem perder seus empregos, seus lares ou mesmo suas relações importantes como resultado de atitude negativa com relação a esta doença. Muitas gestantes encontram apoio pra manter a gravidez através de aconselhamento com amigos ou familiares e até mesmo participando em grupos de apoio para pessoas portadoras do HIV - SIDA. Confidencialidade é extremamente importante e necessário por parte das pessoas que oferecem serviços e apoio às pessoas vivendo com ou afetadas pelo HIV (SOARES, 2017).

Dentro dos profissionais de saúde deve ser destacada a necessidade de prepará-los para poder informar a paciente gestante portadora do HIV, de maneira cuidadosa, porém correta, quanto às suas condições e perspectivas, a fim de que ela possa exercer plenamente o direito de



tomar decisões pessoais, incluindo aquelas que dizem respeito ao seu bem estar e também quanto à sua situação presente e futuro (MEIRELLES, 2016).

A inserção das mulheres no grupo dos portadores do HIV significou que esse espaço passou a ser compartilhado por mulheres em toda extensão do seu ciclo vital e reprodutivo, afetando portanto outros atores sociais, como por exemplo, as crianças. A presença da infecção do HIV ao longo do processo reprodutivo apresenta riscos à saúde feminina e dos recém nascidos, os quais devem estar claros, quando se considera a possibilidade da reprodução (BELTRÃO, 2020).


As mulheres portadoras do vírus do HIV que engravidam ou até mesmo aquelas que adquirem o vírus durante a gestação enfrentam grandes desafios, cobranças internas, emocionais e externas que surgem por parte da rede de convivência. Os medos no momento do parto, a pressão emocional e a espera para o conhecimento do diagnóstico definitivo quanto à transmissão ou não do vírus ao bebê são as situações que muitas dessas mães enfrentam (PIRES, 2019).

É preciso compreender que o ciclo gravídico puerperal para mulheres portadoras de HIV é complexo e pode envolver sobrecargas emocionais e conflitos psicossociais que tragam repercussões negativas para o binômio mãe e recém-nascido. Nesse momento a enfermagem atua acompanhando todas as fases do HIV/SIDA, já que o foco do cuidado é o bem-estar dos indivíduos e a sua base de atuação, além de tratamento desta patologia, diagnóstico e busca da qualidade de vida, é o manejo conforme o que é preconizado pelo SUS (CARTAXO, 2013).

Vale ressaltar, também, a necessidade de a instituição e das unidades de saúde que atendem essas gestantes fornecer a seus funcionários ampla informação acerca da doença, para evitar problemas que envolvam a ignorância dos fatos como: discriminação, preconceito, conduta errada ou inadequada em face do paciente, e também a utilização indevida de instrumentos e materiais para proteção individual e coletiva (TRINDADE, 2021).

A possibilidade de transmissão para o filho que nesse caso traz a certeza de uma vida cheia de sofrimentos, isso é, aparentemente, um desestímulo poderoso ao desejo de engravidar de qualquer mulher infectada pelo HIV. No entanto, isto pode ocorrer, por ignorância sobre os riscos e conseqüências, ou por desinteresse quanto a estes pela mãe e até mesmo pelos profissionais que atendem essas gestantes (BOHRER DA SILVA, 2019).

O trabalho da enfermagem na saúde coletiva, em especial nas Unidades Básicas de Saúde, redefiniu a identidade e a valorização do profissional enfermeiro na comunidade, cuja



prática vinha sendo relacionada apenas ao trabalho técnico. Entre as inúmeras atribuições exercidas com autonomia pelo enfermeiro nas unidades de saúde, os programas atuais como o pré-natal, preventivo e outras demandas como o ato de planejar e executar ações no âmbito da saúde coletiva, supervisionar a assistência direta à comunidade, realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mediar ações intersetoriais, gerenciar os serviços de saúde, desenvolver educação em saúde com a população e educação permanente com os profissionais de saúde, necessitam de novas abordagens (REGIS, 2015).


O importante é considerar que nessas circunstâncias o papel do profissional deve ser informativo, fornecendo à gestante infectada todos os dados atualmente disponíveis relativos ao assunto. Em relação à infecção pelo HIV, não existe nenhuma lei vigente, apesar de algumas opiniões se colocarem ao contrário desta situação pelo fato de a doença ter uma influência negativa, tanto para o desenvolvimento da gestação quanto para um possível agravamento da doença materna em decorrência desta (DE OLIVEIRA CAMILLO, 2015).

Com a implementação da Lei Federal 9.313, de 13 de novembro de 1996, que instituiu o acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral no Brasil através das ações da sociedade brasileira organizada. Desde o surgimento da epidemia as ações organizacionais vem garantindo o acesso da população aos exames de monitoramento laboratorial da infecção pelo HIV, bem como aos insumos e ações de prevenção. Essas conquistas foram construídas, no país, em sintonia com princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde: equidade, integralidade e participação social (BARROS, 2017).

Todas as conquistas relacionadas a epidemia do HIV tiveram participação das três esferas de poder tripartite, o governo federal, estadual e municipal garantiram melhoras na luta contra a epidemia, construindo inclusão, combate ao estigma e respeito a todos (FACCHINI, 2018).

Esse conjunto de ações das três esferas do governo vão desde os aspectos relacionados a prevenção, acolhimento, aconselhamento, auto cuidado e monitoramento nas diferentes fases de evolução da doença, até os aspectos clínicos, psicossociais, econômicos e epidemiológicos, direcionando essas ações para a valorização da vida priorizando uma melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção do HIV/SIDA (MORA, 2018).

Os diversos estudos epidemiológicos com recortes temporais permitiram a caracterização dos grupos populacionais mais vulneráveis, com base no conceito de risco. Essa identificação possibilita um conhecimento mais detalhado e igualitário entre os grupos



vulneráveis e as políticas de saúde que são elaboradas e implementadas voltadas para eles (CARMO, 2018).

CONCLUSÃO

Com a apresentação e caracterização da epidemia do HIV/SIDA no país pode-se identificar quais são as vulnerabilidades que existem ao vírus do HIV e outros agravos. Conhecer o perfil populacional dos portadores de HIV permite garantir o direito humano à saúde, proporcionando melhor compreensão sobre os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade.

A gestante que é portadora do HIV já é trucidada psicológica e socialmente por ela mesma e até pelas pessoas de seu convívio social por isso o profissional que oferece cuidado a essa gestante não pode deixar seus conceitos pessoais interferir nesse atendimento. Os profissionais de saúde são preparados tanto com conhecimento científico quanto com conhecimento ético para lidar com essa situação, eles são informados sobre os meios de infecção, sabem, ou pelo menos deveriam saber, como se proteger e como agir diante de qualquer paciente que supostamente é portadora desse vírus.

Porém, quando estão frente a essa paciente sabidamente portadora do HIV, muitos ainda ficam dependentes de seus próprios medos ou de seus preconceitos. É nesse momento que os dilemas éticos são colocados aos profissionais, e é nesse ambiente que a bioética vai emergir como o objeto principal para domínio e reflexão da prática no que diz respeito às questões humanas e em toda a sua dimensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MEDEIROS, Amira Rose Costa et al. Análise de sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Enferm UFPE Online**, v. 11, n. 1, 2017.

MARANI, Jéssica Mikaelly et al. < b> Reconhecimento das vulnerabilidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão narrativa da literatura/Recognition of the people living with HIV/AIDS'vulnerabilities: narrative review of the literature< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 4, 2018.

GOMES, Gilberto de Miranda Ribeiro Buso et al. Respostas do Campo da Promoção da Saúde no Enfrentamento ao Hiv/Aids: Uma Revisão Sistemática Da Literatura. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 205-220, 2019.

MOUTINHO, Laura; AGUIÃO, Sílvia; NEVES, Paulo SC. A construção política das interfaces entre (homos) sexualidade, raça e aids nos programas nacionais de direitos humanos. **Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 23, 2018.



PADOVEZE, Maria Clara et al. O conceito de vulnerabilidade aplicado às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, 2019.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 676-689, 2017.

ATAIDE, Érica Catarine; JUNIOR, Leandro Passarinho Reis. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: direitos humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 1, p. 178-193, 2019.

PARKER, Richard. Estigmas do HIV/Aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 3, 2019.

SANTOS, Ana Cláudia Freitas et al. Perfil epidemiológico dos pacientes internados por HIV no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3243-e3243, 2020.

FERNANDES, Nilo Martinez et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00053415, 2017.

FEITOSA, Lucas et al. Atitudes e conhecimento sobre AIDS e seus significados: revisão integrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 422-434, 2018.

DO NASCIMENTO ANDRADE, Regiane Freitas; CRUZ, Maria Helena Santana. Gênero e HIV: Considerações Sobre A Feminização Da Aids. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 19, 2018.

DE MELO, Me Givânia Bezerra. Vivência de Mulheres Portadoras de HIV/AIDS Sobre o Período Gravídico-Puerpéral. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 5, n. 2, p. 83, 2019.

SOARES, Juliana Pontes et al. Prevalência e fatores de risco para o hiv/aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 182-194, 2017.

MEIRELLES, Maria Quitéria Batista; LOPES, Ana Karla Bezerra; LIMA, Kenio Costa. Vigilância epidemiológica de HIV/Aids em gestantes: uma avaliação acerca da qualidade da informação disponível. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 40, p. 427-434, 2016.

BELTRÃO, Renata Paula Lima et al. Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, p. e2942-e2942, 2020.

PIRES, Patrícia Vitória; MEYER, Dagmar Elizabeth Estermann. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, v. 9, n. 3, p. 95-113, 2019.

CARTAXO, Charmênia Maria Braga et al. Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, n. 3, p. 419-427, 2013.



TRINDADE, Lidiane de Nazaré Mota et al. Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

BOHRER DA SILVA, Clarissa; CORSO DA MOTTA, Maria da Graça; BENENZANI, Renata. Maternidade e HIV: desejo reprodutivo, sentimentos ambivalentes e cuidado (não) ofertado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, 2019.

REGIS, Cristiano Gil; BATISTA, Nildo Alves. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 830-836, 2015.

DE OLIVEIRA CAMILLO, Simone et al. O desejo de ser mãe frente à infecção por HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015.

BARROS, Sandra Garrido de; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 114-128, 2017.

FACCHINI, Regina; PINHEIRO, Thiago Félix; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Prevenção de HIV/aids, produção de diferenças e processos de mudança social. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 29, p. 253-262, 2018.

MORA, Claudia et al. HIV/AIDS: sexualidades, subjetividades e políticas. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 30, p. 141-152, 2018.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.



CAPÍTULO 11

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142411080

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM AOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM TRATAMENTOS PALIATIVOS

Adrielle Carneiro Brandão, Acadêmica de Enfermagem, UESB
Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos, Professora Auxiliar do Departamento de Saúde II, UESB

Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG
Suziane de Aguiar Brito, Mestranda em Enfermagem, USP
Cristian Lucas Bezerra, Acadêmico de Enfermagem, UESB

RESUMO


A assistência ao paciente terminal causado por qualquer doença considerada incurável pode ser sentido como experiência difícil por quem o enfrenta, ou seja, complexo para o paciente e para aqueles que lhe são próximos. Entende-se que o fim da vida é assunto complexo, tendo em vista que, além de todas as perdas simbólicas relacionadas ao processo de adoecimento (mudanças corporais, supressão e substituição de papéis sociais e familiares, impacto sobre as finanças, restrição da autonomia), inclui o óbito do paciente, questão que afeta todos aqueles que o cercam. Analisar as relações entre a equipe de enfermagem e o cuidado aos familiares que vivem no contexto de cuidados paliativos e de fim da vida. Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril do ano de 2019. A família simboliza na maioria das vezes o aporte psicológico, emocional e espiritual do indivíduo que está exposta a finitude da vida, transformando a família em coadjuvantes do cuidado a equipe estará oferecendo suporte psicoemocional e zelando pelo cuidado de todos.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Relações familiares.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define cuidado paliativo como uma assistência ativa e integral que é prestada às pessoas portadoras de doenças consideráveis incuráveis nos casos em que os tratamentos disponíveis não são eficazes. O tratamento paliativo tem como objetivo minimizar a dor, preservando a qualidade de vida para uma finitude digna e humanamente aceitável. A família tem sido considerada a primeira e mais importante unidade de saúde para seus membros, por possuir características especiais de proximidade e de convivência, o que favorece as condições para acompanhar o processo saúde/doença (HERMES, 2013).

Prestar assistência e cuidados paliativos a um indivíduo é dizer que se faz uma abordagem ao binômio paciente e família. Os cuidados de fim de vida são complexos e definidos por fatores difíceis de determinar, principalmente pela ineficiência em alguns prognósticos. Como existe várias




necessidades dos pacientes, sejam elas físicas e/ou psicológicas, os cuidados de fim de vida podem significar mais tempo para uns ou menos para outros. Considerar previamente que o paciente está se encaminhando para o fim de sua vida possibilita a eles e aos familiares pensarem sobre o que é importante para eles (FERNANDES, 2013).

Muitos aspectos dos cuidados paliativos são também aplicáveis mais precocemente no curso das doenças, em conjuntura com demais tratamentos. O manejo de dor e outros sintomas, e provisão de suporte psicológico, social e espiritual são essenciais para se alcançar a melhor qualidade de vida para pacientes e seus familiares. Dessa forma, as intervenções em cuidados paliativos devem ser realizadas por equipe multiprofissional pois existe uma complexidade envolvida nessa assistência buscando minimizar os sofrimentos dos pacientes e de seus familiares, uma vez que considera as relações entre eles no processo de adoecimento e de fim de vida (PAIVA, 2014).

A assistência ao paciente terminal causado por qualquer doença considerada incurável pode ser sentido como experiência difícil por quem o enfrenta, ou seja, complexo para o paciente e para aqueles que lhe são próximos. É preciso que se estabeleça resoluções efetivas de problemas e pendências emocionais, legais, financeiras e sociais que possa causar mudanças de atitude nas pessoas, isso acontece através da construção do vínculo e aproximação entre a família e equipe. Sendo assim, o adequado suporte psicológico a esses indivíduos é fundamental para que enfrentem de forma mais digna e tranquila esse momento (HERMES, 2013).

O processo morte e morrer pode ser compreendido como um processo transacional da vida, cuja dinâmica envolve o indivíduo e seus familiares em eixo comum, pois ao mesmo tempo que se reconhece a finitude, também se afirma a continuidade da vida. A forma como os familiares reagirão à perda do indivíduo está associada ao nível de integração emocional do núcleo e à relevância do papel previamente ocupado por ele. A morte provoca ruptura do equilíbrio familiar, cuja intensidade relaciona-se ao contexto cultural, étnico e social, às reações a perdas anteriores, ao momento e à natureza da morte, à função no sistema familiar e à abertura deste para outros sistemas (ESPINDOLA, 2018).

Cada família vai desenvolver seus próprios recursos emocionais e sociais para o enfrentamento da morte do familiar, esses recursos irão interferir diretamente na avaliação de um cuidado positivo ou negativo, o que vai influenciar a maneira como os cuidadores irão desempenhar essa tarefa. Se percebe sua ação de forma positiva, tende a demonstrar amor e satisfação, porém, se a percebe de forma negativa, tende a oferecer cuidados de baixa qualidade (FRATEZI, 2011).



Os familiares de pacientes em condições oncológicas paliativas também podem apresentar e manifestar angústias e sofrimentos múltiplos assim como ocorre nos pacientes que enfrentam as doenças consideráveis potencialmente fatais. As situações de enfrentamento do processo de morte e morrer levam a um desgaste físico, emocional, social e financeiro, podendo afetar diretamente sua saúde e bem-estar. Apesar disso, alguns deles conseguem acompanhar o paciente em fim da vida de forma positiva, descrevendo o período como único, gratificante, de amadurecimento e crescimento pessoal e espiritual (REZENDE, 2018).


Todas as questões relacionadas ao fim da vida de pacientes que estão em cuidados paliativos são complexas e exige compreensão das perdas simbólicas, físicas e as vezes financeira relacionadas ao processo de adoecimento, todas as mudanças evidenciadas no corpo, nos papéis sociais e familiares, o possível impacto sobre as finanças, a restrição da autonomia dos pacientes, o inevitável óbito do paciente são questão que afetam todos aqueles que estão envolvidos (DA SILVA, 2016).

Assim, é importante discutir sobre as consequências que o processo de morte e morrer nos familiares dos pacientes oncológicos, já que é evidente o aumento na quantidade de pessoas acometidas por doenças oncológicas. A questão de pesquisa que norteou esse estudo foi como a Sistematização de Enfermagem pode contribuir para o enfrentamento do processo de morte/morrer dos familiares de pacientes oncológicos em tratamentos paliativos? Os objetivos são discutir sobre as relações entre a equipe de enfermagem e o cuidado aos familiares que vivem no contexto de cuidados paliativos e de fim da vida; discutir sobre Processo de Enfermagem Aplicado a Família de pacientes oncológicos e analisar qual o papel da enfermagem no acompanhamento do Familiar de Pacientes em Cuidados Paliativos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, a partir de plataformas de pesquisa científica. Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril do ano de 2019, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO).

Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: Cuidados Paliativos; Enfermagem; Relações familiares. Identificou-se 914 estudos nas quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da



leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português; recorte temporal de 2010 a 2020.

Foi associado a busca o descritor medicamentos (tw:(cuidados paliativos)) AND (tw:(enfermagem)) resultando em 7486 estudos, foram aplicados filtros especificando como assunto principal: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Assistência Terminal; Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Enfermagem Oncológica; Atitude do Pessoal de Saúde; Papel do Profissional de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Relações Enfermeiro-Paciente; Atitude Frente a Morte; Recursos Humanos de Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Planejamento de Assistência ao Paciente, resultando em 6821 estudos, foi aplicado o filtro de idioma em português e recorte temporal dos últimos dez anos, totalizando um total de 407 estudos.

Depois associou-se o descritor tw:((tw:(familiares)) AND (tw:(enfermagem)) AND (tw:(cuidados paliativos))) resultando um total de 1057 artigos, foram aplicados os filtros de assunto principal, sendo eles: Cuidados Paliativos; Família; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Assistência Terminal; Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Cuidados de Enfermagem; Atitude Frente a Morte; Doente Terminal; Papel do Profissional de Enfermagem; Relações Profissional-Família, resultando em 981 estudos, foi aplicado o filtro de idioma em português e recorte temporal dos últimos dez anos, finalizando 107 estudos ao final.

Identificou-se diversos estudos nas quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idioma português; recorte temporal de 2010 a 2020. Os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Foram escolhidos artigos de revisão, revisões bibliográficas, teses, dissertações, resultados de pesquisas, relatos de experiência, resumos de anais, revisões e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, dossiês, livros e artigos que não atendessem o objetivo desta revisão. Totalizaram 59 artigos. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 27 estudos ao final do levantamento de material a ser utilizado.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM


Sistematizar a Assistência de Enfermagem configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Essa Sistematização tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (DO ESPÍRITO SANTO, 2020).

Sistematizar os processos de enfermagem é compreender que o trabalho da equipe de enfermagem deve ser organizado, de acordo com o método científico e o referencial teórico, de modo que seja possível o melhor atendimento das necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade pela aplicação das fases que compõem o processo de enfermagem, sendo elas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. A aplicação dessas fases exige do enfermeiro, além de conhecimento científico, habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que ajudam a determinar o fenômeno observado e seu significado (OLIVEIRA, 2017).

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), deve ser aplicada de forma humanizada e específica de acordo com as necessidades de cada indivíduo. A importância da SAE para o indivíduo se dá através de uma implementação de condutas a serem tomadas para uma assistência de acordo com suas limitações e recursos. Quando nos referimos à prática de enfermagem estamos falando de um conhecimento que deve ter embasamento tanto científico quanto ético e empírico (SILVA, 2011).

Estabelecer diagnósticos de enfermagem necessita de uma visão holística do indivíduo já que tem como foco as respostas humanas às enfermidades e seu tratamento e os processos de vida. A validade das associações entre as manifestações apresentadas pelos doentes dados objetivos e subjetivos e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental (TORRES, 2011).

Uma das principais etapas da SAE é planejamento das ações. O processo de planejamento das ações em enfermagem e saúde é fundamental para a sistematização do processo de trabalho das organizações e serviços deste setor e se reflete na qualidade da assistência aos usuários. Planejamento pode ser entendido como um método de se pensar ações, de organizar, de alcançar resultados e de efetivar metas estabelecidas. Não há garantia de sucesso, ou seja, os resultados não serão sempre positivos simplesmente por terem sido



planejados, mostrando que planejamento é também um processo dinâmico, ativo e deliberativo, mas que sem ele as chances de fracasso são maiores (SILVA, 2011).

A dinâmica envolvida para planejamento em saúde é complexa por abrir precedente para a análise do perfil das instituições, bem como as características de determinados grupos de trabalho, tal como o perfil do planejador, pois o planejamento das ações se dá num contexto cujas influências políticas locais, estaduais e federais determinam as práticas e interferem nas relações de poder e tomada de decisões (GARCIA, 2016).


A SAE torna-se um instrumento para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro e passa a ser vista como norteadora da assistência de enfermagem em todo o contexto de atuação dos profissionais de enfermagem. Está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento da prática do cuidado profissional de enfermagem, objetivando que o conjunto constituído pela investigação, diagnóstico, intervenção e avaliação possa contribuir ainda mais para a autonomia e cientificidade da Enfermagem (DE GUTIÉRREZ, 2017).

PROCESSO DE ENFERMAGEM APLICADO A FAMÍLIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

O Processo de Enfermagem Aplicado à Família (PEAF) significa a Sistematização da Assistência em Enfermagem, sendo aplicada de forma humanizada e específica para a família de acordo com as especificações e singularidades de um determinado núcleo familiar. A importância do PEAF para a família se dá através de uma implementação de condutas a serem tomadas para uma assistência de acordo com suas limitações e recursos (SALUM, 2017).

A aplicabilidade do PEAF permite uma melhora da capacidade de reflexão crítica, conduzindo a assistência para uma prática mais humana e igualitária, utilizando o diagnóstico de enfermagem para facilitar o cuidado da enfermagem atentando-se a identificação das situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, para subsidiar as intervenções de promoção e prevenção da saúde do indivíduo, família e comunidade (RIBEIRO, 2018).

Planejar a assistência ao familiar do paciente em cuidados paliativos é buscar a integralidade do cuidado, envolvendo profissionais e outros envolvidos a atentaram para a oportunidade de visualizar e melhor compreender os padrões de relacionamentos estabelecidos entre indivíduo, família e profissionais da saúde, com ênfase na forma como os atores envolvidos nesse cenário se mobilizam em prol da melhoria na finitude da vida (ANDRADE, 2013).




O PEAf é um dos maiores instrumentos para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro junto aos familiares de pacientes em cuidados paliativos e passa a ser visto como norteador da assistência de enfermagem no contexto de atuação dos profissionais de enfermagem, considerando-o este como elemento intrinsecamente relacionado ao desenvolvimento da prática do cuidado profissional de enfermagem, objetivando que o conjunto constituído pela investigação, diagnóstico, intervenção e avaliação possa contribuir ainda mais para a autonomia e cientificidade da Enfermagem (MIRANDA DA SILVA, 2010).

A investigação sobre as relações familiares de pacientes que estão em tratamento paliativo para as neoplasias envolvem a reflexões sobre as diferentes concepções acerca da instituição familiar que se configura nos dias atuais. Pode-se considerar os núcleos familiares como agrupamento de indivíduos que interagem por vínculos afetivos, consanguíneos ou políticos, sendo que, existe em qualquer uma dessas interações uma rede de comunicação e influência mútua (MATOS, 2018).

Os sistemas familiares são compostos por outros subsistemas que formam e caracterizam a complexidade da dinâmica familiar, são exemplos o subsistema conjugal, subsistema parental e subsistema fraternal, nos quais as interações e a dinâmica de comunicação são diferentes do principal, esses subsistemas podem organizar-se através de características como faixa etária, sexo, função, relacionamento interpessoal, interesses comuns, entre outras (FERREIRA, 2012).

Toda família passa por períodos difíceis e fases traumáticas ou estressantes que podem por vezes abalar as estruturas emocionais destas, trazendo novas estruturas familiares. As mudanças que acontecem na estrutura e nos papéis desempenhados pelos familiares nos momentos de crise são esperadas e difíceis de prever. Situações como o diagnóstico de doenças graves em um de seus membros pode trazer questões pessoais para cada integrante, por isso, é importante que a equipe envolvida nos cuidados paliativos inclua eles durante o processo, objetivando o conforto do paciente e de seus familiares, por meio de atenção pautada em adequado enfrentamento da morte, aceitação da finitude e minimização do sofrimento físico, psicológico e espiritual (HORTA, 2018).

Incluir as famílias nos cuidados paliativos é uma das medidas eficazes para adaptá-las às situações relacionadas ao adoecimento e à terminalidade, para que também possam dar apoio e suporte a seus integrantes doentes. Os cuidados ofertados ao paciente e ao familiar que encontra-se em assistência paliativa têm como objetivo melhorar os recursos emocionais para



lidar como luto e com possíveis crises decorrentes da doença e da finitude da vida de um dos integrantes (DA ENCARNAÇÃO, 2014).


É preciso que a comunicação e o diálogo entre a equipe de saúde e a família aconteça de forma simples, honesta e efetiva. Fortalecer o vínculo entre profissional e os familiares torna assistência mais holística e integral, garantindo a existência de uma relação de confiança, que possa atender as suas necessidades fortalecendo as relações familiares diante do enfrentamento de perdas, de doença, de incapacidades e de morte (DE ANDRADE, 2019).

ENFERMAGEM E O FAMILIAR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

A abordagem da equipe de enfermagem para os pacientes que se encontram em cuidados paliativos, mostra a complexidade que existe nesta área de atuação da enfermagem, trazendo assim reflexões acerca do que é necessário para que a equipe desempenhe seu papel de maneira humanizada, efetiva e holística. O empenho da equipe de saúde deve acontecer através do trabalho interdisciplinar, para assim atender todas às necessidades de cuidado em saúde do indivíduo e de seus familiares frente a essa realidade complexa do processo de morte e morrer (FRANCO, 2017).

O envolvimento dos familiares durante os cuidados paliativos é essencial para o processo de finitude da vida de um indivíduo, nesse momento ele pode reforçar os laços existentes e ter apoio emocional e espiritual para então aceitar as condições do processo de morte morrer, retomando o sentido de família como grupo que exerce um importante papel no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Quando um indivíduo recebe o diagnóstico de alguma comorbidades incurável toda a família sofre com ele o impacto dessa situação, é imprescindível que a família faça parte desse processo, pois dessa forma ela pode minimizar os efeitos das reações distintas do processo de morrer como negação, reserva ou fechamento ao diálogo (BORGES, 2012).

A equipe de enfermagem precisa reconhecer o sistema familiar como componente crucial para o apoio emocional e espiritual do indivíduo frente a morte para que assim este grupo possa possibilitar a minimização dos medos, ansiedades, receios e tabus de ambos no processo. O cuidado paliativo oferecido em concomitância a assistência aos familiares traz desafios para a enfermagem, já que além das condições físicas e psicológicas para o indivíduo, a família também passa por sobrecarga emocional necessitando de um cuidado direcionado (VASCONCELOS, 2018).




Diversas vezes o cuidado paliativo pode ser realizado em domicílio, nessas situações percebe-se o estreitamento da relação entre equipe e familiares, já que o cuidado domiciliar fica sobre a responsabilidade dos familiares e quase sempre as habilidades de assistência fica a cargo dos parentes, pois em diversas situações a grupos familiares que não optam por pagar um cuidador (MAGALHAES, 2012).

A equipe de enfermagem que atua no contexto dos cuidados paliativos vivência no dia a dia sobrecarga no trabalho, por diversas vezes têm que lidar com sentimentos como solidão dos pacientes e até mesmo sentimento de impotência diante da dor e do sofrimento do doente sob seus cuidados, gerando algumas vezes desconforto e tristeza. Existem situações que os familiares podem fazer cobranças relacionadas as alternativas terapêuticas e isso pode causar desconforto. Por isso se faz necessário um diálogo permanente com os familiares acerca do que está sendo desenvolvido na assistência, explicações como quais os medicamentos e materiais estão sendo utilizados no tratamento precisam se tornar rotina dessas equipes (CARDOSO, 2013).

A doença incurável que acomete o indivíduo têm repercussões para todo o grupo familiar, as relações se tornam mais sensíveis aos papéis que cada um desempenha, as emoções e sentimento se tornam mais intensos e o doente passa a ser o foco de atenção fazendo em algumas situações que os familiares tenham que abdicar de algumas rotinas no seu modo de vida para poder dar um suporte emocional e espiritual para essa pessoa. A enfermagem precisa junto a família desenvolver várias formas de apoio e ajuda, criando novas ferramentas para uma assistência humanizada e efetiva (ARAÚJO, 2012).

Um dos aspectos mais relevantes vividos por pacientes em cuidados paliativos é a assistência e o suporte espiritual que os familiares podem oferecer. As situações críticas e terminais dos pacientes expõem as famílias a vivenciar necessidades de otimismo, esperança e gratidão, por vezes, fazendo com que eles ofereçam ao paciente amor e cumplicidade, revendo convicções que podem ter os afastado por algum momento, encontrando assim um significado para a vida e para as necessidades relacionadas à espiritualidade e/ou religiosidade e preparação para a morte (EVANGELISTA, 2016).

A assistência de enfermagem ao familiar de indivíduos que estão com doenças terminais, precisa auxiliar esse núcleo familiar a suportar todo o estresse emocional vivenciado por eles nesse momento, é necessário reconhecer o aspecto emocional e espiritual vividos por



eles. É necessário ouvir as indagações das famílias para desenvolver intervenções e linhas de direção para os serviços (BENITES, 2017).

CONCLUSÃO


Diante da complexidade e subjetividade dos cuidados paliativos a um paciente em assistência terminal é preciso refletir sobre o cuidado ao paciente e família que vivenciam o processo de morte e morrer, assim como dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde nesse processo.

A atuação da equipe de enfermagem exerce protagonismo no cuidado terminal, já que a enfermagem nas diversas fases do processo de viver, adoecer e morrer objetiva que esse processo aconteça de forma humanizada e integral. Em decorrência do processo de morte e morrer muitos sentimentos e atitudes como raiva, hostilidade, nervosismo e impaciência podem se manifestar em pacientes e familiares, e o respeito frente a essas reações é preponderante para a integralidade do cuidado.

A equipe de enfermagem precisa estar preparada para realizar o cuidado ao núcleo familiar dos pacientes que se encontram em processo de morte e morrer, uma vez que estes requerem dedicação e assistência humanizada. Além de reconhecer que se trata de momento frágil para a família a enfermagem precisa compreender a individualidade e a singularidade de cada ser humano, pois somente assim vai haver respeito e compreensão das atitudes de enfrentamento dos estágios de aceitação da morte que podem emergir em pacientes e familiares.

Ampliar o cuidado da assistência aos familiares é essencial, uma vez que a família vivencia junto ao paciente o processo de morte e morrer. Assim, a enfermagem pode contribuir para diminuição do impacto negativo que a perda do paciente pode levar a ocorrer nas relações e estrutura familiar. A família simboliza na maioria das vezes o aporte psicológico, emocional e espiritual do indivíduo que está exposta a finitude da vida, transformando a família em coadjuvantes do cuidado a equipe estará oferecendo suporte psicoemocional e zelando pelo cuidado de todos.

Incluir os familiares na assistência prestada nos serviços de saúde que ofertam cuidados paliativos é essencial para a integralidade do cuidado e valorização da necessidade de alívio dos sofrimentos psicológicos e espirituais presentes no processo de morte e morrer dos pacientes e dos familiares. Portanto, cabe a equipe de enfermagem priorizar as preocupações e anseios da família em luto durante a assistência a fim de prepará-los para aceitar a perda e lidar com a dor. Neste sentido, estarão dando a importância da inclusão dos familiares nas tomadas



de decisões sempre que possível, almejando satisfazer as necessidades da família que vivencia o luto.

REFERÊNCIAS

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.

FERNANDES, Maria Andréa et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista bioética**, v. 22, n. 3, p. 550-560, 2014.

ESPINDOLA, Amanda Valério et al. Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 371-377, dez 2018.

FRATEZI, Flavia Renata; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

REZENDE, Mara; REMONDES-COSTA, Sônia. Impacto da Doença Oncológica nos Familiares: Sobrecarga e Sintomatologia Psicopatológica, Relação e Implicações. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 45-56, 2018

DA SILVA, Silvana Maria Aquino. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 253-257, 2016.


DO ESPÍRITO SANTO, Ilana Maria Brasil et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 43, p. e2945-e2945, 2020.

OLIVEIRA, Graziella Synara Alves da Silva; ALMEIDA, Mirla; OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes. A Importância Da Sistematização Da Assistência De Enfermagem No Cuidado Paliativo. In: Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia 2017.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

TORRES, Érica et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 730-736, 2011.

SILVA, Elisama Gomes Correia et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011.



GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-6, 2016.

DE GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero; MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 455-460, 2017.

SALUM, Maria Eduarda Grams et al. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 528-535, 2017.

RIBEIRO, Flávia Cristina et al. Percepção do enfermeiro da Unidade de Saúde da Família em relação ao gerenciamento de conflitos. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 8, n. 1, p. 42, 2018.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

MIRANDA DA SILVA, Marcelle; CHAGAS MOREIRA, Marléa. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2010.

MATOS, Johnata da Cruz; BORGES, Moema da Silva. A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2399-2406, 2018.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; DE SOUZA, Claudenice Leite Bertoli; STUCHI, Zaiana. Cuidados paliativos e família. **Revista de Ciências Médicas**, v. 17, n. 1, 2012.

HORTA, Ana Lúcia de Moraes; FERNANDES, Hugo. Família e crise: contribuições do pensamento sistêmico para o cuidado familiar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, n. 2, p. 234-235, 2018.


DA ENCARNAÇÃO, Juliana Fiorim; DA COSTA FARINASSO, Adriano Luiz. A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 137-148, 2014.

DE ANDRADE, Gustavo Baade et al. Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 713-717, 2019.

FRANCO, Handersson Cipriano Paillan et al. Papel da enfermagem na equipe de cuidados paliativos: a humanização no processo da morte e morrer. **Rev Gestão e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 48-61, 2017.

BORGES, Moema da Silva; MENDES, Nayara. Vivências perante a morte: representações sociais de familiares de pacientes fora de possibilidades de cura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 217-224, 2012.

VASCONCELOS, Gabriella Belém; PEREIRA, Patrícia Mora. Cuidados paliativos em atenção domiciliar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.



MAGALHAES, Suzane Bandeira; LINS, Anamelia; FRANCO, Silva. Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 3, p. 94-109, 2012.

CARDOSO, Daniela Habekost et al. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1134-1141, 2013.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 121-129, 2012.

EVANGELISTA, Carla Braz et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 176-182, 2016.

BENITES, Andréa Carolina; NEME, Carmen Maria Bueno; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia**, v. 34, n. 2, p. 269-279, 2017.



CAPÍTULO 12

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142512080

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM IDOSOS USUÁRIOS DA POLIFARMÁCIA PARA O TRATAMENTO DE SÍNDROME METABÓLICA

Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG
Alessandra Santos Sales, Professora Substituta do Departamento de Saúde II, UESB
Jair Magalhães da Silva, Professor Assistente do Departamento de Saúde II, UESB
Luis Gustavo Oliveira Farias, Especialização em Enfermagem Cardiovascular e Hemodinâmica, UECE
Conrado Pizzolatto Castanho, Doutorando em Ciências da Saúde, FURG
Stela Almeida Aragão, Mestrado em Enfermagem e Saúde, UESB
Thainan Alves Silva, Mestrado em Enfermagem e Saúde, UESB
Cristian Lucas Bezerra, Acadêmico de Enfermagem, UESB


RESUMO

O processo de envelhecer além de psicossocial é biológico e natural, nele encontramos as funções e atividades de diferentes órgãos diminuídas, alterando a velocidade e capacidade de responder aos medicamentos. O potencial das interações, bem como sua prevalência estão relacionadas a variáveis distintas como condições clínicas dos indivíduos, quantidade e características dos medicamentos envolvidos no processo. O objetivo deste estudo foi abordar as interações clinicamente importantes das drogas mais usadas no tratamento de três das Síndromes Metabólicas e descrever quais os prejuízos e benefícios essas interações medicamentosas trazem para os idosos. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado com todos os moradores de idade maior ou igual a 60 anos, não institucionalizadas, de ambos os sexos, identificados, por pesquisa prévia de uma coorte denominada “Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos”, que foi iniciada em 2013 na zona urbana do município de Aiquara-BA. Para compreender, evitar os efeitos danosos e tratar as complicações da polifarmácia, os profissionais de saúde que cuidam do público geriátrico devem buscar o conhecimento complexo por traz das terapias farmacológicas, corresponde desde as alterações orgânicas singulares do envelhecimento que influenciará o metabolismo das medicações.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Idoso; Assistência à Saúde; Pessoa Idosa e Medicamentos.

INTRODUÇÃO

Definido para além de um estado cronológico, o envelhecimento é um processo em que estão envolvidas condições fisiológicas, mentais e de saúde do indivíduo. Nessa perspectiva, considera-se o envelhecimento humano como um conjunto de fatores passíveis de mudanças e não um processo unilateral e uniforme, mas sim, a somatória de vários processos que se relacionam entre si, dos quais podemos observar os aspectos biopsicossociais (CHAGAS, 2012).



Farias (2012), traz que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirma que o envelhecimento é um “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”. A definição de idoso, segundo o estatuto do idoso, são todos os indivíduos com faixa etária igual ou superior a 60 anos, seja ele de ambos os sexos, sem distinção de cor, raça, gênero e/ou ideologia.


O processo de envelhecer além de psicossocial é biológico e natural, nele encontramos as funções e atividades de diferentes órgãos diminuídas, alterando a velocidade e capacidade de responder aos medicamentos. As diversas patologias que acometem os idosos concomitantes se torna comum pela diminuição das atividades metabólicas normais o que contribui para os efeitos positivos ou negativos para a polifarmácia (SCHNEIDER, 2008).

Hipertensão e Diabetes são reconhecidos pelo Ministério da Saúde como fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, que configuram importante causa de óbito entre a população idosa e, portanto, devem ser tratadas adequadamente. Nessa perspectiva, é preciso considerar que as doenças crônicas cujo enfrentamento é primacial, precisam de uma atenção em seu tratamento pois além do tratamento farmacológico existem outras alternativas terapêuticas capazes de promover seu controle e melhorar a qualidade de vida de seus portadores (MENDES, 2011).

Mendes (2011), diz que os idosos constituem o grupo etário com maior uso de medicamentos na sociedade. O aumento da expectativa de vida da população trouxe como resultado exponencial a prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis, dentre elas destacamos a hipertensão arterial e diabetes mellitus 2, que contribuem em potencial para o elevado consumo de medicamentos nessa faixa etária.

Os resultados e consequências decorrentes do uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e econômico que repercute diretamente na segurança do paciente expondo-o a agravos potenciais a saúde. A velhice quando associada à alguma patologia traz mudanças orgânicas histofisiológicas corporais; estas são essenciais para as condições farmacocinéticas e dinâmicas que ocasionam a resposta dos medicamentos. O tratamento medicamentoso é ainda o mais utilizado para o cuidado à pessoa idosa (SECOLI, 2010).

Secoli (2010), afirma que uma interação medicamentosa ocorre quando um ou mais medicamentos influenciam na ação de outro. O potencial das interações, bem como sua




prevalência estão relacionadas a variáveis distintas como condições clínicas dos indivíduos, quantidade e características dos medicamentos envolvidos no processo. Alguns fatores que levam a esse evento podem ser intencionais ou não, e, são agravados quando associados a problemas visuais, auditivos e de memória, recorrentes durante a senilidade. Assim, idosos constituem o grupo mais vulnerável, visto que a maioria das interações ocorre através de processos que envolvem a farmacocinética e/ou farmacodinâmica do medicamento.

Além de representarem risco em potencial para os pacientes idosos e um possível insucesso para a equipe multiprofissional de saúde, as interações medicamentosas podem elevar muito os custos relativos da saúde, considera-se tanto o aumento no número de dias que esse paciente pode ficar no ambiente hospitalar por conta desse evento como a necessidade de testes laboratoriais para monitorar os resultados das interações. Vale salientar que, a terapia farmacológica para esse grupo etário requer cuidados especiais (LIMA, 2009).

Os estudos das incidências, agravos e reações causadas pelas interações medicamentosas é epidemiologicamente variável e vai depender do tipo de estudo, da população avaliada que geralmente são idosos e/ou crianças, por representarem os grupos com risco habitualmente grave para interações e da condição clínica em que essa população se encontra. Contribui para as variações desse tipo de estudo, o desconhecimento das combinações potencialmente maléficas ou benéficas pelo idoso as quais foram e são prescritas as combinações de medicamentos com potencial risco para interações, seja ela benéficas ou maléfica (JACOMINI, 2011).

Dentre os estudos acadêmicos e epidemiológicos observa-se que os idosos com renda de menor valor constituem as populações mais vulneráveis a sofrer pelos efeitos do tratamento medicamentoso nas doenças crônicas. Os fatores relacionados ao abandono, uso incorreto ou não aceitação do tratamento farmacológico estão relacionados com características individuais do paciente, com os determinantes sociais que constituem seu perfil social, o processo saúde-doença, as medicações utilizadas e o relacionamento interpessoal entre a população e os serviços de saúde.

O objetivo deste estudo foi abordar as interações clinicamente importantes das drogas mais usadas no tratamento de três das Síndromes Metabólicas e descrever quais os prejuízos e benefícios essas interações medicamentosas trazem para os idosos com o intuito de auxiliar os profissionais a intervir farmacologicamente nos processos de doença, buscando melhores



desfechos para os pacientes e menores gastos com a complexa terapêutica das doenças crônicas sob sua responsabilidade.

MATERIAL E MÉTODO


Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, realizado com todos os moradores de idade maior ou igual a 60 anos, não institucionalizadas, de ambos os sexos, identificados, por pesquisa prévia de uma coorte denominada “Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos”, que foi iniciada em 2013 na zona urbana do município de Aiquara-BA que fica localizado na região centro-sul do estado da Bahia com uma população estimada no ano de 2018 de 4.478 habitantes (IBGE, 2018).

Foram critérios de inclusão no estudo apresentar 60 anos ou mais de idade, residir na zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário e dormir quatro dias ou mais por semana no domicílio onde foi realizada a entrevista. Os critérios de exclusão foram indivíduos institucionalizados, idosos não encontrados até a terceira tentativa de contato, em horários e dias da semana diferentes, previamente agendados com o pesquisador responsável e daqueles que estiveram sob condições cognitivas e físicas incapacitantes para responder o questionário.

O alcance dos idosos foi por meio de apoio com a secretaria de saúde e a Unidade de Saúde da Família do município. A conformação do instrumento de coleta de dados foi composta por módulos dispostos com base em grupos de variáveis no qual foi agregado a um constructo de questionários testados e validados no Brasil. O instrumento foi aplicado por pesquisadores previamente treinados e supervisionados em campo de coleta. Foram realizadas visitas domiciliares com entrevista para implementação do questionário.

Para a avaliação do número de medicamentos habitualmente consumidos, prescritos ou não, citados pelos idosos, solicitou-se a apresentação, quando possível, da embalagem e da receita médica, na tentativa de minimizar o viés de recordatório do entrevistado e eventuais erros de informação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 171.464, de 17 de dezembro de 2012, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril do ano de 2020, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem




(BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: Enfermagem; Idoso; Assistência à Saúde; Pessoa Idosa e Medicamentos.

Foram associados os descritores associados `tw:(idoso) AND (tw:(pessoa idosa) AND (tw:(medicamentos)))`, resultando em 612.505 artigos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Hipertensão; Diabetes Mellitus Tipo 2; Anti-Hipertensivos; Hipoglicemiantes; Pressão Sanguínea; Doenças Cardiovasculares; Adesão à Medicação; Antagonistas Adrenérgicos beta; Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina; Glicemia; Bloqueadores dos Canais de Cálcio; Diuréticos; Metformina; Diabetes Mellitus Tipo 1; Nifedipino; Tetracóis; Hidroclorotiazid; Tiazolidinedionas; Anlodipino; Hemodinâmica, resultando em 59.276 estudos. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2010 e 2020, resultando em 22.684 estudos ao final, foram selecionados os trabalhos publicados no idioma português resultando em apenas 249.

Foram utilizados os descritores associados `(tw:(Enfermagem)) AND (tw:(Medicamentos)) AND (tw:(Assistência à Saúde))`, resultando em 9.310 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Papel do Profissional de Enfermagem; Tratamento Farmacológico; Cuidados de Enfermagem; Prescrições de Medicamentos; Atitude do Pessoal de Saúde; Profissionais de Enfermagem; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Adesão à Medicação; Qualidade da Assistência à Saúde; Competência Clínica; Padrões de Prática em Enfermagem; Hipertensão, resultando em 2.782 artigos ao final. Em seguida foi aplicado o filtro temporal para trabalhos publicado entre os anos de 2015 e 2020, resultando em 1.108 estudos ao final, foram selecionados os trabalhos publicados no idioma português resultando em apenas 220.

Foram utilizados os descritores associados `(tw:(Enfermagem)) AND (tw:(Medicamentos)) AND (tw:(Idoso))` resultando em 5.075 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Enfermagem Geriátrica; Tratamento Farmacológico; Hipertensão; Profissionais de Enfermagem; Prescrições de Medicamentos; Idoso; Adesão à Medicação; Diabetes Mellitus Tipo 2; Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Envelhecimento; Anti-Hipertensivos; Educação em Saúde; Saúde do Idoso, resultando em 1.518 artigos ao final. Em seguida foram selecionados os trabalhos publicados no idioma português, resultando em 159 estudos ao final.




Foram escolhidos resultados de pesquisas, relatos de experiência, revisões bibliográficas e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, dossiês e artigos que não atendessem o objetivo desta revisão. Identificou-se 137 estudos nas quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português; recorte temporal de 2006 a 2020. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 23 estudos.

RESULTADOS

Realizada entre os idosos residentes no município de Aiquara-BA no ano de 2015, o presente estudo identificou alta prevalência de polifarmácia. Foram avaliados 210 idosos, sendo a média de idade igual a 72,88 anos (idade máxima de 95 anos e mínima de 60 anos) como fatores associados à polifarmácia tivemos 64,3% indivíduos do sexo masculino, 85,2% da população não branca e 51,9% sem companheiros. A referida população enquadra-se no contexto mundial quando analisados o complexo tratamento medicamentoso para as doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos. A idade dos idosos variou de 60 a 95 anos, sendo que, 24,8% (n=52) desses idosos tinham idade ≥ 80 anos e 75,2% (n=158) com idade entre 60 e 79 anos, como desvio-padrão das idades identificou-se um DP=8,398. Desta população 35,7% (n=75) eram do sexo feminino e 64,3% (n=135) do sexo masculino (Tabela 1).

De acordo com os achados na literatura internacional, a ocorrência de eventos adversos relacionados a terapia medicamentosa é maior nesta faixa etária, e se torna mais complexa a depender da terapia escolhida para o idoso. As repercussões potenciais das interações medicamentosas na terceira idade podem ser consideradas um importante problema de saúde pública, pois podem estar relacionadas com aumento da morbimortalidade dessa faixa etária (SANTOS, 2019).

Em relação aos idosos em condição de polifarmácia a escolaridade encontrou-se 49% dos idosos nunca foi à escola e 51% (n=107) fizeram o ensino fundamental, médio ou superior, relacionado a renda mensal 29,2% (n=56) recebiam até um salário mínimo, 70,8% (n=136) recebiam um valor maior ou igual a um salário mínimo. Segundo a variável socioeconômica situação conjugal constatou-se que 48,1% (n=101) moravam acompanhados e 51,9% (n=109) moravam sem companheiros.




Mendes (2011) considera que de modo geral, as interações medicamentosas podem estar associadas a resultados não esperados dentro de uma terapia farmacológica. As variáveis socioeconômicas e demográficas podem influenciar de maneira direta no seguimento do tratamento medicamentoso, bem como interferir no relacionamento interpessoal entre usuário e profissional o que pode contribuir para o resultado favorável ou desfavorável no uso da polifarmácia.

A distribuição entre os idosos com hipertensão, diabetes e dislipidemia está apresentada na tabela 2, sendo evidenciada dentre os parâmetros analisados para escolha dos idosos participantes da pesquisa e o uso da polifarmácia para as doenças crônicas não transmissíveis. Para classificação dos diabéticos foram escolhidos os que apresentaram diagnóstico médico de diabetes mellitus, dentre eles 74,3% (n=156) não apresentaram diagnóstico de DM e 25,7% (n=54) tiveram diagnóstico confirmado para diabetes e faziam uso das classes de medicamentos antidiabéticos.

O diabetes mellitus pode ser considerado um distúrbio de ordem metabólica com etiologia múltipla a seus fatores predisponentes, caracterizada por uma hiperglicemia crônica. Ela pode acontecer tanto pela decorrência de uma deficiência de insulina, como pela incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos, ou até mesmo de uma combinação, em graus variáveis, dessas condições. Dentre os principais sintomas pode-se destacar a polidipsia, poliúria, polifagia, visão turva e perda de peso. Em algumas formas mais graves, pode ocorrer cetoacidose ou estado hiperosmolar não cetótico, que leva ao torpor, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte (NETO, 2018).

Foram classificados como hipertensos pacientes que tiveram diagnóstico médico de hipertensão, dentre eles 73,2% (n=153) apresentaram a HAS e faziam uso das classes de medicamentos anti-hipertensivos, definidos para o tratamento medicamentoso da hipertensão. Foram excluídas da amostra pessoas que não tinham diagnóstico prévio de hipertensão e que não faziam uso de medicamentos anti-hipertensivos, 26,8% (n=56) não foram classificados como hipertensos.

Define-se Hipertensão arterial como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos de um indivíduo. Frequentemente ela pode estar associada a outros distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Se somada a outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus, a Hipertensão pode se tornar uma condição grave, com alto grau de



morbidade e mortalidade. Indivíduos Hipertensos estão mais susceptíveis a apresentar eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal (MALACHIAS, 2016).


Para identificação dos idosos com dislipidemia foram avaliados os exames laboratoriais e diagnóstico médico, dentre eles 22,4% (n=47) confirmaram o diagnóstico de dislipidemia e 77,6% (n=163) não foram classificados como dislipidêmicos. Classifica-se como Dislipidemia toda alteração do metabolismo de lipoproteínas circulantes no sangue. Comumente a desregulação das lipoproteínas resulta do sobrepeso e condições como Diabetes devido à resistência à insulina e a obesidade, podendo ser caracterizada pelo aumento na produção de glicose, hipertrigliceridemia e VLDL, associando-se a redução na HDL e elevação na LDL. O padrão comum de apresentação de distúrbios lipídicos mostram elevação nos níveis dos triglicerídeos e diminuição da Lipoproteína de Alta Densidade (VALENÇA, 2018).

DISCUSSÃO

Os diferentes resultados relacionados ao tratamento farmacológico em idosos podem ser explicados pelas características do modelo de atenção à saúde utilizados pela rede de atenção à saúde local, indicadores sociais que variam de acordo os determinantes sociais de cada realidade e indicadores econômicos de cada região. Podem estar relacionados também por estipulação de recortes temporais diferentes para listar o uso dos medicamentos pelos idosos, variando entre medicamentos utilizados na última semana, nos últimos 15 ou 90 dias, no último ano e/ou habitualmente utilizados (SALES, 2014).

Secoli (2010) traz como definição de polifarmácia o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. O uso da polifarmácia entre os idosos tem eficácia quando o objetivo é o controle dos sinais, sintomas e agravos das doenças crônicas não-transmissíveis. O tratamento farmacológico associado com a terapia não medicamentosa condiciona os idosos há um aumento da expectativa de vida e a diminuição da morbimortalidade causada pelos agravos das doenças crônicas.

A polifarmácia é comum no idoso e deve ser vista como um importante fator contribuinte para o aparecimento das interações medicamentosas potencialmente perigosas. É possível relacionar a polifarmácia com o alto risco de efeitos colaterais, uso inapropriado de drogas, não aderência ao tratamento, síndromes geriátricas e mortalidade nos idosos (NASCIMENTO, 2017).




Dentre as alternativas terapêuticas capazes de promover o controle e melhorar a qualidade de vida dos idosos acometidos pelas doenças crônicas a terapia farmacológica requer cuidados especiais. A preocupação existente em relação aos efeitos prejudiciais do uso de medicamentos nos idosos tem aumentado e motivado estudos no meio científico, identificando prescrições com associações por vezes não justificadas, interações medicamentosas, redundância e uso de medicamentos sem valor terapêutico, o que têm contribuído para o surgimento de efeitos tóxicos e reações adversas potencialmente graves.

Os idosos se constituem na faixa etária com maior uso de medicamentos na sociedade. O aumento na incidência das doenças crônico-degenerativas, entre elas hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia, tem contribuído para o alto consumo de medicamentos nesse grupo etário. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são reconhecidos pela literatura científica como fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que configuram importante causa de óbito entre a população idosa e, portanto, devem ser tratadas adequadamente. Nesse perspectiva, consideram-se como doenças cujo enfrentamento é prioritário (OLIVEIRA, 2010).

Radovanovic (2014), aborda que dentre as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem em importantes fatores de risco para complicações sistêmicas, sendo estas consideradas problemas de saúde pública em âmbito mundial. O tratamento da hipertensão arterial e diabetes no idoso inclui além da terapêutica medicamentosa, mudanças nos hábitos e estilo de vida, como realização de atividades físicas diárias, modificações dos hábitos nutricionais exigindo dessa forma o acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

Diversas classes de anti-hipertensivos e antidiabéticos demonstram redução no risco cardiovascular iminente ao indivíduo crônico. Na maioria dos casos, é necessário associar fármacos com mecanismos de ação diferentes para obter uma resposta terapêutica efetiva. Além das evidências dos benefícios clínico, na escolha dos anti-hipertensivos e antidiabéticos deve-se considerar fatores como comorbidades do paciente, o perfil dos efeitos adversos das medicações, a interação medicamentosa, a posologia e até mesmo o preço do fármaco no mercado (LONGO, 2011).

O principal objetivo do tratamento farmacológico no diabetes mellitus é normalizar os parâmetros metabólicos glicêmicos para reduzir o risco de complicações. Para pacientes acometidos pelo diabetes mellitus Tipo I, a estratégia farmacológica consiste na administração de doses suficientes de insulina exógena para conseguir valores normais da glicemia, sem induzir possível hipoglicemia. A terapia adequada para os diabéticos Tipo I não apenas produz



glicemia normal, mais também reverte a resposta de inanição metabólica mediada pela ação dos hormônios contrarreguladores sem qualquer oposição (VITOI NAYLA, 2015).


Vitói Nayla, (2015) coloca que para o tratamento dos diabéticos do Tipo II é preciso outras terapias além do tratamento farmacológico. Os pacientes sobrepesos e/ou obesos devem realizar atividade física diária para reduzir o peso corporal, com o objetivo de melhorar a sensibilidade à insulina. Alguns idosos com diabéticos Tipo II conseguem controlar a doença modificando sua dieta e inserindo exercícios físicos a sua rotina. Para a terapia farmacológica do diabetes Tipo II tem-se medicamentos que podem ser administrados via oral que atuam no retardo da velocidade de absorção da glicose no intestino (inibidores da α -glicosidase), aumentando a secreção de insulina pelas células (sulfoniluréias, meglitinidas e compostos miméticos do GLP-1) ou aumentando a sensibilidade à insulina nos tecidos-alvo (tiazolidinedionas e biguanidas).

A introdução dos anti-hipertensivos, por exemplo, deve ser feita em doses adequadas as condições farmacocinéticas do indivíduo de modo onde o aumento das doses ocorra de maneira lenta e gradual, evitando assim quedas tensionais que possam acarretar hipotensão ortostática ou diminuição do fluxo sanguíneo em órgãos vitais (SILVEIRA, 2018).

A obesidade e dislipidemia estabelece uma estreita relação com DM e HAS, o sobrepeso e a obesidade, vêm atingindo incidência e prevalência crescentes no mundo todo e estão relacionados a uma série de eventos incluindo resistência à insulina, intolerância à glicose, dislipidemia, aterosclerose e hipertensão, todos associados a aumento do risco de complicações cardiovasculares. A relação entre aumento da circunferência abdominal, hipertensão arterial, glicemia de jejum elevada e dislipidemia constitui a chamada síndrome metabólica (BARROSO, 2017).

O sobrepeso e a obesidade estão associados a modificações no sistema renal causando prejuízos hemodinâmicos, estruturais e histológicos, bem como desordens de características metabólicas e bioquímicas que predispõem à doença renal, o que pode tornar os parâmetros farmacocinéticos ainda mais complexos na escolha da conduta terapêutica no tratamento das doenças crônicas (KOVESDY, 2017).

Os adipócitos não são apenas um reservatório de gordura. O tecido adiposo é dinâmico e está envolvido na produção de proteínas sinalizadoras celulares, chamadas de adipocinas ou adipocitocinas, incluindo a leptina, adiponectina, fator de necrose tumoral- α , proteína quimiotática de monócitos-1, fator de transformação do crescimento- β e angiotensina-II. Com a obesidade temos um aumento da reabsorção tubular renal de sódio, o que prejudica a natriurese pressórica, causando expansão de volume devido à ação do sistema nervoso




simpático e sistema renina-angiotensina-aldosterona. Em algumas situações podem ocorrer também a compressão dos rins, especialmente quando há obesidade visceral (PRADO, 2009).

O tratamento farmacológico da dislipidemia deve acontecer de acordo com o risco cardiovascular calculado. Existem cinco classes de agentes para a modificação farmacológica do metabolismo dos lipídios. Três dessas classes os inibidores da síntese de colesterol, sequestradores de ácidos biliares e inibidores da absorção de colesterol possuem resposta efetiva sobre o metabolismo dos lipídios. Embora os efeitos das outras duas classes os fibratos e niacina estejam relatados na literatura, seus mecanismos moleculares de ação são distintos e continuam sendo alvo de investigação ativa. Os inibidores da síntese de colesterol (isto é, inibidores da HMG CoA redutase, também conhecidos como *estatinas*) constituem a classe mais importante, em virtude de sua eficácia bem documentada na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (TAVARES, 2013).

Silva (2017), salienta que o aumento na reabsorção de sódio e a consequente expansão de volume é um evento determinante para o desenvolvimento da hipertensão associada à obesidade. O aumento no fluxo sanguíneo renal leva a hiperfiltração glomerular, elevando a taxa de filtração glomerular (TFG) e fração de filtração, estas por sua vez, estão associadas ao aumento da pressão sanguínea e outras alterações metabólicas, como a resistência à insulina e diabetes, resultando em dano aos glomérulos renais e reduzindo a taxa de filtração glomerular, influenciando uma das etapas farmacocinéticas, a excreção.

Todas as mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento torna os idosos indivíduos com maior vulnerabilidade aos eventos adversos relacionados a medicamentos ocasionados, por vezes, pelas mudanças histofisiológicas que modificam e influenciam os parâmetros farmacodinâmicos e farmacocinéticos associados a polifarmácia no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (SECOLI, 2010).

Relacionadas as modificações que influenciam a farmacocinética, destaca-se os eventos que podem modificar alguma das etapas do processo farmacocinético: absorção, distribuição, metabolismo e eliminação hepática ou excreção renal. Entretanto, como característica principal sobreleva-se a redução do metabolismo hepático e o clearance renal, tornando o idoso no indivíduo a apresentar maior toxicidade dentro da janela terapêutica em função do acúmulo de fármacos no fígado. Às alterações farmacodinâmicas destacam-se quatro mecanismos que justificam essas mudanças no idoso. Há alteração do número de receptores celulares e teciduais, alteração na conformidade desses receptores, possíveis alterações na transdução do sinal pós receptor e por último declínio dos mecanismos de homeostasia corporal devido à idade (D'AGOSTIN, 2020).



Para compreender, evitar os efeitos danosos e tratar as complicações da polifarmácia, os profissionais de saúde que cuidam do público geriátrico devem buscar o conhecimento complexo por traz das terapias farmacológicas, corresponde desde as alterações orgânicas singulares do envelhecimento que influenciará o metabolismo das medicações. É preciso também que tenha conhecimento farmacológico das medicações prescritas para estes idosos, suas possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos; as dificuldades encontradas pelo idoso em seguir corretamente as prescrições médicas e na dificuldade do apego terapêutico (COSTA, 2011).


Para escolha da conduta terapêutica farmacológica no idoso deve-se avaliar as singularidades do tratamento medicamentoso decorrentes das alterações fisiológicas do envelhecimento. Os pacientes medicalizados devem receber orientações em relação ao processo saúde-doença que está envolvido através de uma assistência humanizada, multiprofissional e interdisciplinar.

CONCLUSÃO

Para compreender, evitar os efeitos danosos e tratar as complicações da polifarmácia, os profissionais de saúde que cuidam do público geriátrico devem buscar o conhecimento complexo por traz das terapias farmacológicas, corresponde desde as alterações orgânicas singulares do envelhecimento que influenciará o metabolismo das medicações.

É preciso também que tenha conhecimento farmacológico das medicações prescritas para estes idosos, suas possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos; as dificuldades encontradas pelo idoso em seguir corretamente as prescrições médicas e na dificuldade do apego terapêutico; a realidade socioeconômica individual desses pacientes, sendo este um fator muito importante no Brasil. As consequências que envolvem a complexidade do uso de medicamentos têm marcado a nível clínico e econômico a vida dos pacientes, trazendo repercussões na segurança dos envolvidos

A equipe multiprofissional precisa buscar maiores conhecimentos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Dislipidemia e quais impactos essas doenças crônicas não transmissíveis podem apresentar na vida do idoso, a fim de planejar uma abordagem educativa. O tratamento farmacológico segue uma sequência de eventos desde a prescrição, comunicação, dispensação, administração e acompanhamento clínico, o que o torna um cuidado complexo e vulnerável às iatrogenias, principalmente em idosos.



As interações farmacológicas e fisiológicas dos medicamentos coloca os idosos dentro do grupo de risco pelo uso contínuo dessas terapias. Essa relação se dá por meio da complexidade das condições clínicas e patológicas vividas por eles, bem como, à necessidade da polifarmácia e seus múltiplos agentes farmacológicos frente às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento. Diante disso, é preciso reconhecer a necessidade dos profissionais de saúde em contribuir para a promoção do uso correto das medicações.

Vale salientar que uma grande parte das interações medicamentosas e dos eventos adversos podem ser prevenidos na etapa inicial da prescrição se for observada as listas de medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos, que são definidos como fármacos com risco maior de provocar efeitos colaterais superiores aos benefícios nos idosos, sem esquecer que os profissionais de enfermagem são auxiliares úteis e efetivos na prática clínica para essa ação preventiva.

O tratamento farmacológico segue uma sequência de eventos desde a prescrição, comunicação, dispensação, administração e acompanhamento clínico, o que o torna um cuidado complexo e vulnerável às iatrogenias, principalmente em idosos. Vale salientar que uma grande parte das interações medicamentosas e dos eventos adversos podem ser prevenidos na etapa inicial da prescrição se for observada as listas de medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos, que são definidos como fármacos com risco maior de provocar efeitos colaterais superiores aos benefícios nos idosos, sem esquecer que os profissionais de enfermagem são auxiliares úteis e efetivos na prática clínica para essa ação preventiva.


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAGAS, Adriana Moura; ROCHA, Eliana Dantas. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 94-96, 2012.

FARIAS, Rosimeri Geremias; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 167-176, 2012.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, 2011.



SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

LIMA, Rhanna Emanuela Fontenele; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Interações medicamentosas potenciais em pacientes de unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009.

JACOMINI, Luiza Cristina Lacerda; SILVA, Nilzio Antonio da. Interações medicamentosas: uma contribuição para o uso racional de imunossupressores sintéticos e biológicos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 168-174, 2011.

SANTOS, Tayane Oliveira dos et al. Interações medicamentosas entre idosos acompanhados em serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa da Atenção Primária. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4, 2019.

LIRA NETO, José Cláudio Garcia et al. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: capítulo 2- diagnóstico e classificação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 7-13, 2016.

VALENÇA, Thaís Vanessa Rodrigues et al. Obesidade, diabetes e hipertensão associados a dislipidemia e dano hepático. **Revista saúde integrada**, v. 11, n. 22, p. 2-18, 2018.

SALES, Alessandra Santos; SALES, Marta Gabriele Santos; CASOTTI, Cezar Augusto. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 121-132, 2017.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 19s, 2017.

OLIVEIRA, Aline Furtado Carlos de; NOGUEIRA, Maria Suely. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 388-394, 2010.

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

LONGO, Marco Aurelio Tosta; MARTELLI, Anderson; ZIMMERMANN, Anita. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatrics do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 271-284, 2011.

VITOI, Nayla Cordeiro et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 953-965, 2015.

SILVEIRA, Erika Aparecida; VIEIRA, Liana Lima; SOUZA, Jacqueline Danesio de. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 903-912, 2018.

BARROSO, Taianah Almeida et al. Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 5, p. 416-424, 2017.

KOVESDY, Csaba P.; FURTH, Susan L.; ZOCCALI, Carmine. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, n. 1, p. 1-10, 2017.

PRADO, Wagner Luiz do et al. Obesidade e adipocinas inflamatórias: implicações práticas para a prescrição de exercício. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 5, p. 378-383, 2009.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 515-522, 2013.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da et al. Obesidade e doenças renais. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 1, pág. 65-69, 2017.

D'AGOSTIN, Mariana Borsatto; BUDNI, Josiane. Psicogeriatrics: Modificações Farmacocinéticas e Farmacodinâmicas Associadas ao Envelhecimento. **Inova Saúde**, v. 9, n. 2, p. 155-175, 2020.

COSTA, Soraya Coelho; PEDROSO, E. R. P. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p. 201-14, 2011.

TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de idosos residentes na área urbana, segundo características sociodemográficas, no município de Aiquara, Bahia, 2015

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICA (N)	n	%
IDADE		
>= 80 anos	52	24,8
60-79 anos	158	75,2
SEXO (210)		
Homem	135	64,3
Mulher	75	35,7
COR DA PELE (210)		
Não brancos	179	85,2
Branco	31	14,8
ESCOLARIDADE (210)		
Nunca foi à escola/ lê e escreve o nome	103	49,0
Fundamental I, II, ensino médio e ensino superior	107	51,0
RENDA MENSAL (192)		
<1 salário mínimo	56	29,2
>= 1 salário mínimo	136	70,8
SITUAÇÃO CONJUGAL (210)		
Com companheiro	101	48,1
Sem companheiro	109	51,9

Fonte própria: pesquisa prévia de uma coorte denominada "Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos".

TABELA 2 - Distribuição de idosos residentes na área urbana, segundo doenças crônicas, no município de Aiquara, Bahia, 2015

DOENÇAS CRÔNICAS (N)	n	%
Diabetes Mellitus (210)		
Não	156	74,3
Sim	54	25,7
Hipertensão Arterial (210)		
Não	56	26,8
Sim	153	73,2
Dislipidemia (210)		
Não	163	77,6
Sim	47	22,4

Fonte própria: pesquisa prévia de uma coorte denominada "Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos".



CAPÍTULO 13

DOI: 10.47402/ed.ep.c202142613080

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE: REDUÇÃO DE IATROGENIAS E AGRAVOS OCUPACIONAIS RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA AS EMERGÊNCIAS INFECTOCONTAGIOSAS

Iago Prina Rocha, Mestrando em Ciências da Saúde, FURG
Luis Gustavo Oliveira Farias, Especialização em Enfermagem Cardiovascular e
Hemodinâmica, UECE

Conrado Pizzolatto Castanho, Doutorando em Ciências da Saúde, FURG

Rafaella Sinnott Dias, Mestranda em Ciências da Saúde, FURG

Stela Almeida Aragão, Mestrado em Enfermagem e Saúde, UESB

Thainan Alves Silva, Mestrado em Enfermagem e Saúde, UESB

Jane de Sousa Cardim, Especialista em Saúde Coletiva, UNINTER

Letícia Silva Dos Santos, Fisioterapeuta, UESB

RESUMO


Nos setores de saúde os profissionais que atuam diretamente com a assistência ao paciente estão expostos a diversos riscos ocupacionais diariamente. O profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar vivem expostos a riscos biológicos, ergonômicos, químicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais. Toda a preocupação relacionada à segurança do paciente surgiu depois que as pesquisas epidemiológicas em saúde apontaram que grande parte dos incidentes que aconteciam dentro dos serviços de saúde eram evitáveis e por diversas vezes causados pela equipe de profissionais que prestavam assistência. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com análise quantitativa de dados secundários, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite relacionar o papel da equipe de enfermagem na notificação de iatrogenias e eventos adversos relacionadas a assistência em saúde, oferecendo uma análise acerca do que foi melhorado a partir da implementação das políticas públicas voltadas para a segurança do paciente. As instituições de saúde no cenário nacional vêm enfrentando diversos problemas relacionados à segurança do paciente e a notificação dos eventos adversos e iatrogenias que acometem os indivíduos.

PALAVRAS CHAVE: Enfermagem; Eventos Adversos; Assistência à Saúde; Cuidados de Saúde e Segurança do Paciente.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde garante seus princípios e diretrizes por meio de complexos segmentos em diferentes níveis de organização e complexidade. Os cuidados de nível primário são oferecidos pela Atenção Básica de Saúde, os cuidados ofertados em nível secundário são de nível ambulatorial e os cuidados terciários são realizados por meio dos hospitais e instituições mais complexas de atendimento (CANONICI, 2014).

O nível de complexidade de uma organização de saúde pode afetar diretamente a assistência aos pacientes. Em qualquer um dos níveis de complexidade e organização os



indivíduos estão expostos a diferentes riscos quando submetidas a cuidados, principalmente em ambientes hospitalares onde a prestação de serviços e oferta em saúde envolve situações mais complexas e dinâmicas (BITTAR, 2018).

São inúmeros os fatores que contribuem para que a segurança do paciente seja mais complexa no nível hospitalar, por exemplo: o gerenciamento e gestão do serviço, a sobrecarga de trabalho, relacionamento entre as equipes dos setores, possíveis falhas na comunicação. A assistência ofertada nas instituições de saúde enfrentam problemas que influenciam diretamente nas condições de saúde dos pacientes (OLIVEIRA, 2014).

Nos setores de saúde os profissionais que atuam diretamente com a assistência ao paciente estão expostos a diversos riscos ocupacionais diariamente. O profissionais de saúde que atuam no âmbito hospitalar vivem expostos a riscos biológicos, ergonômicos, químicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais. A equipe de saúde está em vigilância e assistência nas 24 horas ao usuários dos serviços hospitalares frequentemente se tornam susceptíveis aos riscos ocupacionais por realizarem na maioria das vezes procedimentos em contato direto com o paciente (PIRES SILVA, 2020).

A prática da equipe de saúde nas emergências infectocontagiosas está associada à exposição contínua a riscos biológicos, já que esses trabalhadores estão em contato direto e frequente na assistência prestada aos pacientes e também são responsáveis por grande parte dos procedimentos realizados dentro de qualquer setor hospitalar. Os setores hospitalares são complexos, dinâmicos e insalubres, por isso a equipe que atua neste espaço precisa de treinamento constante, preparo e suporte para a precaução em relação a transmissão das doenças infectocontagiosas, riscos e agravos ocupacionais e acidentes de trabalho (DE SOUZA MARINHO, 2011).

As doenças infectocontagiosas colocam os profissionais em constante exposição aos riscos biológicos causadores da grande maioria dos agravos ocupacionais e acidentes trabalho. Ao executarem técnicas e procedimentos no cuidado direto e indireto aos pacientes, a equipe se torna expostos às doenças e infecções transmitidas pelo sangue e outros fluidos orgânicos (GIOMO, 2009).

Toda a preocupação relacionada à segurança do paciente surgiu depois que as pesquisas epidemiológicas em saúde apontaram que grande parte dos incidentes que aconteciam dentro dos serviços de saúde eram evitáveis e por diversas vezes causados pela equipe de profissionais que prestavam assistência (REIS, 2013).



METODOLOGIA


Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura com análise quantitativa de dados secundários, a partir de plataformas de pesquisa científica cujo método permite relacionar o papel da equipe de enfermagem na notificação de iatrogenias e eventos adversos relacionadas a assistência em saúde, oferecendo uma análise acerca do que foi melhorado a partir da implementação das políticas públicas voltadas para a segurança do paciente. Os dados analisados neste estudo são obtidos através dos resultados das notificações realizadas no NOTIVISA pelos Núcleos de Segurança do Paciente dos serviços de saúde do país ao SNVS, por meio do Sistema NOTIVISA (módulo assistência à saúde).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de julho de 2013 estabelece a obrigatoriedade de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde do país. Desde a obrigatoriedade através do regulamento técnico, os NSP dos serviços de saúde do Brasil vêm realizando, mensalmente, a notificação de eventos adversos (EA) relacionados à assistência ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

O registro é feito por meio do módulo Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA). O sistema NOTIVISA foi criado com o propósito de interligar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e as informações sobre a ocorrência de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde (não infecciosos), geradas pelos NSP nos serviços de saúde.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases científicas bibliográficas eletrônicas nos meses de Janeiro a Abril do ano de 2021, sendo elas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram selecionados palavras-chave e descritores combinados, sendo eles: Enfermagem; Eventos Adversos; Assistência à Saúde; Cuidados de Saúde e Segurança do Paciente.

Foram associados os descritores associados (tw:(Enfermagem)) AND (tw:(Segurança do Paciente)), resultando em 7430 artigos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Segurança do Paciente; Gestão da Segurança; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Cuidados de Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Atitude do Pessoal de Saúde; Erros de Medicação; Erros Médicos; Enfermagem; Assistência Centrada no Paciente; Recursos Humanos de Enfermagem; Equipe de Assistência ao Paciente; Relações Enfermeiro-Paciente; Competência Clínica; Defesa do



Paciente; Comunicação; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Melhoria de Qualidade; Relações Interprofissionais; Gestão de Riscos; Equipe de Enfermagem; Segurança, resultando em 5512 estudos.

Foram utilizados os descritores associados (tw:(Eventos Adversos)) AND (tw:(Assistência à Saúde)), resultando em 2163 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Efeitos Colaterais e Reações Adversas Relacionados a Medicamentos; Erros de Medicação; Segurança do Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistemas de Notificação de Reações Adversas a Medicamentos; Gestão da Segurança; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem; Erros Médicos; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Gestão de Riscos; Hospitalização; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Assistência ao Paciente; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente, resultando em 1384 artigos.


Foram utilizados os descritores associados (tw:(Enfermagem)) AND (tw:(Cuidados de Saúde)) AND (tw:(Eventos Adversos)), resultando em 429 estudos, foram aplicados os filtros como assunto principal, sendo eles: Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Avaliação em Enfermagem; Gestão de Riscos; Equipe de Enfermagem; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde, resultando em 237 artigos ao final.

Foram escolhidos resultados de pesquisas, relatos de experiência, revisões bibliográficas e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, dossiês, livros e artigos que não atendessem o objetivo desta revisão. Identificou-se 431 estudos nas quatro bases de dados pesquisadas. Em seguida os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura do título, resumo, palavras-chave ou descritores e ano de publicação. Excluiu-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, que seriam idiomas português; recorte temporal de 2009 a 2021. Estes foram lidos por completo, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo 32 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

SEGURANÇA DO PACIENTE NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Com o objetivo de encontrar resolutividade para grande parte dos problemas de segurança dos pacientes o Ministério da Saúde instituiu portarias com protocolos que



consolidaram a busca pela assistência segura e com qualidade, estabelecendo ações de segurança ao paciente nos serviços de saúde. Pode-se destacar os protocolos de prevenção de quedas; de identificação do paciente; de segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos; de cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão (VARALHO, 2018).

Depois da criação e implementação dos protocolos de segurança do paciente, a assistência de enfermagem passou a salientar no dia a dia do seu trabalho a importância de cuidar e registrar os procedimentos que são executados na resolução ou prevenção de um problema. Todos os cuidados oferecidos pela equipe de enfermagem são considerados de extrema importância para o paciente, pois influencia diretamente na sua recuperação e na prevenção de eventos adversos (DO NASCIMENTO PEREIRA, 2017).

Depois da criação dos Núcleos de Segurança do Pacientes por todo o país, a qualidade dos serviços atualmente vem sendo muito avaliada, pois a avaliação das instituições que prestam assistência à saúde se tornou mais efetiva, pois a partir da supervisão e monitorização dos protocolos de assistência busca-se a minimização dos erros e falhas destes serviços (DE ARAUJO, 2017).

Mesmo com a criação e implementação do PSP nas instituições de saúde, o reconhecimento das questões relativas à qualidade e segurança da assistência não ganharam relevância nas instituições, causando dificuldades para que as notificações dos eventos adversos ocasionados pela assistência sejam realizadas. São poucos os NSP que realizaram ao menos uma notificação de incidentes relacionados a assistência em todo o país, como mostrado na tabela 1.

No geral, menos de 30% dos NSP em todo o país realizaram ao menos uma notificação de incidentes relacionados a assistência nos anos de 2016, 2017 e 2018. Em relação as notificações dos incidentes, é preciso salientar que são importantes as atuações desempenhadas pelos membros do NSP no sentido de sensibilizar os profissionais da assistência a procederem à notificação interna.

Cada notificação pode proporcionar com a aprendizagem da equipe, mostrando onde ocorrem os erros, mostrando quais ações preventivas podem ser realizadas, bem como reportar os incidentes ocorridos ao SNVS, contribuindo para a minimização de riscos e melhoria da segurança do paciente no contexto nacional (ALVES, 2019).



SEGURANÇA DO PACIENTE E OS EVENTOS ADVERSOS E IATROGENIAS

Os eventos adversos e/ou iatrogenias são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado e assistência à saúde, podendo resultar ou não em dano temporário ou permanente ao paciente. Esses danos podem ser de ordem física, social ou psicológica, abrangendo assim qualquer doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou em casos mais graves a morte. As condições clínicas que o paciente apresenta influencia diretamente na ocorrência dos eventos adversos e iatrogenias, principalmente se o paciente for grave, dada sua instabilidade e necessidade de intervenções (SOARES, 2019).


As instituições de saúde devem estruturar seus sistemas para tornar a assistência em saúde a mais segura possível, para os pacientes e equipe. Todas as causas envolvidas nos incidentes relacionados a saúde devem ser analisadas pelo serviço de gerenciamento de risco para o desenvolvimento de ações corretivas, visando à prevenção e à redução de eventos adversos e iatrogenias (CAVALCANTE, 2015).

Existem muitas razões para o profissional não relatar e notificar os incidentes relacionados a assistência direta ou indireta ao paciente, são consequência de sentimentos como vergonha, autopunição, medo da crítica de outras pessoas e do litígio que os tornam omissos aos danos que podem ocorrer ao indivíduo assistido pela instituição (SIMAN, 2017).

Para que o relato de incidentes seja realmente eficaz em uma instituição, é preciso um grande esforço para assegurar aos profissionais que o objetivo é melhorar a segurança do paciente, não o de acusar ou punir. São necessárias estratégias que busquem substituir a cultura punitiva por uma cultura de monitorização contínua dos riscos reais e potenciais (DE SOUZA, 2019).

Apesar de todos os avanços conquistados com a criação dos NSP no país, o erro humano presente na assistência ofertada pelo sistema de saúde é um dos fatores que se destaca e causa frequentemente episódios de erro envolvendo profissionais de saúde nas instituições hospitalares que por diversas vezes são noticiados através da imprensa e da mídia, causando grande comoção social, levando a uma provável falta de compreensão sobre como o erro pode afetar o profissional envolvido (DUARTE, 2015).

É nesse cenário de omissão dos erros e a consequente subnotificação dos eventos adversos e iatrogenias, que a equipe de enfermagem juntamente com os gestores dos serviços de saúde têm encontrado dificuldades em ampliar o conhecimento a respeito da segurança do



paciente, tornando difícil a implementação de melhorias e a prevenção de incidentes (SILVA, 2016).

A enfermagem atua como equipe no processo de cuidado em saúde e detém participação essencial e fundamental nos processos que buscam garantir e melhorar a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde. Porém, treinar a equipe de enfermagem para adotar medidas isoladas para capacitar a equipe e reduzir a chance do acontecimento de erros, não é a única solução para resolver os erros que acontecem no processo de cuidar (CORREIA, 2017).


São muitas as estratégias adotadas pela equipe de enfermagem para redução dos erros da equipe de saúde, criar protocolos e checklists, para realizar intervenções que possibilitem a assistência livre de danos aos pacientes, mais segura e com qualidade estão entre as inúmeras ações exercidas pela equipe de enfermagem (DE LIMA, 2016).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assegura que é responsabilidade e dever do enfermeiro prestar assistência segura à pessoa, família e coletividade livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. A equipe de enfermagem deve garantir que a assistência prestada aos indivíduos seja realizada com o maior grau de segurança e com possibilidade mínima da ocorrência de erros, prestando informações adequadas à pessoa e à família sobre os direitos, riscos, intercorrências e benefícios acerca da assistência de enfermagem (SANTOS, 2017).

As notificações de possíveis eventos adversos e iatrogenias surgiu com ideia de promover a identificação dos erros e incidentes que ocorrem na assistência de saúde, para proporcionar para a equipe de saúde um meio de comunicação prático a respeito de fatos inesperados e indesejados que ocorrem (ARAUJO, 2016).

A criação do NSP vem possibilitando a exploração das situações que ocorrem com os pacientes, contribuindo para a construção de um banco de dados sobre riscos e situações que podem gerar um problema, permitindo então a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo da assistência, contribuindo de maneira direta com o gerenciamento dos problemas para o planejamento de processos de trabalho mais seguros, permitindo a prevenção de futuros eventos adversos (DA COSTA RESENDE, 2020).

O comportamento dos profissionais de enfermagem frente ao enfrentamento dos eventos adversos e iatrogenias ocasionados pela equipe, pode variar conforme a cultura institucional punitiva ou não dos trabalhadores, e com a percepção da gestão e equipe quanto à ocorrência. O reconhecimento dos eventos adversos e demais ocorrências está diretamente relacionado ao



conhecimento dos profissionais acerca do problema e do grau do dano que este evento pode levar, já que, ainda existe dentro da classe dos profissionais de saúde dificuldades em perceber o erro (MOURA, 2018).

No Brasil os incidentes relacionados a assistência oferecidas pelo sistema de saúde tem aumentado no decorrer dos últimos anos, conforme mostrado da tabela 2.


No ano de 2018 ocorreram um total de 103.275 casos notificados, houve um crescimento de 37,15% relacionado ao ano anterior, já que, comparado ao ano de 2017 tiveram o aumento de 27.979 casos notificados. Isso demonstra a importância de notificar os casos de eventos adversos, para através dos dados epidemiológicos as instituições de saúde buscarem resolutividade para ocorrência dos mesmos. O segundo semestre anual dos três anos mostrado na tabela, são sempre o período anual com maior número de notificações. Os meses de agosto, setembro, outubro e novembro são sempre os maiores meses a registrar o maior número de casos de incidentes associados a assistência em saúde.

No ano de 2016, os meses de Novembro registraram 5.481 e Outubro 5.148 casos, correspondente a 10,35% e 9,5% respectivamente. Em 2017 os maiores números de casos ficaram para os meses de Agosto e Setembro com 7.337 e 7.289 casos respectivamente, correspondente a 9,74% e 9,68% dos casos respectivos. No ano de 2018 os dois meses com maior número de casos foram Outubro com 10.250 casos notificados, equivalente a 9,92% dos casos e Agosto com 10023 casos correspondente a 9,70%.

SEGURANÇA DO PACIENTE E RISCOS OCUPACIONAIS

Existem diversos aspectos que podem ser levados em consideração numa análise sobre quais fatores podem contribuir e influenciar as atividades laborais da equipe de saúde. Pode-se considerar condições como por exemplo o ambiente físico e maneira como o setor é organizado, os riscos ocupacionais presentes, a higiene do ambiente e da equipe, estruturação e segurança do setor de trabalho, organização e divisão das atividades, os meios disponíveis para o exercício profissional, inter-relação profissional entre a equipe multiprofissional (CALDAS, 2021).

Define-se como riscos ocupacionais aquelas condições existentes no processo de trabalho que possuem potencial de causar danos e/ou lesões temporárias ou permanentes no trabalhador, modificando características físicas, mentais ou sociais deste indivíduo. Em qualquer exercício profissional ou atividade laboral os trabalhadores estão susceptíveis a serem acometidos pelos riscos ocupacionais. A variação da exposição a estes riscos varia de acordo a



natureza, concentração, intensidade do risco e tempo de exposição os agravos e danos podem ser maiores (DIAS, 2020).

Classifica-se os riscos ocupacionais em mecânicos, ergonômicos, físicos, químicos e biológicos, sendo que todos eles devem estar presentes no ambiente de trabalho. São classificados como riscos ergonômicos aqueles que estão relacionados a situações de estresse físico, trabalhos em turnos, jornadas prolongadas, exigência de postura inadequada. Os riscos mecânicos são potencialmente geradores de acidentes, estão relacionados com o maquinário capaz de causar algum dano à saúde e integridade física dos trabalhadores (LUCIANO, 2020).


Entende-se por riscos ocupacionais físicos aqueles agentes capazes de modificar as características físicas do ambiente de trabalho são exemplos a temperatura extrema (calor e frio), umidade, ruídos e vibração, pressões anormais (hiperbárica e hipobárica) e radiação ionizante e não ionizante. Os agentes físicos podem causar lesões agudas e/ou crônicas aos indivíduos expostos. E a gravidade depende da concentração e frequência do agente físico causador no ambiente laboral (POUSA, 2021).

Os agentes químicos também conhecidos por causar diversas doenças ocupacionais nos trabalhadores de saúde são responsáveis pelos riscos ocupacionais químicos, dentre eles pode-se destacar substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador por via respiratória, cutânea ou digestiva (ARCANJO, 2017).

Os riscos ocupacionais biológicos são os mais frequentes para os trabalhadores do setor de saúde, considera-se como agente biológicos todos os microrganismos, incluindo vírus, bactérias, protozoários e helmintos, ainda incluem os microrganismos que podem ser geneticamente modificados ou não, as culturas de células, toxinas e príons capazes de provocar infecções, alergias ou toxidade em humanos susceptíveis (DE JESUS VERAS, 2020).

Os agentes biológicos podem causar o que define-se como doenças infecciosas emergentes. As doenças infecciosas emergentes podem ser definidas como as patologias que aparecem inesperadamente com um intervalo curto de tempo em uma população. Estas doenças podem ter características e agente causadores novos ou podem ser ocasionadas por agentes já existentes, mas com aumento do número de casos em tempo considerável e com grande incidência e alcance geográfico (NASCIMENTO, 2017).

As doenças infectocontagiosas podem acontecer pela introdução natural ou artificial de um determinado agente etiológico em outras espécies, ou até mesmo como uma variação de uma infecção humana existente, seguida pelo seu estabelecimento e rápida disseminação dentro



de uma nova população hospedeira. A ocorrência destas doenças dentro dos setores hospitalares pode ser provocada pelo não reconhecimento do caráter infeccioso da doença ou até mesmo pelo desconhecimento origem infecciosa de uma doença estabelecida (CADILHO, 2020).

Os trabalhadores de saúde estão sobre alto risco constante, isso se deve principalmente pelas rigorosas medidas de segurança, condições insalubres no ambiente de trabalho, sobrecarga de atividades laborais, risco de contaminação por doenças infectocontagiosas ou acometimento de alguma patologia a qualquer momento além dos acidentes de trabalho comuns no ambiente hospitalar. Vale lembrar que para diminuição dos riscos e agravos ocupacionais estes profissionais devem buscar esclarecer dúvidas sobre os equipamentos individuais e informações sobre as medidas de proteção, como o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as medidas de biossegurança (NAZARIO, 2017).

Como medida de prevenção e proteção dos trabalhadores foram implementadas estratégias e políticas públicas voltadas para estas necessidades, dentre as medidas de ações tomadas podemos destacar a implementação da Norma Regulamentadora (NR-32) que estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade, em regime de internação (CUNHA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições de saúde no cenário nacional vêm enfrentando diversos problemas relacionados à segurança do paciente e a notificação dos eventos adversos e iatrogenias que acometem os indivíduos. Os processos de trabalhos hierarquizados e punitivos; problemas com equipamentos e falhas das estruturas físicas são exemplos de problemas enfrentados por muitos serviços. Por meio disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e outros órgãos relacionados as instituições de saúde vêm elaborando e implementando políticas para melhoria da assistência, com consequente aumento da segurança do paciente nas instituições. A investigação sobre a segurança do paciente tem ganhado espaço nas discussões científicas e epidemiológicas.

Os profissionais da equipe de saúde estão mais susceptíveis aos acidentes no ambiente do trabalho e doenças e agravos ocupacionais, pois suas atividades e técnicas de cuidado estão direcionadas ao fazer da saúde. No setor hospitalar os profissionais precisam dominar além de técnicas e conhecimentos específicos todo o instrumental que os protejam e ajude a prevenir contaminação por doenças infectocontagiosas que eles podem vivenciar na prática assistencial.



REFERÊNCIAS

CANONICI, Emerson Luiz. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde. **Sao Paulo: Proadi-Sus**, 2014.

BITTAR, Olímpio J. Nogueira et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.

OLIVEIRA, Roberta Meneses et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.

PIRES SILVA, Rafael; SORAIA CAVALCANTI VALENTE, Geilsa; CONCEIÇÃO LEITE FUNCHAL CAMACHO, Alessandra. O gerenciamento de risco no âmbito da saúde de profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

DE SOUZA MARINHO, Aline et al. Riscos biológicos em uma unidade de emergência: a visão da Enfermagem. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 1, n. 1, p. 68-87, 2011.

GIOMO, Denise Bergamaschi et al. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev. enfermagem UERJ**, p. 24-29, 2009.

REIS, Cláudia Tartaglia; MARTINS, Mônica; LAGUARDIA, Josué. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2029-2036, 2013.

VARALLO, Fabiana Rossi et al. Notificação de incidentes: barreiras e estratégias para promover a cultura de segurança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

DO NASCIMENTO PEREIRA, Gleidson et al. Relação entre sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 2, 2017.


DE ARAUJO, Marcos Antonio Nunes et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 1, p. 52-56, 2017.

ALVES, Michelle de Fatima Tavares; CARVALHO, Denise Siqueira de; ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2895-2908, 2019.

SOARES, Erick Aquines et al. Cultura de Segurança do Paciente e a Prática de Notificação de Eventos Adversos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 36, p. e1657-e1657, 2019.

CAVALCANTE, Andreia Karla Carvalho Barbosa et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.

SIMAN, Andréia Guerra; CUNHA, Simone Grazielle Silva; BRITO, Maria José Menezes. A prática de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.



DE SOUZA, Catharine Silva et al. Cultura de segurança em unidades de terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, p. 144-154, 2015.

SILVA, Andréia Cristina Araújo et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016.

CORREIA, Tânia Sofia Pereira et al. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 12, p. 75-84, 2017.

DE LIMA, Emilly Monique et al. Segurança na assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 2, p. 262-281, 2016.

ARAUJO, Jamilly Santos et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre evento adverso e os desafios para a sua notificação. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2016.

DA COSTA RESENDE, Ana Lúcia et al. A importância da notificação de eventos adversos frente à segurança do paciente e à melhoria da qualidade assistencial: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 39, p. e2222-e2222, 2020.

MOURA, Reinaldo dos Santos et al. Eventos adversos ocasionados pela assistência de enfermagem: noticiados pela mídia. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1514-1523, 2018.

CALDAS, Geovanna Renaisa Ferreira et al. Análise sobre Riscos Ergonômicos no profissional Docente. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e42910212716-e42910212716, 2021.

DIAS, Carlos Victor Peixoto et al. Saúde do profissional de Enfermagem: riscos ocupacionais em ambiente hospitalar. **Saúde (Santa Maria)**, v. 46, n. 2, 2020.

LUCIANO, Érik Leonel et al. GERENCIAMENTO DE RISCOS OCUPACIONAIS: uma nova proposta de segurança do trabalho. **South American Development Society Journal**, v. 6, n. 17, p. 156, 2020.

POUSA, Patrícia Carneiro Pessoa; LUCCA, Sérgio Roberto de. Fatores psicossociais no trabalho da enfermagem e riscos ocupacionais: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

ARCANJO, Renata Vieira Girão; CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; DE SOUZA BRAGA, André Luiz. Recomendações sobre exposição aos riscos ocupacionais pela equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 83, n. 21, 2017.

DE JESUS VERAS, Samara Maria et al. Riscos ocupacionais no Atendimento Pré-Hospitalar: Uma Revisão Integrativa/Occupational Risks in Prehospital care: An Integrative Review. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 52, p. 590-605, 2020.

NASCIMENTO, Marta Oliveira; ARAÚJO, Giovana Fernandes. Riscos ocupacionais dos profissionais de enfermagem atuantes no SAMU 192. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 33, p. 212-223, 2017.

CADILHO, Julio Cesar Ramos; PEREIRA, Cláudia Maria; OMENA, Tatiane Azeredo. Saúde coletiva através dos séculos; a construção de um conhecimento em saúde frente à diferentes doenças que assolaram a humanidade. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, p. e3191210671-e3191210671, 2020.

NAZARIO, Elisa Gomes; CAMPONOGARA, Silviamar; DIAS, Gisele Loise. Riscos ocupacionais e adesão a precauções-padrão no trabalho de enfermagem em terapia intensiva: percepções de trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 42, 2017.

CUNHA, Quézia Boeira da et al. Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: revisão integrativa. **Enferm Foco**, v. 8, n. 1, p. 72-6, 2017.

TABELAS

Tabela 1 – Número de Núcleos de Segurança do Pacientes cadastrados que realizou ao menos uma notificação no Brasil

<i>ANO</i>	<i>Nº DE NÚCLEO DE SEG. DO PAC.</i>	<i>Nº DE NÚCLEO DE SEG. DO PAC. QUE REALIZOU AO MENOS 1 NOTIFICAÇÃO</i>	<i>(%)</i>
2016	2286	460	20,12%
2017	2960	883	29,83%
2018	4049	1202	29,68%

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA: Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde

Tabela 2 – Número de Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde notificados, por mês no Brasil

<i>MÊS</i>	<i>2016</i> <i>(n=53997)</i>	<i>(%)</i>	<i>2017</i> <i>(n=75296)</i>	<i>(%)</i>	<i>2018</i> <i>(n=103275)</i>	<i>(%)</i>
<i>JANEIRO</i>	3354	6,21%	4520	6,002%	6245	6,04%
<i>FEVEREIRO</i>	4146	7,67%	4526	6,01%	6206	6,00%
<i>MARÇO</i>	3462	6,41%	5793	7,69%	6682	6,47%
<i>ABRIL</i>	3796	7,03%	5805	7,70%	8440	8,17%
<i>MAIO</i>	4506	8,34%	6341	8,42%	8239	7,97%
<i>JUNHO</i>	4889	9,05%	6010	7,98%	8878	8,59%
<i>JULHO</i>	4812	8,91%	7237	9,61%	9556	9,25%
<i>AGOSTO</i>	5036	9,32%	7337	9,74%	10023	9,70%
<i>SETEMBRO</i>	4651	8,61%	7289	9,68%	9653	9,34%
<i>OUTUBRO</i>	5148	9,53%	6746	8,95%	10250	9,92%
<i>NOVEMBRO</i>	5481	10,15%	7223	9,59%	9685	9,37%
<i>DEZEMBRO</i>	4716	8,73%	6469	8,59%	9418	9,11%

Fonte: GVIMS/GGTES/ANVISA: Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde



CAPÍTULO 14

DOI: 10.47402/ed.ep.c202152314080

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Lohanny Silva Fernandes, Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

Francisca Juliana Rocha Torres, Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

Francisco Douglas Canafistula de Souza, Graduando de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

Maria Milena Furtado Rodrigues, Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

Amanda Oliveira Auzier, Graduanda de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú

Rosana Solon Tajra, Orientadora. Docente no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú


RESUMO

Objetivou-se neste estudo analisar a qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamentos de câncer de mama. Este trabalho consiste em uma revisão de literatura sistematizada, do tipo integrativa, cuja pesquisa bibliográfica foi realizada no período de junho a julho de 2020, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Obteve-se 21 artigos, e após análise dos critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se 5 artigos com relevância para o estudo. Constatou-se alguns dos impactos causados na qualidade de vida das sobreviventes pós-tratamento de câncer de mama, permitindo concluir-se que a qualidade de vida dessas mulheres sofre repercussões que vão além da dor e desconforto, mas também gera danos psicológicos, físicos e sociais. A partir disso, percebe-se a necessidade de mais estudos sobre essa temática, assim como sobre a essência na assistência dos profissionais em cuidado integral, qualificado e humano. Ressalta-se também a importância da criação de políticas públicas para acentuar o apoio e atenção a essas mulheres sobreviventes.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Mama; Qualidade de Vida; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das principais neoplasias que acomete a população feminina no Brasil (CECÍLIO et. al, 2015) e devido a não descoberta precoce da doença e o aumento no número de casos, este se apresenta como um problema de saúde pública. No Brasil, devido à



má distribuição de renda e suas dimensões continentais, a identificação precoce de neoplasias acontece nas regiões Sul e Sudeste, pois, nessas duas regiões, estão localizados os melhores centros de tratamento (LOPES et. al, 2018).

A linha de cuidado ao câncer de mama nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) dá-se através da detecção precoce e rastreamento da população vulnerável, tornando necessárias ações integradas para assistir de forma adequada a qualidade de vida das usuárias (FORTES et. al, 2018). Além de que, para esse diagnóstico, é de suma importância a educação da mulher e dos profissionais de saúde em reconhecer sinais e sintomas suspeitos da doença, a fim de garantir um acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde (INCA, 2021).


Segundo as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, no Brasil, a mamografia é o único exame que em programas de rastreamento mostra eficácia na redução da mortalidade de câncer de mama (INCA, 2021). Conforme Migowski (2018), atualmente, a única estratégia recomendada para rastreamento é a mamografia bienal, de 50 a 69 anos, sendo importante destacar que se deve respeitar os valores e preferências de cada mulher.

A escolha do tratamento pode ser realizada de forma multiprofissional, sendo as principais a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia. Vale ressaltar que quanto mais precoce for a descoberta da doença, melhor é o prognóstico da paciente e a realização de um tratamento seguro e eficaz com baixos efeitos colaterais (SARTORI, 2019).

A repercussão do tratamento oncológico gera impactos negativos para a vida das pacientes, pois o tratamento vai além da dor e desconforto, abalando também as funções psíquicas, econômicas e sociais. Por isso, é importante frisar os abalos causados na vida das pacientes com câncer de mama, assim como compreender maneiras e estratégias para a nova rotina pós-tratamento oncológico, a fim de prestar apoio e garantir a inserção dessas mulheres no meio social (SILVA, 2020).

De acordo com Silva (2020), os efeitos dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, entre outros) interferem de forma negativa na vida das pacientes, trazendo problemas com a aceitação da imagem corporal e na vida sexual. Assim, observa-se que o câncer de mama traz grandes alterações para a qualidade de vida das mulheres sobreviventes.

A partir disso, percebe-se a necessidade dos profissionais de saúde conhecerem os impactos causados na qualidade de vida da paciente, para que estes realizem os cuidados específicos e necessários, como a orientação sobre algumas limitações, além de oferecer suporte psicológico, já que a mesma terá que reorganizar sua rotina. Partindo desse



pressuposto, o estudo tem como objetivo compreender tais impactos na qualidade de vida de mulheres sobreviventes que foram submetidas a diversos tipos de medidas terapêuticas.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica da literatura sistematizada, do tipo integrativa, o qual permite a realização da busca, avaliação crítica e a síntese de resultados de pesquisas sobre a temática pesquisada, contribuindo, desse modo, para o embasamento de intervenções efetivas na assistência à saúde e avanço do conhecimento (MANIVA et al., 2018).

Realizou-se a revisão a partir das seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa por meio da pergunta norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos, avaliação dos dados, apresentação e interpretação dos resultados.

A questão norteadora do presente estudo foi: Quais os impactos na qualidade de vida de mulheres sobreviventes do câncer de mama? A pesquisa dos artigos ocorreu nos meses de junho a julho de 2020, utilizando os descritores “Câncer de Mama”, “Qualidade de Vida” e “Saúde da Mulher” mediados pelo operador booleano “*and*.”; os descritores foram extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) do Portal BVS. Para seleção dos artigos, utilizou-se as bases de dados: MEDLINE (Sistema online de busca e análise de literatura médica) e LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde).

Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos 2012 a 2020, nos idiomas inglês, português e espanhol, envolvendo metodologia do tipo revisão integrativa, revisão sistemática e revisão de literatura não sistematizada. Ressalta-se, porém, que alguns trabalhos publicados em anos anteriores foram considerados por serem de grande relevância para o tema. Obteve-se 21 artigos, dos quais foram excluídos os que não estavam contemplados nos critérios de inclusão e que não respondiam à pergunta norteadora, restando apenas cinco artigos para o estudo.

Para análise e síntese dos artigos selecionados, realizou-se a criação de um quadro, o qual foi preenchido para cada artigo da amostra final, contemplando as seguintes informações: identificação do artigo (título do artigo, autores, país, idioma e ano de publicação), base de dado indexados e objetivos. Desse modo, os dados foram analisados seguindo uma leitura exploratória seletiva, analítica e interpretativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterizar os documentos disponibilizados para análise, foram apresentadas as seguintes variáveis: título, autores, país, idioma, ano de publicação, base de dado indexada e objetivo, como descrito no quadro 1.

QUADRO 1 – Apresentação dos artigos incluídos na revisão bibliográfica segundo o título, autores, país, idioma, ano de publicação, base de dados indexadores e objetivo. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Título	Autores	País/ Idioma	Ano de publicação	Base de dados indexadas	Objetivo
Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis	Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky; Almir Antônio Lara Urbanetz	Brasil/Português	2012	LILACS / MEDLINE	-Avaliar a qualidade de vida em mulheres sobreviventes de câncer de mama e comparar com mulheres saudáveis pareadas por idade.
Fadiga e qualidade de vida em sobreviventes do câncer de mama: um estudo comparativo	Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky; Almir Antônio Lara Urbanetz	Brasil/Português	2015	LILACS / MEDLINE	-Avaliar a fadiga e a qualidade de vida em sobreviventes do câncer de mama livres de doença em relação a uma amostra de mulheres pareadas por idade sem histórico de câncer e explorar a relação entre fadiga e qualidade de vida.
A qualidade de vida de sobreviventes de câncer de mama brasileiros livres de doenças	Priscila Bernardina Miranda Soares; Jair Almeida Carneiro; Leandro Augusto Rocha; Renata Cristina Ribeiro Gonçalves;	Inglês/ Brasil	2013	LILACS/ MEDLINE	-Comparar a Qualidade de Vida de mulheres brasileiras que sobreviveram ao Câncer de Mama com a de


	Daniella Reis Barbosa Martelli; Marise Fagundes Silveira; Hercílio Martelli Júnior.				mulheres sem Câncer de Mama.
Assessment of female sexual function and quality of life among breast cancer survivors who underwent hormone therapy	Ana Beatriz Gomes de Souza Pegorari; Keslyn da Rosa Silveira; Ana Paula Simões; Susi Rosa Mizziara Barbosa	Inglês / Brasil	2017	LILACS	-Investigar a função sexual e a qualidade de vida das mulheres sobrevivente de câncer de mama.
Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes	Julia Viana Lopes; Cristiane Decat Bergerot; Luciene Rodrigues Barbosa; Nilciza Maria de Carvalho Tavares Calux; Simone Elias; Kimlin Tam Ashing; Edvane Birelo Lopes de Domenico.	Inglês; Português / Brasil	2018	LILACS	-Avaliar o impacto do câncer de mama e a qualidade de vida de mulheres sobreviventes e identificar associação de variáveis sociodemográficas e clínicas.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados obtidos na pesquisa.

Após realização da análise dos dados de identificação dos artigos utilizados para estudo, fez-se a análise dos principais achados nas pesquisas.

Observou-se que Soares et al. (2013), no seu estudo, analisaram a qualidade de vida de mulheres sobreviventes do câncer de mama e equipararam a qualidade de vida de mulheres sem histórico de câncer. Identificou-se curiosamente que as sobreviventes da neoplasia mamária expuseram melhor qualidade de vida em termos de componente físico e mental em relação a mulheres que não tiveram câncer de mama. A explicação para tal fato dá-se pelos motivos das sobreviventes terem encontrado prazer pela vida após a doença, pelo apoio psicológico, suporte da família e dos profissionais, condições para assistência médica, bom status socioeconômico e também ao fato destas viverem com seus parceiros, já que o estudo confirmava que uma boa relação com o parceiro pode impactar na qualidade de vida das sobreviventes.

Já no ensaio do Kluthcovsky et al. (2012) foi evidenciado um grande abalo negativo na qualidade de vida das sobreviventes em relação às mulheres saudáveis. Mais da metade das




participantes sobreviventes dos estudos apresentavam alguma comorbidade, identificando um quadro pessimista na qualidade de vida geral dessas mulheres, sendo a pior avaliação de qualidade explicada pela presença de outras doenças pregressas, tais como: hipertensão, doenças musculoesqueléticas, depressão, doenças gastrintestinais e entre outras. Esse fator pode contribuir ainda como avaliação negativa, principalmente no aspecto físico da qualidade de vida.

O estudo de Kluthcovsky et al. (2015) abordou a fadiga e a qualidade de vida das mulheres sobreviventes, comparando-as com mulheres sem histórico de câncer (grupo controle), pois tratava-se de um estudo comparativo. O estudo confirmou uma piora na fadiga, associando tal resultado ao câncer, pois, o grupo controle apresentou mais comorbidades que as sobreviventes, porém os resultados não foram tão significativos. Em relação à qualidade de vida, percebe-se uma avaliação negativa, sendo os aspectos físicos, sociais, econômicos e cognitivos os mais afetados, porém, nos domínios ambientais, os resultados foram semelhantes.

Em contrapartida, o ensaio de Pegorare et al. (2017) avaliou a vida sexual de mulheres sobreviventes do câncer de mama submetidas a mastectomia total ou parcial, e a hormonioterapia, fator esse que, segundo o estudo, pode ser afetado por uma variedade de queixas, como: desejo hipotivo, falta de lubrificação vaginal, perda da sensibilidade mamária, entre outros. O estudo ainda relatou que a qualidade funcional foi observada com maior comprometimento em mulheres jovens, devido à perda da mama, gerando autoestima e autoimagem afetada, o que pode levar à depreciação e dificuldade em realizar algumas atividades, como lavar louças ou vestir-se, repercutindo impactos negativos na qualidade de vida dessas mulheres.

Pegorare et al. (2017) também trouxeram um aspecto importante sobre a qualidade de vida das mulheres afetadas pelo CA de mama, em contexto de condições econômicas, pois as participantes menos favorecidas demonstraram negativismo quanto ao estado de saúde, enquanto as demais, com maior poder aquisitivo, agiam com mais expectativas positivas em relação ao câncer. Esse aspecto trouxe à tona que a manutenção da saúde também está relacionada aos assuntos econômicos, destacando a importância de melhores condições de vida para a população, no objetivo de favorecer melhores expectativas na reabilitação da mulher sobrevivente de câncer de mama.

Da mesma maneira, Lopes et al. (2018) trouxeram a discussão baseada em variáveis sociodemográficas e clínicas, associadas à qualidade de vida e o impacto do câncer de mama



na vida das sobreviventes. Destacou-se que as mulheres participantes do estudo eram predominantes das classes econômicas C e D, possuindo uma baixa escolaridade, carentes de políticas públicas eficientes e entre outros fatores. Esses fatores confirmam a relevância de um suporte educacional e multidisciplinar, pois mulheres de maior vulnerabilidade econômica demonstraram menor preocupação com a saúde e com o câncer, e as de maior escolaridade reportaram uma visão política em relação ao câncer. Os autores perceberam que as participantes do estudo relataram uma qualidade de vida mediana, apresentando piores escores na avaliação da imagem corporal, auto avaliação negativa e preocupação com o câncer. A justificativa para essa avaliação média dá-se pelo fato das sobreviventes viverem com seus parceiros e por possuírem uma crença e espiritualidade, já que estes fatores podem ser vistos como uma forma de ajudar a enfrentar a doença, gerando impactos no bem-estar e conseqüentemente na qualidade de vida.


Vale destacar que, durante a busca dos estudos para análise, percebeu-se a falta de mais estudos no Brasil abordando o impacto dos tratamentos na qualidade de vida das pacientes sobreviventes, como foi relatado nos estudos de Lopes et al. (2018) e Soares et al. (2013), portanto, percebe-se a necessidade de mais estudos sobre a temática a fim de que possa haver uma compreensão da situação dessas mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o tratamento oncológico traz repercussão para a qualidade de vida das sobreviventes, gerando danos psicológicos, físicos e sociais, onde muitas vezes essas pacientes não recebem uma assistência integral e voltada especificamente para as suas limitações.

Logo, a educação é um fator muito importante e relevante para o combate e detecção precoce do câncer de mama. Também, faz-se necessário que as próprias mulheres junto aos profissionais de saúde estejam atentos aos sinais e sintomas que podem ser indicativos do câncer de mama, por isso, as campanhas devem ser realizadas em todas as estratégias de saúde, para a captação maior do público.

Os impactos que podem advir após o tratamento do câncer de mama nas mulheres têm importância significativa nas vidas das mesmas. Esses impactos podem ser de caráter negativo ou positivo, pois muitas mulheres relatam que após o processo de tratamento (radioterapia, quimioterapia, entre outros) houve o surgimento de sintomas que dificultaram atividades do dia a dia, em vários âmbitos da vida. Entretanto, uma parte das mulheres relata que após os tratamentos do câncer de mama, encontraram prazer pela vida, e isso se dá por vários fatores,



como acompanhamento psicológico, suporte familiar e de profissionais, condições para assistência médica e bom status econômico.

Portanto, é importante a realização de mais estudos e pesquisas que abordem essa temática, para trazer mais embasamento para surgimento de estratégias que possam contribuir de forma positiva na vida das mulheres sobreviventes de câncer de mama.

REFERÊNCIAS

CECILIO, A. P. et al. Breast cancer in Brasil: epidemiology and treatment challenges. **Breast Cancer: Targets and Therapy**. v. 7, p. 43-49, January 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317062> . Acesso em 29 de junho de 2020

FORTES, Renata Costa; HAACK, Adriana; FRAZÃO, Edelaide Raquel Pilau. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: uma revisão integrativa. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 04, 2018. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/395> . Acesso em: 20 de abril de 2021.


INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). OMS. Detecção precoce do câncer de mama. *In: Detecção precoce do câncer de mama*. WEBSITE: INCA, 20 abr. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce> . Acesso em: 20 abril 2021.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; URBANETZ, Almir Antonio. Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: a comparative study. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 119-126, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n3/0100-7203-rbgo-37-03-00119.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2020.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia Garabeli Cavalli; URBANETZ, Almir Antonio. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 37, n. 10, p. 453-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n10/a04v34n10.pdf>. Acesso em 29 de junho de 2020.

LOPES, Julia Viana et al. Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2916-2921, Dec. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000602916&script=sci_arttext&lng=pt . Acesso em 29 de junho de 2020.

MANIVA, Samia Jardelle Costa de Freitas et al. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, supl. 4, p. 1724-1731, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001724&lng=pt&nrm=iso . acesso em: 30 jun.2020



MIGOWSKI, Arn et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II- Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00074817, 2018.

PEGORARE, Ana Beatriz Gomes de Sousa; SILVEIRA, Keslyn da Rosa Silveira; NO, Ana Paula Simões; BARBOSA, Susi Rosa Miziara. Assessement of female function and quality of life among breast cancer survivors who underwent hormone therapy. **Mastology**, v. 27, n. 3, p. 237-44, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884232> Acesso em 29 de junho de 2020.

SARTORI, Ana Clara N.; BASSO, Caroline S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **Perspectiva**, v. 43, n. 161, p. 07-13, 2019. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/161_742.pdf .Acesso em: 20 de abril de 2021

SILVA, Francieli Carolina Novaski da; ARBOIT, Éder Luíz; MENEZES, Luana Possamai. Enfrentamento de mulheres diante do tratamento oncológico e da mastectomia como repercussão do câncer de mama. **Rev. pesq.: cuid. fundam.** online. v. 12, p. 357-363, jan/dez 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052908>. Acesso em 29 de junho de 2020.

SOARES, Priscila Bernardina Miranda et al. The quality of life of disease-free Brazilian breast cancer survivors. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 69-75, Feb. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100009 . Acesso em 29 de junho de 2020.



CAPÍTULO 15

DOI: 10.47402/ed.ep.c202152215080

POLIFARMÁCIA EXCESSIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E O RISCO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO

Marilene Rodrigues Portella, Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Titular III do Instituto de Ciências Biológicas, Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano - PPGEH, Universidade de Passo Fundo, RS


Rennã Dall Puppo Flores, Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva, Urgência e Emergência e Docência em Enfermagem. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo-RS

Andréia Mascarelo, Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo-RS. Bolsista CAPES/UPF

Siomara Regina Hahn, Farmacêutica. Doutora em Ciências Farmacêuticas. Professora Titular II do Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo, RS

RESUMO

A polifarmácia é um problema de saúde pública e um dos maiores desafios relacionados à população que envelhece, pois, a idade avançada e as condições crônicas de saúde dos idosos exigem tratamento farmacológico, o uso combinado de fármacos, muitas vezes necessário, pode resultar na interação medicamentosa benéfica ou indesejada, com reações adversas de grande importância para o desfecho clínico. Com objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos em idosos institucionalizados realizou-se um estudo de corte transversal, de base populacional, com idosos residentes em ILPI. Os dados foram coletados no ano de 2017 em 19 ILPI localizadas nos municípios de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, no estado do RS, BR. Participaram 478 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A caracterização sociodemográfica incluiu tipo de ILPI (privada/filantrópica), longevidade (idade igual ou superior a 80 anos), sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade e visita de familiares. O uso de medicamentos foi verificado junto ao prontuário dos idosos e os mesmos foram classificados de acordo com a classe farmacológica ou grupo químico (nível 3) conforme Classificação Anatômica Terapêutica Química-ATC. A maioria residia em ILPI filantrópicas, eram longevos, do sexo feminino, com baixa escolarizados, grande parte eram viúvos ou não tinham companheiros, um expressivo número de idosos recebiam visitas de familiares. Sobre as condições de saúde, predominou a multimorbidade, declínio cognitivo e dependência para atividades básicas da vida diária. As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica, demência e depressão. Estavam expostos à polifarmácia (76,8%) e à polifarmácia excessiva (29,3%) e faziam uso de medicamento potencialmente inapropriado para idosos (35,3%). Os grupos de medicamentos utilizados com maior frequência pelos idosos institucionalizados foram aqueles com ação sobre o sistema nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e aparelho cardiovascular. Em cada um dos grupos as substâncias ativas utilizadas com mais frequência foram, respectivamente quetiapina, omeprazol e sinvastatina. O uso de psicofármacos foi identificado em parte da amostra, na qual foi observado a prescrição de 69 tipos diferentes, inapropriados ou não, segundo os Critérios de Beers. A quetiapina é o psicofármaco mais utilizado pelos idosos, seguida pelo clonazepam e Risperidona. Diante desse quadro, e considerando que essa pesquisa representa uma realidade de 19 ILPI do Sul do Brasil,



a situação mostra-se preocupante e direciona para a necessidade de investir na atenção farmacêutica, no planejamento do Plano de Cuidado da pessoa idosa, observando, sobretudo, as condições de doenças crônicas daqueles que adentram as ILPI.

PALAVRAS-CHAVE: Polifarmácia. Interação medicamentosa. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Saúde do idoso


INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno demográfico de alcance global e com acentuada longevidade, causa impacto na sociedade, especialmente em relação aos problemas de saúde. Com o aumento da expectativa de vida, aumenta a incidência e a prevalência das doenças crônicas e múltiplas no grupo etário idoso, contribuindo para a o uso excessivo de medicamentos, denominado polifarmácia (Morin et al., 2018; Molokhia; Majeed, 2017). Um ou mais fármacos, podem ser utilizados para aliviar sintomas ou mesmo tratar ou controlar doenças levando a esquemas terapêuticos complexos. A ocorrência de polifarmácia, em geral, se deve ao uso de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, com o destaque para as classes medicamentosas mais utilizadas, aquelas que atuam no sistema cardiovascular, no trato digestivo e o metabolismo e as indicadas para o sistema nervoso (Silva et al., 2020).

Não há consenso na literatura acerca da definição de polifarmácia e polifarmácia excessiva. Contudo, a maioria dos estudos utiliza o critério numérico, considerando polifarmácia o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (Santiago et al., 2020; Garbin et al., 2017) e polifarmácia excessiva o uso concomitante de dez ou mais medicamentos (Onder et al., 2012; Herr et al., 2017).

A polifarmácia é um problema de saúde pública global (World Health Organization, 2019a) e um dos maiores desafios relacionados à população que envelhece, com ônus para idosos, famílias e sistemas de saúde (Khezrian et al., 2020). Em todo o mundo as taxas de prescrição de medicamentos apresentam tendência crescente, devido ao aumento da população idosa e à disponibilidade de fármacos (Molokhia; Majeed, 2017; Khezrian et al., 2020). A prevalência de polifarmácia relatada na literatura varia de 10% até cerca de 90%, em estudos que consideram diferentes faixas etárias, definições de polifarmácia e localizações geográficas (Khezrian et al., 2020).

A polifarmácia, não denota, por si só, polifarmácia inadequada (Molokhia; Majeed, 2017; Walckiers; Van der Heyden; Tafforeau, 2015). O uso de vários medicamentos não é necessariamente imprudente, e, em alguns casos, dependendo da situação, pode ser necessário e benéfico (Molokhia; Majeed, 2017; World Health Organization, 2019a). No entanto, embora



uma combinação adequada de fármacos, em pacientes com problemas de saúde complexos, possa melhorar sua condição clínica (Molokhia; Majeed, 2017), quanto maior o número de medicamentos em uso, maiores são os riscos para a saúde do idoso (Morin et al., 2018).


Nenhum fármaco é completamente seguro para uso em idosos, visto que, as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas de muitos deles, não são completamente conhecidas nesse grupo, pois idosos, pessoas frágeis e com multimorbidade são comumente excluídos de pesquisas necessárias à aprovação de novos medicamentos. Contudo, esse é um grupo frequentemente atendido na prática clínica e mais sujeito à polifarmácia (Molokhia; Majeed, 2017).

A idade avançada, a polifarmácia, as condições crônicas de saúde, a exemplo da demência, são fatores determinantes na institucionalização da pessoa idosa (Lini; Portella; Doring, 2016). Estudos apontam que o número médio de medicamentos utilizados, assim como, a prevalência de polifarmácia excessiva são maiores entre idosos institucionalizados, o que demanda especial atenção a esse segmento (Walckiers; Van Der Heyden; Tafforeau, 2015). No tratamento ou controle das doenças crônicas e comorbidades, o uso combinado de fármacos, muitas vezes necessário, pode resultar na interação medicamentosa (IM) indesejada, com reações adversas de grande importância para o desfecho clínico.

A IM ocorre quando o efeito de um medicamento é alterado pela presença da substância de outro fármaco, fitoterápico, alimento, bebida ou algum agente químico ambiental (Jacomini; Silva, 2011). A IM pode resultar em um aumento ou diminuição na eficácia terapêutica, benéficas ou úteis, entretanto, as IM podem ser consideradas como uma das causas de reações adversas a medicamentos e com desfecho perigoso quando provoca aumento da toxicidade de um fármaco (Vidotti, 2010).

As IM podem ser classificadas quanto ao seu mecanismo, como: farmacodinâmica, farmacocinética ou farmacêuticas. As farmacodinâmicas relacionadas aos efeitos biológicos e terapêuticos das drogas e ao local de ação ou órgão alvo. As farmacocinéticas, na movimentação do ativo, da absorção até excreção, são as mais frequentes e influenciam de forma significativa a terapêutica medicamentosa (Diniz et al., 2010; Wold, 2013).

Estudos realizados com populações idosas residentes em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), no contexto brasileiro, apontam para dados importantes entre os quais se verifica que idosos institucionalizados em ILPI filantrópicas recebem uma quantidade maior de medicamentos comparados a idosos residentes em comunidades e ainda




maior se comparados com outras ILPI privadas (Smanioto; Haddad, 2013). Ainda, em relação a polifarmácia em ILPI, se constata problemas potenciais, tais como: redundância farmacológica, prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para os idosos e IM potencialmente perigosas (Castellar et al., 2007). Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e o uso de medicamentos em idosos institucionalizados.

CAMINHO PERCORRIDO EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: A METODOLOGIA DO ESTUDO

Realizou-se um estudo de corte transversal, de base populacional, com idosos residentes em ILPI. Esta pesquisa é parte de um estudo maior, intitulado: "Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais", a qual recebeu fomento do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – PROCAD/Capes, edital n. 71/2013. Os dados foram coletados no ano de 2017 em 19 ILPI localizadas nos municípios de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, no estado do RS, BR. Todas as ILPI localizadas nos municípios selecionados, registradas nas vigilâncias sanitárias municipais, foram convidadas a participar da pesquisa. A população total residente nessas instituições era de 479 idosos. Após o aceite por parte das ILPI, os idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) e o seus responsáveis foram convidados a participar do estudo. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos aqueles que no momento da entrevista estavam internados em hospital. Foram consideradas perdas os indivíduos elegíveis que se recusaram a participar, não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que não foram encontrados na ILPI após três tentativas dos entrevistadores, em dias e horários alternados.

Constituíram a população deste estudo 478 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. A caracterização sociodemográfica incluiu tipo de ILPI (privada/filantrópica), longevidade (idade igual ou superior a 80 anos), sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade e visita de familiares. O uso de medicamentos foi verificado junto ao prontuário dos idosos e os mesmos foram classificados de acordo com a classe farmacológica ou grupo químico (nível 3) conforme Classificação Anatômica Terapêutica Química-ATC (World Health Organization, 2020). Polifarmácia foi definida como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos e polifarmácia excessiva como o uso simultâneo de dez ou mais medicamentos, prescritos nos três meses que antecederam a pesquisa. Multimorbidade foi considerada a presença de duas ou mais condições crônicas. Para avaliação do estado cognitivo utilizou-se o Mini Exame do Estado




Mental (MEEM) com pontos de corte sugeridos por Bertolucci et al (1994): 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. A partir do escore obtido, o idoso foi classificado (com declínio cognitivo/sem declínio cognitivo). As variáveis de saúde consideraram o diagnóstico médico no último ano de cardiopatia, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular encefálico, diabetes mellitus, depressão, reumatismo e demência. Foram inquiridos sobre a ocorrência de pelo menos uma internação hospitalar no último ano. A dor crônica foi considerada aquela contínua ou intermitente nos últimos seis meses. Para as atividades básicas da vida diária (ABVD) o idoso foi classificado como independente/dependente, segundo o Índice de Katz (Lino et al., 2008). Os idosos que conseguiam realizar uma ou mais atividades somente com auxílio, foram classificados como dependentes (Lino et al., 2008). Para a variável uso de MPI, utilizou-se os critérios de Beers 2015 (Fick et al., 2015).

Para coleta dos dados utilizou-se um questionário estruturado, o MEEM e o Índice de Katz. As informações foram obtidas por meio de entrevista presencial com os idosos e cuidadores, assim como, pela análise dos prontuários.

As variáveis categóricas foram apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF, parecer número 2.097.278, em acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A REALIDADE DE UM CENÁRIO: OS RESULTADOS ENCONTRADOS E A DISCUSSÃO SOBRE OS FATOS

Dos 478 participantes, a maioria residia em ILPI filantrópicas (57,1%), eram longevos (57,0%), do sexo feminino (71,1%), escolarizados (83,5%), com predomínio de 1 a 8 anos de estudo (72,7%) se declaram brancos (89,5%) e indicaram ser católicos (82,1%). Apenas 6,3% possuíam cônjuge ou companheiro e 87,4% recebiam visitas de familiares. Sobre as condições de saúde, apresentavam multimorbidade (59,6%), declínio cognitivo (73,2%) e dependência para atividades básicas da vida diária (85,0%). As doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (54,8%), demência (49,8%) e depressão (37,4%). Possuíam cardiopatia (17,8%), diabetes mellitus (20,6%), reumatismo (15,4%), dor crônica (36,6%) e história de acidente vascular encefálico (21,6%). Sofreram queda no último ano (43,8%) e passaram por internação hospitalar no mesmo período (31,5%). Apenas 1,5% não fazia uso de medicamentos. Estavam expostos à polifarmácia (76,8%) e à polifarmácia excessiva (29,3%) e




faziam uso de medicamento potencialmente inapropriado para idosos (35,3%). Os grupos de medicamentos utilizados com maior frequência pelos idosos institucionalizados foram aqueles com ação sobre o sistema nervoso (81,4%), aparelho digestivo e metabolismo (77,2%) e aparelho cardiovascular (74,6%). Em cada um dos grupos as substâncias ativas utilizadas com mais frequência foram, respectivamente, quetiapina (22,8%), omeprazol (38,6%) e sinvastatina (35,3%). O uso de psicofármacos foi identificado em 79,7% da amostra, na qual foi observado a prescrição de 69 tipos diferentes, inapropriados ou não, segundo os Critérios de Beers. A prevalência de uso de psicofármaco inapropriado foi observada em 36,6% da amostra. A quetiapina é o psicofármaco mais utilizado pelos idosos, seguida pelo clonazepam (10,7%) e Risperidona (9,2%).

Sobre o perfil sociodemográficos dos idosos institucionalizados, neste estudo, a predominância do sexo feminino, a baixa escolaridade, a presença de pessoas longevas (com 80 anos e mais) e o fato de grande parte ser viúvo ou não possuir companheiro, corrobora a maioria da literatura revisada (Borges et al., 2013; Mansano-Schlosser et al., 2014; Mendes; Novelli, 2015; Pinheiro et al., 2016; Azevedo et al., 2017; Trindade et al., 2017).

Com relação à cor/raça e à religião, os resultados encontrados reproduzem a realidade de outros estudos e, de modo geral, as características gerais da população brasileira, em que a maioria se autodeclara branca (Pinheiro et al., 2016; Azevedo et al., 2017; Silva et al., 2019) e de religião católica (Alcântara et al., 2019).

Quanto as condições de saúde, a condição de multimorbidade reflete a realidade apontada em estudos, realizados no Brasil, com idosos residentes na comunidade (Melo; Lima, 2020; Nunes et al. 2018) e semelhante aos dados encontrados em ILPI brasileiras (Alcântara et al., 2019). As doenças crônicas prevalentes neste estudo foram hipertensão arterial sistêmica, demência e depressão corroborando com estudos realizados com idosos institucionalizados, em diferentes regiões do Brasil (Oliveira; Novaes, 2013; Santiago et al., 2016).

O estado de incapacidade funcional dos participantes do estudo, expressa na elevada dependência para atividades básicas da vida diária, 85,0%, corrobora achados de investigações semelhantes (Santiago et al., 2016; Silva et al., 2019) e pode ser melhor entendida quando compreende-se que a razão da institucionalização da pessoa idosa ocorre em função do grau de dependência (Lini; Portella; Doring, 2016) e a demanda complexa de cuidado (Wold, 2013; Silva et al., 2019).




Em relação ao declínio cognitivo, os resultados encontrados, além de confirmar a presença de déficit cognitivo na população de idosos institucionalizados corroborando outras pesquisas (Mendes; Novelli, 2015; Trindade et al., 2017) alertam para o fato de que os idosos com déficit cognitivos podem apresentar múltiplos sintomas e, que, em razão disso, com frequência utilizam muitos fármacos de modo concomitante. Considerando a presença da demência em idosos institucionalizados (Portella, 2020), percebe-se o quão comum ela é. Essa situação torna-se ainda mais alarmante quando se verifica que aqueles com prejuízos cognitivos e funcionais têm outras comorbidades, o que constitui risco aumentado para ocorrência de IM (Diniz et al., 2010).

Desta maneira, a multimorbidade representa um grande risco a saúde do idoso, não só pela gravidade das enfermidades em si, mas pelo maior risco de ocorrência de polifarmácia (Oliveira; Novaes, 2013) e reações adversas a medicamentos, o que aumenta a morbimortalidade desses indivíduos (Diniz et al., 2010).

Verificou-se que 76,8% dos idosos que estavam em uso de medicações foram submetidos à polifarmácia. Tais achados encontram-se extremamente superiores aos dados de estudo brasileiro que avaliou idosos em instituições filantrópicas e privadas (Smanioto; Haddad, 2013) e outro que investigou a polifarmácia em uma amostra de 1.705 idosos residentes em área urbana de Florianópolis, SC (Pereira et al., 2017).

A exposição dos participantes a polifarmácia excessiva é evidenciada não exclusivamente pelas multimorbidades, contudo pela probabilidade do uso de diferentes medicamentos para um mesmo problema de saúde. A prática da polifarmácia excessiva em ILPI também foi encontrada em estudo realizado por Onder et al. (2012), em oito países da Europa. Outrossim, o estudo de Walckiers, Van der Heyden e Tafforeau (2015) ressalta que a prevalência do uso de polifarmácia excessiva em idosos institucionalizados é superior aos idosos que vivem na comunidade, além disso, nos diferentes contextos, predomina no sexo feminino, em longevos, na baixa escolaridade e na presença da multimorbidade.

Os grupos mais prescritos foram aqueles com ação sobre o sistema nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e aparelho cardiovascular, se assemelham aos achados de outros estudos realizados em ILPI (Castellar et al., 2007; Smanioto; Haddad, 2013) e com idosos da comunidade (Oliveira; Novaes, 2013; Pereira et al., 2017). A análise dos princípios ativos no grupo dos medicamentos do aparelho digestivo e metabolismo indicou a substância ativa utilizadas com mais frequência o omeprazol e no aparelho cardiovascular a sinvastatina,



resultados que corroboram dados mostrados por outros trabalhos que investigaram o perfil farmacoterapêutico em idosos institucionalizados (Ferreira Jr et al., 2016; Oliveira; Novaes, 2013; Smanioto; Haddad, 2013; Castellar et al., 2007). O uso crônico do omeprazol, não é uma particularidade das ILPI, é amplamente prescrito na Atenção Primária e também no ambiente hospitalar (Lima, Dal Fabbro; Funayama, 2019).

O omeprazol apresenta importantes IM como, por exemplo, com o metotrexato, citalopram (pode aumentar os níveis sanguíneos destes), clopidogrel (causa redução do efeito sobre a agregação plaquetária e aumento do risco de trombose), diazepam (aumenta o risco de toxicidade benzodiazepínica), digoxina (aumento do risco de toxicidade), entre outros. Ainda, susceptibilidade a efeitos adversos graves, a exemplo das alterações hematológicas (agranulocitose, leucopenia, trombocitopenia) e o risco de fratura óssea relacionada a osteoporose (Hennigen, 2010).

O uso de psicofármacos teve alta prevalência da amostra, na qual foi observado a prescrição de medicamentos inapropriados, segundo os Critérios de Beers (Fick et al., 2015), o confirma a realidade de ILPI brasileira investigadas em diferentes períodos (Castellar et al., 2007; Ferreira Jr et al., 2016), bem como a literatura internacional (Aspinall et al., 2015). Cabe destacar que a prevalência de uso de psicofármaco inapropriado foi considerável na amostra, com a evidência da quetiapina como psicofármaco mais utilizado pelos idosos, seguida pelo clonazepam e risperidona.

A prescrição do uso de quetiapina se assemelha aos resultados de estudos em ILPI, no cenário nacional (Dantas et al., 2020; Chagas; Chini; Pessoa, 2017), assim como corrobora pesquisa realizada com 1173 idosos institucionalizados no Sul da Suíça, a qual constatou alta prevalência da quetiapina nas prescrições (Muller et al., 2020).

O clonazepam tem potencial de IM como, por exemplo, com amiodarona (risco aumentado de toxicidade, provocando confusão mental e enurese), analgésicos opioides (risco de depressão respiratória), carbamazepina e teofilina (podem diminuir concentração plasmática e efeito do clonazepam), além das possíveis reações adversas, entre as quais destaca-se a labilidade emocional, reação paradoxal de agressividade, ansiedade, vertigem, depressão respiratória, cefaleia e incontinência urinária (Magarinos-Torres, 2010).

A risperidona tem potencial de interação medicamentosa com carbamazepina, cimetidina, ranitidina (pode resultar em aumento da biodisponibilidade de risperidona) com propensão ao aparecimento de eventos adversos, como obstipação, visão turva, incontinência

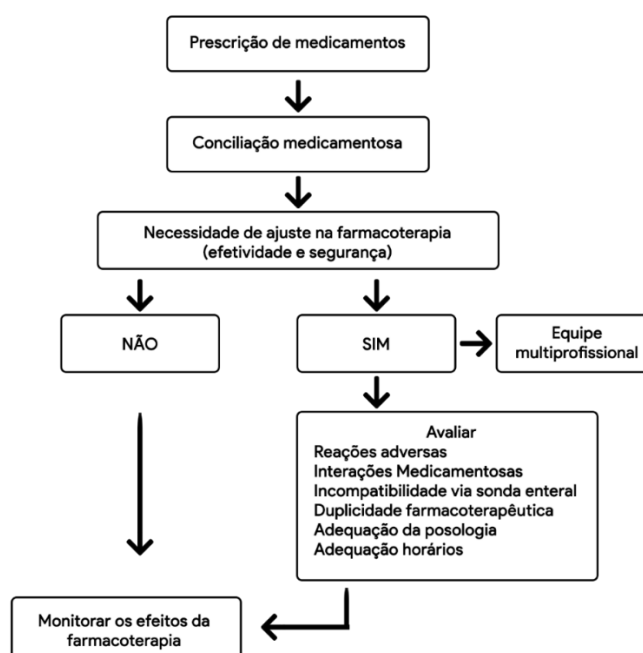
urinária, sonolência, tontura, fadiga, aumento de peso, taquicardia, hipotensão ortostática, hipertensão arterial e até mesmo convulsões. A associação com risperidona com sinvastatina é contraindicada, pelos mesmo efeitos adversos (Magarinos-Torres, 2010).

O uso da polifarmácia em pacientes idosos aumenta o risco de IM, na presença de polifarmácia excessiva e uso de medicamentos potencialmente inapropriados, mais grave ainda, pois a vulnerabilidade dos idosos aos efeitos desfavoráveis relacionados aos fármacos é bastante elevada, o que se deve a complexidade dos problemas de saúde, a incontinência urinária e o agravamento da funcionalidade podem exacerbar como reação adversa, condições essas que acrescentam mais demandas de cuidado da equipe de saúde das ILPI, as quais, em grande parte são insuficientes e com sobrecarga de atividade (Salcher; Portella; Scortegagna, 2015; Wold, 2013).

IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO E ATENÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA NO CONTEXTO DAS ILPI

Os dados encontrados neste estudo demonstram a importância de uma avaliação adequada no momento da prescrição de medicamentos para idosos institucionalizados, e, para tanto, faz-se necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar, com profissionais com conhecimento de protocolos e ferramentas que poderiam dirimir problemas relacionados a terapêutica medicamentosa, conforme sugerido na Figura 1.

Figura 1. Roteiro para a sistematização do cuidado na farmacoterapia.



Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2021)

Atuar, no sentido de controle ou para minimizar os danos da polifarmácia ou polifarmácia excessiva depende de intervenções da equipe multidisciplinar, entretanto, as ILPI enfrentam desafios múltiplos, que vão da ordem de gestão do serviço (com insuficiência de recursos humanos), da sistematização das ações cuidativas (seja pela alta rotatividade de pessoal ou pela falta de preparo para atuar na atenção gerontológica) e da imposição necessária para dar conta de atender as normas e regulamento técnico das ILPI, entre outros (Salcher; Portella; Scortegagna, 2015). A solução do problema depende da implicação e da colaboração de todos os membros da equipe, sem esse entendimento seria improfícua a procura de recursos.

Neste contexto, a implementação de protocolos institucionais elaborados na perspectiva das equipes multiprofissionais de saúde são ferramentas importantes na promoção da efetividade e segurança no uso de medicamentos. O quadro 1 relaciona alguns sites para busca de informações sobre medicamentos e pode auxiliar no trabalho das equipes de saúde.


Quadro 1- Sites para busca sobre informação de medicamentos

ANVISA	https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos
Australian prescriber	https://www.nps.org.au/australian-prescriber
Boletim Farmacoterapêutica	http://www.cff.org.br/pagina.php?id=201
Boletim Fármacos	http://www.boletinfarmacos.org/
Drugs.com	https://www.drugs.com/drug_interactions.html
Geriatrics, Gerontology and Aging	http://www.ggaging.com/
OPAS	https://www.paho.org/pt/brasil
PubMed	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

Fonte: Elaborado pelos próprios autores (2021)

A conciliação medicamentosa consiste na análise completa e precisa dos medicamentos de uso habitual do paciente, listando-o e comparando-o com a prescrição em todas as transições do cuidado (World Health Organization, 2019b) A partir desta análise, eventuais duplicidades ou omissões no uso de medicamentos podem ser identificadas quando os indivíduos ingressam na ILPI ou ainda quando são inseridos/alterados decorrente de atendimentos realizados por distintas especialidades médicas.

O cuidado integral com a farmacoterapia requer também atenção quanto ao aparecimento de reações adversas, estas geralmente identificadas durante o processo de



planejamento do plano de cuidado e na análise, realizada pelo farmacêutico, das potenciais IM e incompatibilidades advindas do uso de medicamentos. Quando as IM advêm de situações relacionadas a dieta ou ao uso de sondas enterais, a avaliação do nutricionista como membro da equipe multiprofissional contribui para mitigar problemas relacionados com essa associação. Assim, monitorar os efeitos da farmacoterapia deve fazer parte da prática do cuidado integral do idoso em ILPI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que os idosos institucionalizados estão expostos, em grande parte, à polifarmácia, bem como uma significativa parcela submetida à polifarmácia excessiva. Diante desse quadro, e considerando que essa pesquisa representa uma realidade de 19 ILPI do Sul do Brasil, a situação mostra-se preocupante e direciona para a necessidade de investir na atenção farmacêutica, no planejamento do Plano de Cuidado da pessoa idosa, observando, sobretudo, as condições de doenças crônicas daqueles que adentram as ILPI. Para isso, os tratamentos crônicos precisam ser monitorados desde a internação, com ações voltadas para a prescrição, o uso racional de medicamentos, com especial atenção ao desenvolvimento potencial de efeitos colaterais e de interações medicamentosas.

REFERÊNCIAS


ALCÂNTARA, R. K. L. DE et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 13, n. 3, p. 674–679, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i3a237384p674-679-2019>. Acesso em: 10 jan 2021.

ASPINALL, S. L. et al. Epidemiology of Drug-Disease Interactions in Older Veteran Nursing Home Residents. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 1, p. 77–84, jan. 2015. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13197>. Acesso em: 21 fev 2021.

AZEVEDO, L. M. et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 19, n. 3, p. 16–23, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19560>. Acesso em: 12 fev 2021.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 mar 2021.

BORGES, C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 318–322, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 jan 2021.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, D. DE A. F. E I. E. **Formulário Terapêutico Nacional: RENAME 2010.** [s.l.: s.n.]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 4 fev 2021.

CASTELLAR, J. I. et al. Estudo da farmacoterapia prescrita a idosos em instituição Brasileira de longa permanência. **Acta Medica Portuguesa**, v. 20, n. 2, p. 97–106, 2007. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11710/1/ARTIGO_EstudoFarmacoterapiaPrescrita.PDF. Acesso em: 3 mar 2021.

CHAGAS, M. H. N.; CHINI, A. C.; PESSOA, R. M. DE P. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados em instituições de longa permanência para idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 62–63, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000100062. Acesso em: 20 jan 2021.

DANTAS, D. G. et al. Uso de psicofármacos por idosos institucionalizados: aspectos epidemiológicos e frequência de quedas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n. 27, p. 1–7, 2019. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/463/477>. Acesso em: 5 fev 2021.


DINIZ, J. S. V. et al. Medicamentos em idosos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: RENAME 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. p. 41-44. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/FTN_2010.pdf. Acesso em: 25 mar 2021.

FERREIRA JR, C. L. et al. Análise das Interações Medicamentosas em Prescrições de uma Instituição de Longa Permanência em um Município de Minas Gerais. **Boletim Informativo Geum**, v. 7, n. 1, p. 64, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/4172/2918>. Acesso em: 6 mar 2021.

FICK, D. et al. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 11, p. 2227–2246, nov. 2015. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.13702>. Acesso em: 19 dez 2020.

GARBIN, C. A. S. et al. Perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 6, n. 7, p. 322–327, 12 ago. 2017. Disponível em: <http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2083>. Acesso em: 7 jan 2021.

HENNIGEN, F. W. Omeprazol e Omeprazol sódico. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário terapêutico nacional 2010: RENAME 2010.** 2. ed. Brasília: [s.n.]. p. 882–884. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 13 jul 2020.



HERR, M. et al. Polypharmacy and potentially inappropriate medications: a cross-sectional analysis among 451 nursing homes in France. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p. 601–608, 16 maio 2017. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00228-016-2193-z>. Acesso em: 15 nov 2020.

JACOMINI, L. C. L.; SILVA, N. A. DA. Interações medicamentosas: uma contribuição para o uso racional de imunossuppressores sintéticos e biológicos. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 168–174, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n2/v51n2a06.pdf>. Acesso em: 15 abr 2021.

KHEZRIAN, M. et al. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. **Therapeutic Advances in Drug Safety**, v. 11, p. 204209862093374, 12 jan. 2020. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042098620933741>. Acesso em: 9 mar 2021.

LIMA, J. M.; DAL FABRO, A. L.; FUNAYAMA, A. R. Uso do omeprazol: estudo descritivo de pacientes idosos de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 1, p. 46, 1 abr. 2019. Disponível em: [http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path\[\]=2285](http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path[]=2285). Acesso em: 3 mar 2021.


LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004–1014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01004.pdf%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000601004&lng=en&tlng=en. Acesso em: 15 mar 2021.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103–112, jan. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 abr 2021.

MAGARINOS-TORRES, R. Clonazepam. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. 2. ed. Brasília: [s.n.], p. 497–498. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 12 mar 2021.

MAGARINOS-TORRES, R. Risperidona. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010**. 2. ed. Brasília: [s.n.], p. 929–931. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 17 mar 2021.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 610–616, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400610&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 abr 2021.



MELO, L. A.; DE LIMA, K. C. Prevalence and factors associated with multimorbidities in Brazilian older adults. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869–3877, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003869&tlng=pt. Acesso em: 7 mar 2021.

MENDES, R. S.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil Cognitivo E Funcional De Idosos Moradores De Uma Instituição De Longa Permanência Para Idosos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 4, p. 723–731, 2015. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAO0535>. Acesso em: 10 fev 2021.

MOLOKHIA, M.; MAJEED, A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. **BMC Family Practice**, v. 18, n. 1, p. 70, 6 dez. 2017. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0642-0>. Acesso em: 13 mar 2021.

MORIN, L. et al. The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. **Clinical Epidemiology**, v. Volume 10, p. 289–298, mar. 2018. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-epidemiology-of-polypharmacy-in-older-adults-register-based-prospe-peer-reviewed-article-CLEP>. Acesso em: 10 nov 2020.

MÜLLER, L. et al. Off-label use of quetiapine in nursing homes: Does medical specialty of prescribing physicians play a role? **British journal of clinical pharmacology**, v. 86, n. 7, p. 1444–1445, 2020. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC7318997>. Acesso em: 10 oct 2020.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saude Publica**, v. 52, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153952>. Acesso em: 20 oct 2020.


OLIVEIRA, H. S. B. DE; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 165, 15 jun. 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140603>. Acesso em: 12 dez 2020.

OLIVEIRA, M. P. F. DE; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1069–1078, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400020&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 dez 2020.

ONDER, G. et al. Polypharmacy in Nursing Home in Europe: Results From the SHELTER Study. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 67A, n. 6, p. 698–704, 1 jun. 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/blr233>. Acesso em: 23 nov 2020.

PEREIRA, K. G. et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 20, n. 2, p. 335–344, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>. Acesso em: 12 mar 2021.

PINHEIRO, N. C. G. et al. Inequality in the characteristics of the institutionalized elderly in the



city of Natal, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3399–3405, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3399.pdf>. Acesso em: 5 jan 2021.

PORTELLA, M. R. Pesquisa PROCAD - padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais de idosos institucionalizados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 27, p. 97–104, 2020.

SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. DE M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 259–272, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00259.pdf>. Acesso em: 7 abr 2021.

SANTIAGO, L. M. et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 2, p. 86–92, jun. 2016. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/369/en-US/socio-demographic-and-health-conditions-of-institutionalized-elders-in-cities-of-the-southeast-and-middle-west-regions-of-brazil>. Acesso em: 13 jan 2021.

SECOLI, S. R. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 1, p. 28–34, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a04.pdf>. Acesso em: 13 abr 2021.

SILVA, R. S. et al. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 2, p. 345–356, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000200345&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 dez 2020.


SILVA, I. R. et al. Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: Results from elsa-Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–14, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100465&tlng=en. Acesso em: 2 jan 2021.

SILVA, D. T. et al. Possíveis Interações Medicamentosas Em Pacientes Polimedicados De Novo Hamburgo, Rs, Brasil. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 30, n. 1, p. 21–29, 2018. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=>. Acesso em: 3 jan 2021.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. DO C. L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 523–527, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 abr 2021.

TRINDADE, A. P. N. T. DA et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281–289, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 mar 2021.

VIDOTTI, C. C. F. Interações de Medicamentos. In: **BRASIL. Ministério da Saúde.**



Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. 2. ed. Brasília: [s.n.]. p. 45–50. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf. Acesso em: 25 mar 2021.

WALCKIERS, D.; VAN DER HEYDEN, J.; TAFFOREAU, J. Factors associated with excessive polypharmacy in older people. **Archives of Public Health**, v. 73, n. 1, p. 50, 9 dez. 2015. Disponível em: <http://www.archpublichealth.com/content/73/1/50>. Acesso em: 12 oct 2020.

WOLD, G. H. **Enfermagem Gerontológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Polypharmacy. Technical Report. p. 11–14, 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization, collaborating centre Drug Statistics Methodology**. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/atc_ddd_index/. Acesso em: 2 oct 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Transitions of Care. Who 2019, p. 52, 2019b.



CAPÍTULO 16

DOI: 10.47402/ed.ep.c202153216080

DÚVIDAS DAS PUÉRPERAS NOS CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

Bruna Soares de Oliveira, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna

Daniele Cristina Santos Caetano, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna

Victor Guilherme Pereira, Graduando em Enfermagem pela Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna

Lunny Anelita Pereira Souza, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna

Juliana Andrade Pereira, Mestre em Ensino em Saúde, UFVJM

Sélen Jaqueline Souza Ruas, Mestre em Cuidado Primário, UNIMONTES e Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna

RESUMO

Objetivo: Investigar as dúvidas maternas acerca dos cuidados com o coto umbilical. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo. O estudo foi desenvolvido no primeiro semestre de 2017. O cenário para o seu desenvolvimento foi uma Estratégia de Saúde da Família – ESF, localizada em um município ao norte de Minas Gerais. O público alvo foram oito puérperas, que participaram de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram sintetizados a partir das informações obtidas, que foram gravadas, ouvidas, transcritas na íntegra e analisadas em três categorias. **Resultados e Discussões:** Na categoria *Conhecimento da função do cordão umbilical*, identificou-se que a maior parte das puérperas mostrou-se informada a respeito das funções do cordão umbilical, apesar de algumas serem mulheres de origem simples e valores tradicionais. A categoria: *Como são realizados os cuidados e dificuldades/medos* evidenciou que os cuidados com o coto umbilical estão cercados de receios, dificuldades e inseguranças que ainda estão presentes no cotidiano atual das puérperas. A categoria *Mitos e Crenças* expressa que alguns mitos e crenças ainda podem ser vivenciados atualmente por parte das cuidadoras, com a utilização de práticas populares, que não possuem embasamento científico, desta forma, podendo contribuir para o surgimento de infecções ou complicações no cordão umbilical, prejudicando assim, a saúde do recém-nascido. **Conclusão:** Evidencia-se, por fim, que atualmente uma pequena parcela das puérperas ainda possui dúvidas e dificuldades a respeito dos cuidados do coto umbilical do recém-nascido. Neste contexto, é de fundamental importância que os profissionais da saúde conheçam e respeitem os valores culturais presentes em cada estrutura familiar. Em contrapartida, se faz necessário levar conhecimentos e práticas seguras que possam trazer benefícios à saúde do recém-nascido, orientando as puérperas sobre as melhores formas do cuidado com o coto umbilical.

PALAVRAS-CHAVE: Coto; Umbigo; Neonato; Cuidado.




INTRODUÇÃO

No início do século XIX, recém-nascidos vieram a óbito, atingidos pelo tétano neonatal, popularmente conhecido como o mal dos sete dias. Por meio de estudos realizados, foi identificado que o tétano no neonato causava irritações, atingindo o sistema nervoso central e suas membranas. Entre as suas causas, estavam relacionadas à forma do corte e os cuidados com o cordão umbilical. Após a ligadura e queda, eram realizados procedimentos utilizando substâncias irritantes como o óleo de copaíba, pó de banana queimada e banha de cobra, cuidados estes realizados por parteiras leigas. As puérperas eram mulheres de origem simples e tradicionais, que seguiam os valores e costumes familiares, sendo assim o parto eram realizados em domicílio ⁽¹⁾.

O cuidado ao coto umbilical é uma prática exercida pelas puérperas provindo de valores culturais, permitindo a continuidade de conhecimentos familiares através de um legado de crenças, culturas e mitos vivenciados pelas gerações que o antecedem. Nessa perspectiva, percebe-se que as avós são figuras importantes no cuidado domiciliar e se destacam como “fontes de apoio nos momentos de dificuldades no contexto familiar”, exercendo influência sobre seus descendentes, cuidando com suas práticas culturais. A cultura possui uma forte influência no processo saúde-doença dos indivíduos, sendo os recém-nascidos os mais suscetíveis aos costumes populares por serem os mais vulneráveis devido à imaturidade do seu sistema imunológico, necessitando de uma atenção redobrada no monitoramento da sua saúde (2, 3, 11).

Culturalmente, a figura materna possui a responsabilidade pelos cuidados aos demais familiares, sendo indispensáveis conhecimentos sobre os cuidados básicos ao recém-nascido, principalmente em relação à alimentação, higiene íntima e segurança. Em muitos casos a insegurança da puérpera é predominante na prestação de cuidados relacionado à hábitos de higienização, como a limpeza do coto umbilical e troca de fraldas, determinadas em alguns casos pela falta de orientação do profissional da saúde no momento da consulta de pré-natal e no ato da alta hospitalar do binômio. A limpeza do coto umbilical é um critério importante para a prevenção do surgimento de uma colonização de microrganismos causadores de onfalites que podem evoluir para a sepse no neonato. Desse modo, as mães devem ser esclarecidas que ao perceberem qualquer sinal de infecção na base do coto umbilical (odor fétido, hiperemia, exsudato, sangramento), devem procurar imediatamente o profissional de saúde para aplicar o tratamento adequado, o que aponta para o fato de a educação em saúde ser uma prática que deve ser utilizada como reforço de ensino-aprendizagem capaz de produzir, na gestante e



demais cuidadoras, maior compreensão acerca das orientações de cuidado, com destaque para a importância da imunização contra o tétano neonatal ^(4,3, 11).

No que lhe concerne, o tratamento do coto umbilical vai além da realização de tradições culturais em domicílio-comunidade, deste modo, é necessário que o profissional de saúde oriente e diversifique as várias formas de cuidado e credences, levando assim benefícios à saúde com a proximidade do saber, mas agindo com o potencial de atuação, proporcionando melhores formas de cuidados para o recém-nascido ⁽⁴⁾.


Este estudo possui a intenção de originar subsídios na área do ensino, por meio social do conhecimento teórico e prático que tragam contribuições para os conhecimentos sobre os cuidados do coto umbilical no neonato, proporcionando novas formas de conhecimentos aos acadêmicos de enfermagem e outras áreas, possibilitando o interesse para novos estudos e pesquisas neste mesmo direcionamento que gerem resultados benevolentes a saúde, promoção, prevenção de possíveis infecções e complicações derivadas de cuidados irregulares com coto umbilical e realizar aproximação entre o serviço-academia ⁽³⁾.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo investigar as dúvidas maternas acerca dos cuidados com o coto umbilical neonatal.

METODOLOGIA

De acordo com os objetivos deste estudo, optou-se por uma pesquisa de campo qualitativa, de caráter descritivo a fim de compreender o proposto na temática. A escolha do método qualitativo ocorreu devido a sua capacidade de incorporar questões significativas e de intencionalidade intrínseca aos atos, em relacionamentos estruturais da sociedade, tendo estas como construções humanas fundamentais, tanto em seu surgimento quanto em sua transformação, objetivadas na compreensão de coerência e fundamentos de grupos, instituições e atores sociais, quanto as suas crenças, senso comum, valores culturais, representações históricas e temas de suas especificidades, entendendo as relações entre os indivíduos nos processos históricos, movimentos sociais e de implementação das políticas públicas sociais ⁽⁶⁾.

O cenário para o desenvolvimento do estudo foi uma Estratégia de Saúde da Família – ESF, localizada em um município ao norte de Minas Gerais. A pesquisa foi desenvolvida no primeiro semestre de 2017. O público alvo foram puérperas que possuíam dúvidas a respeito dos cuidados com o coto umbilical. Foram incluídas nesta pesquisa puérperas com disponibilidade para participar da entrevista, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e foram excluídas puérperas que não possuíam a



possibilidade de deambular, com depressão puerperal ou que não desejaram participar da pesquisa.

Deste modo, foi realizada a entrevista semiestruturada individual com oito puérperas, que foram direcionadas a cinco perguntas elaboradas pelos autores para as entrevistadas, com o intuito de colher informações que proporcionassem uma melhor compreensão da percepção dos relatos vivenciados sobre a temática apresentada, buscando compreender e associar os valores que as entrevistadas atribuem sobre questões e situações sobre o tema proposto, com base nas suposições e conjecturas dos pesquisadores ⁽⁷⁾.

As entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que dispõe que a entrevista tem caráter confidencial e que as informações prestadas permanecerão em anonimato. Na entrevista foram direcionadas perguntas abertas para as participantes, no qual perguntas e repostas foram gravadas, buscando captar informações das entrevistadas com o tema proposto.


Nesta ótica, a entrevista teve cerca de cinquenta minutos de duração, foram realizadas nas dependências da residência das entrevistadas, com apenas a presença dos pesquisadores e a participante da pesquisa. Os dados obtidos por meio das entrevistas foram ouvidos, transcritos e analisados. A gravação da entrevista foi transcrita na íntegra, e cada participante foi identificada pelo sistema alfanumérico, de A1 a A8, sendo identificadas seguindo a ordem das entrevistas, garantindo assim o anonimato das falas. Após a leitura exhaustiva de cada fala, o material obtido foi submetido à técnica de análise do conteúdo constituída por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados ⁽⁶⁾. Este estudo respeitou os preceitos éticos mantida na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos ⁽⁸⁾. A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº1.952.511/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fundamentado nos dados percebidos nas falas das entrevistadas deste estudo, que posteriormente foram ouvidos, transcritos na íntegra e analisados, emergiram três categorias: Conhecimento da função do cordão umbilical, Como são realizados os cuidados e dificuldades/medos, Mitos e crenças, sobre as quais discorrerá este artigo.

CONHECIMENTO DA FUNÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL

O cordão umbilical é o elo que liga o embrião à placenta. Possui a função de garantir a nutrição do embrião e realizar as trocas gasosas por meio de três vasos sanguíneos, sendo duas



artérias e uma veia umbilical, ambos protegidos por uma substância gelatinosa denominada de a geleia de Wharton. O transporte do sangue do embrião para a placenta é proveniente das artérias umbilicais enquanto a veia umbilical é responsável pelo transporte do sangue rico em nutrientes e oxigênio provenientes da placenta. Após o parto o cordão umbilical do neonato é clampeado (fechado) e cortado, passando a ser denominado de coto umbilical ⁽⁹⁾.

Identificou-se que a maior parte das puérperas mostrou-se informadas sobre as funções do cordão umbilical, apesar de algumas serem mulheres de origem simples e de valores tradicionais, conforme demonstrado nas falas:

“Bom, pelo que eu sei, o cordão umbilical é por onde passa todos os nutrientes para a criança quando a gente tá gestante, né? Pelo menos é isso que eu sei, que é fundamental para poder passar o sangue, alimentação e os nutrientes e tudo” (A1).

“É a ligação entre a mãe e o filho e através dele o bebê se alimenta quando tá na barriga da mãe” (A8).

“O cordão umbilical serve como uma ponte de alimento para o neném. Nós comemos, e eles vão e se alimentam pelo cordão por que eles não comem pela boquinha ainda, então pelo umbigo que ele se alimenta depois que nasce dá pra tirar a medula do cordão, né? Ali dá pra curar algumas doenças” (A4).


Sobre o tempo de queda do coto umbilical, a sua mumificação ocorre aproximadamente entre o 3º ou 4º dia de vida do recém-nascido, ocasionando a sua queda em torno do 6º ao 15º dia ⁽⁵⁾. Conforme a temática em discussão as puérperas mostraram-se orientadas sobre o assunto, podendo ser comprovados em seus relatos:

“De 7 a 15 mais ou menos! Como dos meus caiu com 8, 9 dias, mas tem crianças que cai até com quinze dias” (A4).

“Eu acho que até 15 dia é normal, mas geralmente cai com 7 né, quando não molha” (A2).

COMO SÃO REALIZADOS OS CUIDADOS E DIFICULDADES/ MEDOS

A realização de práticas de higiene do coto umbilical ainda gera muitas dúvidas, pois, diversos produtos podem apresentar vantagens e desvantagens a partir do seu uso. O recomendado é mantê-lo limpo e seco, tal procedimento deve ser realizado uma ou mais vezes ao dia, se necessário. Com o objetivo de reduzir a colonização de microrganismo que podem causar infecção, a clorexidina mostrou ter muita eficácia, contudo retarda a mumificação, em contrapartida, a utilização do álcool a 70% acelera o processo de mumificação e não há interferência na colonização ⁽⁵⁾. Por meio deste estudo foi constatado que parte das entrevistadas utilizavam o álcool absoluto que é um agente desidratante e possui menos eficácia em sua ação microbicida, se comparado ao álcool a 70%, como pode ser observado:



“Eu passava o álcool absoluto e colocava gaze. Depois que ele caía que eu usava só o mertiolate, aquele incolor, mas só depois que ele caía” (A2).

“Álcool absoluto, gaze e o tomava banho!” (A3).

“Deve ser colocado apenas uma gazinha e álcool absoluto, e trocar toda vez que for dá banho” (A8).


A mulher, desde muito jovem, obtém conhecimentos transmitidos por pessoas experientes no contexto domiciliar, para que quando alcançada a fase adulta desenvolvam os ensinamentos adquiridos, entretanto, ainda existem muitas dúvidas em relação aos cuidados adequados com o coto umbilical, mesmo com vários ensinamentos aprendidos e resgatados ao longo da vida. Comportamentos oriundos dos saberes, de um lado, a recomendação do uso do álcool a 70°C ou apenas manter limpo e seco, como preconiza o Ministério da Saúde, no cuidado com o coto e, do outro lado, os familiares que compartilham suas experiências de vidas com os cuidados do recém-nascido, com o uso de fumo, sola de sapateiro, esterco e pena de galinha, praticas essas culturalmente transmitidas ^(3,5).

Entretanto, em alguns discursos foram evidenciados conhecimentos por parte das entrevistadas sobre informação de substâncias como o álcool a 70% no cuidado ao coto umbilical, confirmado na seguinte fala:

“Deve ser lavada com água e sabão no banho né, lavado com água e sabão, bem sequinho depois e seco com paninho limpinho né, uma fraldinha limpa passada, higienizada e pega uma gaze com álcool 70 e limpar e secar bem sequinho e toda troca deve ser limpo o umbigo pra não ter contaminação nem do xixi e nem das fezes” (A4).

Com relação ao coto umbilical, puérperas primigestas e mães adolescentes demonstram inseguranças na forma de manuseio e queda do coto, evidenciando que para estas mulheres o cuidado com o coto umbilical é envolvido de mistérios, tido muitas vezes como algo desconhecido e ambíguo, visto que ele tanto alimenta o feto durante o período gestacional, como também pode desencadear doenças para este recém-nascido. Por isso muitas puérperas delegam as funções de cuidados do coto a outras pessoas, por se sentirem fragilizadas e inseguras mediante a esta tarefa, acreditando que o manuseio do coto umbilical pode acarretar algum tipo de doença a seu filho ^(10,4).

Os cuidados com o coto umbilical estão cercados de medos, dificuldades e inseguranças que ainda são vivenciadas pelas puérperas nos dias atuais. Nesta perspectiva algumas cuidadoras referem-se ao coto como algo intocável que apresenta um grande perigo para a saúde do neonato ⁽¹⁰⁾. O cuidar consiste em modo de viver, expressar, pensar e agir em nosso cotidiano. Consiste também no compromisso do ser humano em procura promover o bem-estar e o cuidar do próximo, diante das dificuldades encontradas no decorrer da vida. O cuidado



humano é essencial para formação de valores éticos, moral e cultural que permeiam o papel familiar intergeracional ⁽²⁾. Neste estudo foram evidenciados relatos de medos e dificuldades por partes das participantes, podendo ser comprovados nas falas:

“Tive muito medo e insegurança porque era mãe de primeira viagem e ficava com medo de machucar apesar de falar que não machucava mais fiz da maneira que me ensinaram no hospital” (A8).

“Eu tinha muito medo e dificuldade né! de machucar, mas me falaram que não machucava que era tranquilo. Da primeira minha eu não cuidei, mas da segunda deu pra dar uma mãozinha sem problema” (A1).


Os sentimentos de medo e inseguranças são percebidos nas diversas situações apresentadas em relação aos cuidados da criança, devendo ser entendidas como um pedido de ajuda cabendo aos profissionais da área da saúde acolher, ouvir e orientar essas mães, encorajando-as a enfrentarem seus medos e ultrapassarem suas dificuldades para encontrar o melhor caminho de cuidado ao seu filho. Por isso a realização da consulta de pré-natal possui um importante papel a estas cuidadoras, auxiliando-as na obtenção de conhecimentos necessários para a realização de cuidados com o recém-nascido, além de contribuir na diminuição de medos e dúvidas vivenciado por essas mulheres.

MITOS E CRENÇAS

O recém-nascido depende de cuidados integrais após o seu nascimento, entre as suas necessidades podemos destacar a queda do coto umbilical que é de maior relevância em seus primeiros dias de vida. Os relatos apresentados neste estudo comprovam que as puérperas ainda são mulheres envolvidas por valores culturais, mitos e crenças para com o cuidado do coto umbilical do neonato, e respectivamente nestas eram encontradas evidências que se tratava de grandes riscos podendo ocasionar infecções, colocando em risco a vida do recém-nascido, se dependente dos cuidados maternos.

Alguns hábitos culturais que foram passados por avós, ainda são vivenciados em várias populações na prestação de cuidados do recém-nascido, sendo assim era recomendado o uso de folha de fumo, moedas, faixas, pó de café, banha de galinha. Neste sentido, a cultura é fortemente relacionada com as normas, valores e práticas vivenciadas, que ampliam pensamentos, atitudes e ações que foram aprendidas, compartilhadas e transmitidas por grupos inter-relacionados ^(4,3).

O uso de faixas e moedas impossibilita a entrada e saída de ar circulante na região do coto umbilical, e ao contrário do que muitos cuidadores acreditam o uso desta técnica não evita o surgimento da hérnia umbilical, contudo tal procedimento poderá desencadear o surgimento



da infecção umbilical no neonato transcorrendo para o risco de desenvolver o tétano neonatal no recém-nascido. Tais mitos e crenças ainda podem se vivenciados nos dias de hoje por parte das cuidadoras que podem ser observados nas falas das entrevistadas:

“Geralmente é bom um óleo, colocamos um oleosinho que tá que fica ressecado com mertiolate, mercúrio que cura, aí passa um oleosinho esse que fala azeite doce, que a gente compra na farmácia passa em redor do umbigo fica molhado com azeite doce, depois pega um paninho ou uma gazinha e corta, faz um buraquinho põe ali aquela tripinha dentro que é o cordão umbilical, aí marra a faixa toda vez que for dá banho, dá banho com a faixa, tira a faixa enxuga e não deixa molhar o umbigo que não é bom” (A5).


“Coloquei faixa, álcool absoluto e óleo de rícino nos meus dois filhos” (A7).

“Geralmente né quando é curado com mertiolate, com mercúrio, eles pegam e caem de 7 a 8 dias, quando é curado assim na roça que eles punham rapé antigamente, azeite é 15 dias” (A5).

Para que possa ser realizada uma nova construção cultural acerca dos cuidados com o coto umbilical, devem-se incluir profissionais na assistência com decisões e ações que visam na orientação e capacitação para auxiliar a puérpera, familiares e comunidade da melhor maneira possível, reavaliando e organizando suas práticas de cuidados, à medida que substituí-las ou modificá-las seja uma decisão consensual entre os indivíduos envolvidos nos cuidados (3).

Sobre esse aspecto, o novo padrão de atendimento de saúde, diverge diferentes benefícios do anterior, ou seja, tradições lineares, que tudo se sabe sem desconsiderar os saberes dos indivíduos, devendo atentar-se para o respeito de valores culturais e crenças, promovendo qualidade de vida e benefícios mais saudáveis do que anteriormente, sejam estabelecidas mudanças conjuntas entre profissionais-indivíduo, familiares e comunidade, de maneira a serem aceitas. Neste contexto, deve-se voltar à atenção para o trabalho com a gestante ainda no período gestacional, programar ações durante o período puerperal, mostra-se necessário a inclusão de uma rede social que pertença como uma estratégia política cultural e social a saúde do recém-nascido, ou seja, implementar ações de orientação, prevenção e proteção que incluam saberes culturais, compreendendo a realidade da multidiversidade cultural de cada região (3).

Contudo foram percebidos através dos relatos das entrevistadas evidências sobre conhecimentos de cuidado ao coto umbilical do recém-nascido. Entre os discursos informados pelas participantes foi demonstradas mudanças em suas práticas de cuidados ao coto, o que transcorreu de ações educativas transmitidas por profissionais da área da saúde empenhados a construir conhecimentos e atitudes no intuito de prevenir, promover doenças e agravos num cuidado congruente, de respectivas entre cuidados e saberes popular-científico, reconhecendo



assim a necessidade de rever e avaliar em seu contexto cultural e de suas práticas, que podem ser percebidos no seguinte discurso:

“A tem a tradição do famoso do pozinho de café né, só que eu não coloquei aquilo lá não, eu, pó de café, tem o tal do rapê né! só eu que não coloquei isso não, eu acho que isso aí né é muito antigo e traz infecção sabe, mas eu preferir mesmo ir pelos médicos eu acho que eles estudou pra isso sabe disso então você tem que seguir certinho por que é seu filho você tem que cuidar cuidadinho é um pedacinho da gente”(A4).


Foram evidenciados neste estudo que a minoria das entrevistadas possui o conhecimento da utilização de substâncias como o álcool a 70%, e que algumas puérperas ainda praticavam cuidados transmitidos por grupos familiares envolvendo o uso de substâncias considerado pelos estudiosos como insalubre ao cuidado do coto umbilical do recém-nascido.

Como já descrito o neonato é um ser humano frágil e susceptível a desenvolver infecções, decorrentes de não receber os devidos cuidados, que lhe assegurem um bom desenvolvimento. A taxa de mortalidade dos recém-nascidos em sua grande maioria pode ser prevenida através de medidas simples e de baixo custo financeiros, contudo estudiosos afirmam que muitos desses cuidadores não possuem informações e saberes bastante que os habilitem a cuidar e proteger estes recém-nascidos ⁽³⁾.

Reafirma-se, portanto, que os mitos, as crenças e as crendices são fatores culturais que as avós compartilham com as gerações familiares, que absorvem as orientações seguindo um ritual de cuidado. É nessa ótica em que os profissionais de saúde devem intervir na perspectiva de acionar as ações educativas com vistas à promoção da melhoria da qualidade de vida do RN e da sua família, atentando-se para os limites e perigos que determinados conhecimentos empíricos podem gerar a saúde ^(11, 12).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desse estudo, evidenciou-se que atualmente uma pequena parcela das puérperas ainda possui dúvidas e dificuldades com os cuidados do coto umbilical do recém-nascido. Entretanto, demonstraram interesse no esclarecimento de dúvidas, em especial na limpeza do coto, confirmando ser essa estrutura alvo de mitos, medos e crendices. O estudo demonstra que, apesar dos avanços da tecnologia, muitas pessoas ainda utilizam recursos populares acreditando alcançar bons resultados, dando credibilidade aos costumes e saberes populares transmitidos pelas gerações que os antecedem, que podem contribuir para o surgimento de complicações que prejudiquem a saúde e o bem-estar do recém-nascido. Portanto, torna-se necessário que o conhecimento técnico-científico caminhem juntos com o



saber cultural, garantindo o respaldo nas comprovações da cientificidade acerca do cuidado do recém-nascido.


No cuidado ao neonato, é de fundamental importância que os profissionais de saúde realizem ações educativas em saúde direcionadas à comunidade cuidadora do coto umbilical (gestantes, puérperas e familiares), de forma a proporcionar aproximação e elos entre profissional-comunidade, para que assim possam conheçam os mitos, as crenças e os tabus que permeiam o cuidado do coto umbilical, a fim de desenvolverem intervenções necessárias visando à melhoria dos cuidados ao cordão umbilical, sem, todavia, desfazer ou desmerecer os conhecimentos populares herdados.

Desta forma, nos tempos atuais, é papel dos profissionais da saúde aprofundar seus conhecimentos e técnicas, visando uma melhor percepção sobre as questões de saúde do recém-nascido. É de fundamental importância conhecer e respeitar os valores culturais presentes em cada estrutura familiar a qual está inserida a puérpera, agindo com o potencial de atuação, promovendo ações educativas as puérperas e os demais cuidadores, que promovam a prevenção de complicações, orientando as melhores formas de cuidados com o coto umbilical, visando à manutenção da saúde e o bem-estar do neonato.

Destarte, acredita-se que os resultados deste estudo contribuirão para os conhecimentos sobre cuidados do coto umbilical no recém-nascido, proporcionando novas formas de aprendizado à comunidade e profissionais da área da saúde, que sirva de subsídio para novos estudos com novas metodologias e desenvolvimento de programas educacionais neste mesmo direcionamento que gerem resultados benevolentes a saúde, prevenção, promoção ao neonato.

REFERÊNCIAS

1. Freitas TM, Porto F. Cuidados com o cordão umbilical do recém-nascido, no século XIX. Revista de Enfermagem. 2011; 19 (4): 524-9. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22478&indexSearch=ID>> Acesso em 09 set. 2016.
2. Maia SMS, Silva LR. Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. Revista de Enfermagem. 2012; 16 (7): 131-8. Disponível em:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0874-02832012000200014&lang=pt>>. Acesso em 09 set. 2016.
3. Linhares EF, Silva LWS. Influencia intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. Revista Eletrônica Gestão e Saúde. 2012; 21 (4): 828-36. Disponível



em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000400013&lang=pt>. Acesso em 09 set. 2016.

4. Andrade LCO, Santos MS, Aires JDS, Joventino ES, Dodt RCM, Ximenes LB. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. *CogitareEnfermagem*.2012; 17 (1): 99-105. Disponível em:<https://www.researchgate.net/profile/Regina_Dodt/publication/271715092_conhecimento_de_purperas_internadas_em_um_alojamento_conjunto_acerca_da_higiene_do_neonato/links/551aa6690cf2fdce843670fc.pdf>. Acesso em 16 set. 2016.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2011. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf>. Acesso em 15 set. 2016.

6. MinayoMCD. [Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade](#). *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (3): 621-26. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>>. Acesso em 25 out. 2016.

7. Martins GA. Estudo de Caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *RCO – Revista de Contabilidade e Organizações*. 2008; 2 (2): 9-18. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rco/article/viewFile/34702/37440>>. Acesso em 21 out. 2016.

8. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2012.

9. Pires CSM. Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido [dissertação]. Bragança: Escola Superior de Saúde; 2016. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/13881/1/disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20-%20Catarina%20Pires.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2017.

10. Ribeiro MB. A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical. *Revista Interdisciplinar*. 2011; 4(3): 54-9. Disponível em:<http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/revisao/rev3_v4n3.pdf>. Acesso em 12 abr. 2017.

11. Linhares EF, Dias JAA, Santos MCQ, Boery RNSO, Santos NA, Marta FEF. Memória coletiva de cuidado ao coto umbilical: uma experiência educativa. *Rev. Bras. Enferm*. 2019 Dec, 72(Suppl 3): 360-364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900360&lng=en. Acesso em 02 ago. 2020.

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Tétano neonatal [Internet]. In: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2ª ed. Brasília; 2017. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>



CAPÍTULO 17

DOI: 10.47402/ed.ep.c202150117080

GESTÃO PARTICIPATIVA: A ENFERMAGEM NA SUPERVISÃO EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE

Thayssa Carvalho Souza, Enfermeira pela UFRB, Mestranda em Enfermagem pela UEFS, Especialista em Obstetrícia, Saúde da Criança e UTI neonatal e Gestão em Saúde

Joseneide Santos Queiroz, Doutora em Saúde Pública; Membro da REBRAENSP Recôncavo da Bahia, Docente do curso de Enfermagem UFRB

RESUMO


Gerir na saúde representa novas formas de caracterizar o sistema, embasadas na participação dos profissionais, práticas cooperativas que centralize trabalhadores de saúde e usuários do sistema como protagonistas ativos. Buscam-se adequações em instrumentos gerenciais capazes de aprimorar o nível da qualidade da assistência e resolutividade dos serviços. Objetivo: Analisar características que subsidiam ações de gerenciamento nos serviços hospitalares realizadas por enfermeiros, descrevendo competências e destacando a atuação como gestor em saúde. Metodologia: É apresentada uma revisão integrativa de literatura. Resultado: com a supervisão, espera-se melhoramento na qualidade do serviço, aperfeiçoamento de habilidades e competência de uma equipe de saúde. Este estudo viabilizou a reflexão sobre o compromisso de formar e inserir no mundo do trabalho, profissionais competentes para executar ações de gestão em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Supervisão de enfermagem. Administração em saúde. Gestão hospitalar.

INTRODUÇÃO

Segundo Misoczky (2003), compreende-se por gestão participativa o arranjo de um grupo de políticas formuladas com a colaboração da sociedade, onde considera-se participativa porque possibilita a elaboração de ações planejadas por executores e usuários, opera com métodos estabelecidos pelos protagonistas do processo, além de promover aos abrangidos o desempenho da aprendizagem, procurando medidas eficientes através da construção coletiva dos colaboradores.

Além disso, oferece oportunidade de educação permanente, compreendendo sempre o serviço no qual atua, reconhecendo como as políticas do setor saúde interferem no seu trabalho. Esta maneira de gerir em saúde permite de forma compartilhada, construções do trabalho de forma coletiva, favorecendo a promoção de práticas mais ativas e participativas e auxiliar o processo de interação e aprendizagem (PENEDO; GONÇALO; QUELUS, 2019).



A importância do gerenciamento da enfermagem impulsiona intervenções e organizações entre os seres humanos que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado complexo, composta por equipes de saúde com diferentes habilidades e práticas profissionais (SILVA et al. 2018).


O enfermeiro possui imbricado na sua formação profissional, para além da atuação na área assistencial, responsabilidade para atuação na área gerencial, vez que essa natureza assistencial-gerencial do trabalho deve ser indissociável, não sendo verdadeira a concepção do distanciamento entre assistir ao paciente ou gerenciar uma organização de saúde. A prática do enfermeiro é cercada por administrar diferentes ações, com construção de conhecimentos e articulações com outros meios, buscando a satisfação da qualidade do cuidado (SILVA et al. 2018).

A relação entre a enfermagem e administração vem sendo construída desde os primórdios da instauração da profissão, que mesmo diante das imposições do mundo contemporâneo, é marcada pela necessidade de estruturar as instituições de saúde, principalmente os hospitais. O enfermeiro é um profissional que possui vínculo com a equipe multidisciplinar, executando tanto papéis relacionados ao cuidado ao cliente e família, tanto atividades ligadas à gestão, incorporando amplas atribuições no seu cotidiano (DIAS et al. 2017).

Ao desempenhar um importante papel na construção do sistema de cuidados, o profissional de enfermagem mantém interação ampla com todos os profissionais da saúde. Nesse sentido, consegue gerenciar as competências concernentes ao exercício do trabalho assistencial da profissão, possuindo autonomia para avaliar necessidades relacionadas ao cuidado e ainda práticas de supervisão do desempenho de funcionários na instituição, como função inerente de enfermagem (SILVA et al. 2018).

A gestão e administração em saúde, de acordo com Lorenzetti et al. (2014), são determinadas pela compreensão do manejo das organizações do serviço, abrangendo as redes de atenção à saúde, as esferas que as compõem, como são organizadas, além da necessidade de formação e execução de ações que colaborem para uma assistência dentro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo uma assistência universal, equânime e integral, diante dos problemas e necessidades da população.

Para garantir a execução da função gerencial da enfermagem, são atribuídos mecanismos de provimento para o funcionamento do serviço, que dividem-se em planejar,



prover, prever e controlar recursos materiais e humanos necessários. Ademais, acrescenta-se ainda a gerência do cuidado, abrangendo atividades de diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, realizados com supervisão, acompanhamento e incentivo da equipe (DIAS et al. 2017).


Segundo Carvalho; Gama; Salimena (2017), gerir na saúde representa novas formas de caracterizar o sistema, embasadas na participação dos profissionais, práticas cooperativas que centralize trabalhadores de saúde e usuários do sistema como protagonistas ativos, salientando esses processos como melhoramento nas dimensões da gestão no cuidado em saúde, trazendo novos desafios a esta área da gestão.

Veza que, diante da competitividade e do surgimento de grande número de instituições de saúde, cada vez mais, buscam-se adequações em instrumentos gerenciais capazes de aprimorar o nível da qualidade da assistência e resolutividade dos serviços, onde essas ferramentas atuem como alvo estratégico para direcionar gestores a obter serviços de saúde qualificados (CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017).

Com a formulação e aplicação das políticas de saúde, Penedo; Gonçalo; Quelus (2019), reforçam que, atualmente, visando a necessidade de reforma dos modelos de gestão, surgiram mudanças nas dimensões gerenciais, voltadas para ações que visem melhorias na qualidade do serviço, habilidades e competências da equipe, consolidação da autonomia profissional e efetivação do SUS e conseqüentemente elevação do nível da assistência prestada, onde é possível através de novas abordagens, como uma gerência participativa, onde o gerente e supervisor evidenciam interação com o supervisionado, com resoluções de problemas em conjunto, cooperativamente e planejada.

Notoriamente, tem-se a descrição negativa sobre a gestão de saúde principalmente nos âmbitos hospitalares, que trazem críticas sobre a fragilidade gerencial presente nestas instituições. Observa-se nesses ambientes hospitalares, inflexibilidade com relação à mudanças, onde a fragmentação no processo de trabalho dificulta a interação entre profissionais, com altas demandas nos serviços e ação longínquas da realidade dos profissionais no que se refere aos gestores (ALEXANDRE et al. 2016)

Visto isso, amparando-se no papel do enfermeiro como gestor em saúde, que busca indubitavelmente melhorias nas dimensões da integralidade da assistência e contribuir para a qualidade do serviço e baseando-se na formação profissional enquanto pós-graduanda do curso



de gestão, surge a seguinte pergunta norteadora: Como a enfermagem pode conduzir uma gestão participativa em instituições hospitalares de grande porte?

OBJETIVO GERAL

Analisar características da gestão participativa nos serviços hospitalares realizados por enfermeiros, descrevendo competências e destacando a atuação como gestor em saúde;

METODOLOGIA


Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, uma técnica que reúne e sintetiza o conhecimento produzido por meio da análise dos resultados evidenciados em estudos primários de autores especializados. Conforme Souza; Silva; Carvalho (2010), a revisão integrativa revela-se como uma metodologia que possibilita o resumo do conhecimento e a integração da utilidade de resultados e estudos relevantes na prática. Essa metodologia é a mais extensa abordagem metodológica relacionado às revisões, proporcionando a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para o entendimento completo do fenômeno explorado.

A revisão integrativa indica também dados da literatura teórica e empírica, conseguindo inserir outras aplicações, como: descrição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de impasses metodológicos de um tópico particular. Esta abrangente amostra, deve promover uma análise coerente e compreensível de concepções complexas, teorias ou problemas de saúde significativos para a enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta metodologia foi desenvolvida em seis etapas utilizadas para a realização do trabalho, são elas: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora, 2) pesquisa na literatura e seleção das pesquisas, 3) análise dos estudos incluídos, 4) análise crítica dos estudos incluídos, 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Nesta revisão, buscaram-se artigos indexados na base eletrônica SciELO (Scientific Electronic Library Online), publicados em língua portuguesa. A pesquisa dos artigos compreendeu o período de 2010 a 2019.

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram: artigos brasileiros publicados em português; disponíveis na integra, contidos na área temática das ciências da saúde e enfermagem. Utilizou-se como descritores as palavras “supervisão de enfermagem; administração em saúde e gestão hospitalar”. Encontrou-se inicialmente 378 publicações



brasileiras no idioma português e após aplicar os critérios de inclusão determinados, foram selecionados 18 artigos para fazerem parte do *corpus* da pesquisa.

Dentre os 18 escolhidos, apenas 8 participaram da discussão, possuindo como critério de exclusão ser classificado como revisão integrativa.

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados e realizados a leitura do material na íntegra.

Os materiais foram caracterizados de acordo com o tipo de trabalho: 1. Pesquisa original, extraído de tese e relato de experiência; 2. Tipo de pesquisa: Quantitativa, qualitativa, qualitativa e quantitativa, e revisão; 3. Técnica de coleta: observação, entrevista estruturada, entrevista semiestruturada e outros; 4. Técnica de análise: análise de conteúdo, análise de discurso, análise argumentativa e outros; 5. Sujeitos das pesquisas: enfermeiros, equipes de saúde, estudantes; 6. Temática do artigo: processo de trabalho, supervisão de enfermagem, identidade profissional da enfermeira, gestão em saúde, gestão participativa; 7. Revista em que o artigo foi publicado; 8. Ano da publicação.

A análise dos artigos foi realizada a partir da análise de conteúdo temática, que segundo Bardin (1995), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

RESULTADOS

Alguns trabalhos selecionados no eixo da gestão participativa evidenciaram sobre o trabalho de supervisão da enfermagem e o processo de trabalho da equipe de saúde. Para análise e discussão dos resultados, foram agrupados e caracterizados conforme observado no quadro abaixo, sendo organizado com as seguintes informações: procedência, títulos, autores, periódico (volume, número, página, ano de publicação), considerações e temática do artigo.

Quadro 1 – Descrição dos artigos localizados na base de dados SciELO.

Título do artigo	Autores	Periódico (vol, nº, pág, ano)	Considerações/ Temática
Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado.	CHAVES, L.D.P. et al.	2017;70(5):1165-70	Reflete a supervisão de enfermagem como instrumento gerencial do enfermeiro para

			integralidade do cuidado, considerando suas potencialidades e limitações no cenário atual.
A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe.	CARVALHO, N.M. de; GAMA, B.M.B. M.; SALIMENA, A.M.O.	Vol. 17, Nº 69, Out. – Dez. 2017	Identifica como se dá o processo de supervisão no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro e seus reflexos na assistência à clientela e no trabalho de equipe.
Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira.	BORDIN, V. et al.	Vol. 18, Nº 71, abr. – jun. 2018.	Motiva o enfermeiro para a compreensão da liderança como ferramenta gerencial na sua prática cotidiana, e contribuir para a melhoria do perfil de liderança dos enfermeiros na instituição.
Processo de trabalho da equipe de enfermagem e unidades saúde da família em município baiano.	SANTOS, S. S. B. S.; SILVA, L. S. ; CARNEIRO, E. K N.; SABACK, M. A. DE M.C.; CARVALHO, E. S. DE S.	v. 27, n. 2, p. 101-107, maio/ago. 2013	Analisa como ocorre o processo de trabalho da equipe de enfermagem em Unidades de Saúde da Família. Define o processo de trabalho da equipe de enfermagem como fragmentado e hierarquizado.
Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde.	CORREIA, V.S.; SERVO, M.L.S.	2006 jul-ago; 59(4): 527-31	Descreve e identifica a existência da sistematização da supervisão da enfermeira. Define que 63,6% das enfermeiras realizam supervisão sistematizada e 36,4% destas não sistematizam a supervisão.
A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação.	RODRIGUES, F.C.P.; LIMA, M.A.D.S.	2004 dez;25(3):314-22	Conhece as atividades realizadas pelos enfermeiros em unidades de internação. Expõe a capacidade de articulação do enfermeiro tanto em relação à organização do trabalho


			da equipe de enfermagem como na organização do ambiente hospitalar.
A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar.	DIAS, A.K.G. et al.	Recife, 11(Supl. 5): 2185-94, maio, 2017	Compreende a percepção dos enfermeiros sobre o seu papel na função de gerente.
Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados.	LORENZETTI, J.; LANZONI, G.M.M.; ASSUITI, L.F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F.R.S.	2014 Abr-Jun; 23(2): 417-25	Identifica os principais problemas da gestão em saúde no Brasil, a partir da opinião de gestores. Determina que o SUS está em consolidação carecendo de mais recursos, financiamento estável e de gestão capaz de transformar os seus princípios e diretrizes em realidade.
Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira.	BORDIN, V. et al.	Vol. 18, Nº 71, abr. – jun. 2018.	Motiva o enfermeiro para a compreensão da liderança como ferramenta gerencial na sua prática cotidiana, e contribuir para a melhoria do perfil de liderança dos enfermeiros na instituição.

Fonte: elaborado pelos autores.

De acordo com o quadro acima, foi verificado que, em relação aos objetivos os artigos mencionados para esta revisão buscam analisar e identificar a gestão participativa da enfermagem e seus instrumentos no processo de trabalho da equipe de saúde em hospitais de grande porte.

DISCUSSÃO

O papel da enfermagem ao longo dos anos é constituído da identidade profissional que caracteriza seus atributos, a partir do domínio de conhecimentos específicos particulares da sua atividade, que lhe capacita para sua autonomia profissional. A evolução histórica da enfermagem vem sendo assistida pela gradual inquietude com as demandas de saúde e diversidade dos serviços, em busca de melhores práticas para o cuidado. Com as mudanças globais, nas práticas interpessoais e de saúde, o mercado de trabalho exige constantes




aprimoramentos e adequações para atender às condições da sociedade de forma integral, visando a necessidade da promoção e de organização do trabalho da enfermagem para galgar novos modelos gerenciais, de modo a superar aqueles obsoletos que continuam sendo utilizados para suprir a demanda (CHAVES et al. 2017).

A cronologia temporal, que marca a história da enfermeira em seu processo de luta no âmbito trabalhista, caracteriza mudanças nas prestações de serviço, onde requer da enfermagem atitude impulsionadora diante dos atendimentos com os usuários nos serviços de saúde, desencadeando reconhecimento do seu trabalho. A supervisão, definida pelo Ministério da Saúde, amparando sua definição na qualidade do serviço oferecido à população, destaca como uma considerável ferramenta para gerir e organizar o trabalho em saúde, possibilitando interferir nas necessidades existentes, viabilizando benefícios para a instituição. Com isso, o trabalho gerencial do enfermeiro ao gerir, objetiva a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem (CARVALHO; GAMA; SALIMENA, 2017).

Segundo Bordin et al. (2018), competências e habilidades administrativas necessárias ao trabalho gerencial do enfermeiro necessitam ser apreendidas na formação acadêmica e colocadas em prática na sua rotina enquanto profissional. Vez que, na rotina de trabalho da enfermagem, a liderança fundamenta o trabalho com a equipe multiprofissional, e este profissional precisa estar qualificado para adotar posturas que conduzam aperfeiçoamento de habilidades e técnicas, através da comunicação, da resolução de conflitos e pela tomada de decisões assertivas.

O trabalho em saúde é de natureza coletiva, onde distintas categorias profissionais vivenciam a divisão do trabalho, sustentadas pela Lei de Exercício Profissional da Enfermagem- Lei nº 7498/86. A enfermeira, por sua vez, traz imbricada à sua função a natureza dual (assistencial-gerencial), sendo ambas indissociáveis na sua prática. Para um trabalho em equipe faz-se necessário cooperação de todos os profissionais e a existência de um trabalho em comum, afim de que os trabalhadores possam compartilhar saberes, interagir no cotidiano, para dessa forma reconhecer o caráter de complementariedade e mutualidade em diferentes funções (SANTOS et al, 2013).

Espera-se com isso, uma supervisão que abranja característica que valorize uma equipe de saúde que trabalhe de forma coletiva, deixando de lado as fragmentações apenas sobre o que lhes é atribuído. Ainda, busca-se integralidade entre diferentes saberes e fazeres, estabelecendo



compromissos, responsabilidades e comprometendo-se com o diálogo, a escuta, o acolhimento, o vínculo (SANTOS et al, 2013).


Com a supervisão, espera-se melhoramento na qualidade do serviço, aperfeiçoamento de habilidades e competência de uma equipe de saúde. Segundo Servo (2001), a supervisão é definida pela execução da comunicação direta entre supervisor e supervisionado, sob competência de efetivação, diferenciando-se dos outros instrumentos de controle, que geralmente são praticados à distância.

A aplicação da supervisão alcança relevância no que tange à interferência que esta causa sobre o desempenho dos profissionais, viabilizando atividades mais satisfatórias nas instituições que fazem parte. No passado, a supervisão já fora vista como um serviço de natureza punitiva e fiscalizadora, a fim de garantir a realização das ordens e das regras impostas pela chefia, porém, atualmente, a supervisão demonstra interação entre as classes de gestor e supervisionado, pautado num convívio positivo que busca resolução de problemas de forma harmoniosa, cooperativa e previamente planejada (CORREIA; SERVO, 2006).

Ainda conforme Correia, Servo (2006), o administrador-gestor, para conservar sua posição na instituição deve perceber a essência do serviço que está inserido, além de praticar a autoavaliação e saber como retirar o melhor daqueles que convivem no âmbito trabalhista. O supervisor deve manter-se inserido no meio, e não superior a este, contribuindo para o progresso da assistência prestada, de maneira a facilitar o alcance de metas para fins de adequação e superação de uma intervenção de qualidade de acordo com os parâmetros da instituição que faz parte, e ainda contribuir com os desígnios do SUS.

Segundo Rodrigues, Lima (2004), cada vez mais as instituições se interessam pela atuação do enfermeiro, desde o exercício da tomada de decisão para alcançar diferentes objetivos até o benefício dos recursos materiais, através do planejamento, organização, coordenação e controle. As diligências na unidade de internação exigem do enfermeiro uma visão abrangente, onde sua figura diante da equipe de enfermagem expressa segurança na realização do trabalho pela equipe, contribuindo tanto no quesito dúvidas e relação à técnica, quanto em outras intercorrências.

Nos serviços de saúde de grande porte, pleiteia do gestor um gerenciamento com experiência, comprometimento, habilidades e planejamento, já que o serviço deve buscar o equilíbrio através do progresso e habilidades com ferramentas gerenciais que permitam a utilização dos limitados recursos disponíveis com rigorosa eficiência, eficácia e efetividade



possíveis. A multiplicidade de ações que envolvem a rotina do enfermeiro exige desenvolvimento da competência da liderança que conseqüentemente floresce de uma boa gerência (DIAS et al. 2017).

De acordo com Lorenzetti et al. (2014), as apreciações à gestão em saúde no Brasil são extensas, que informam a proporção dos problemas enfrentados na rede hospitalar, afirma-se sobre a quantidade de instituições de saúde existentes que enfrentam precariedade gerencial, distanciando-se do que entende-se por uma assistência resolutiva, efetiva e otimizada, no que tange à qualidade de oferta dos serviços. É perceptível a deficiência de profissionais preparados para atuar como gestores no SUS. Esta objeção pode ser decorrente da precária formação técnica de profissionais de saúde para atuar na gestão, as interrompidas e ineficazes ações de educação permanente nesta área, além da alta rotatividade dos gestores que impede continuidade de ações e conseqüente desmotivação.

A enfermagem abrange na sua formação curricular a disciplina de administração, que conta com atividade práticas correlacionadas à área de gestão, porém constatam-se obstáculos na aplicação de instrumentos gerenciais e assistenciais, além disso, surge também a necessidade de novos processos formativos para adquirir novos conhecimentos e habilidades concernentes à gestão, visando eficácia e efetividade das organizações (LORENZETTI et al, 2014).


É oportuno fomentar na instituição sobre a importância de cada profissional no ambiente de trabalho, enfatizando qualidades, capacitando profissionais para atuarem na gestão de serviços, num recinto voltado para gestão participativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demanda-se do enfermeiro habilidades de natureza educativa, assistencial, administrativa e política, visando compartilhamento de informações e conhecimento que este profissional possui diante do processo de gestão em saúde.

Este estudo viabilizará a reflexão sobre o compromisso de formar e inserir no mundo do trabalho, profissionais competentes para executar ações de gestão em saúde. Praticar a gestão dos cuidados, das pessoas ou do serviço de saúde/enfermagem com competência implica junção do conhecimento, habilidade, competência técnica, ética, segurança e da qualidade ao serviço prestado.

Evidenciou-se que o processo de gestão participativa no SUS permanece em regime de constantes mudanças, onde mesmo diante da temporalidade que marca este feito, ainda percebe-



se a evolução da construção do processo de trabalho da enfermagem, marcados por fragilidades e potencialidades.

A revisão integrativa permitiu analisar sobre o exercício da supervisão realizada pela enfermagem, as carências enfrentadas nesse contexto no âmbito hospitalar, a necessidade de transformações dos modelos de gestão existentes em cada realidade, onde o gerenciamento deve auxiliar e fortalecer a qualidade do processo de cuidar, com técnicas pautadas no trabalho em equipe, incentivo aos trabalhadores, despertando dessa maneira incentivo à uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, S.M.B. et al. Dificuldades no processo de gerenciamento em enfermagem na urgência e emergência. **Revista Interdisciplinar em Saúde**. Cajazeiras: 3-20, jan./mar. 2016.

BARDIN, L. 1995. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.

BORDIN, V. et al. Liderança em enfermagem na perspectiva de enfermeiros assistenciais de um hospital público da tríplice fronteira. **Rev. Adm. Saúde** - Vol. 18, Nº 71, abr. – jun. 2018.

CARVALHO, N.M. de; GAMA, B.M.B. M.; SALIMENA, A.M.O. A supervisão sob a ótica dos enfermeiros: reflexos na assistência e trabalho em equipe. **Rev. Adm. Saúde**. Vol. 17, Nº 69, Out. – Dez. 2017.

CHAVES, L.D.P. et al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev Bras Enferm**. 2017; 70 (5):1165-70.

CORREIA, V.S.; SERVO, M.L.S. Supervisão da enfermeira em unidades básicas de saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. 2006 jul-ago; 59 (4):527-31.


DIAS, A.K.G. et al. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. **Rev enferm UFPE online**. Recife, 11(Supl. 5):2185-94, maio, 2017.

LORENZETTI, J et al. Gestão em saúde no brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 417-25.

MISOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-347, set./dez. 2003

PENEDO, R.M.; GONÇALO, C.S.; QUELUS, D.P. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface**. Botucatu. 2019.

RODRIGUES, F.C.P.; LIMA, M.A.D.S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2004 dez; 25(3):314-22. P



SANTOS, S.S.B.S. et al. Processo de trabalho da equipe de enfermagem e unidades saúde da família em município baiano. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador. v. 27, n.2, p. 101-107, maio/ago. 2013.

SERVO, M.L.S. **Supervisão da enfermeira em hospitais: uma realidade local** (tese). Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana: 2001.

SILVA, J.C.B. da; SILVA, A.A.O.B. da; OLIVEIRA, D.A.L. et al. Perfil do enfermeiro no gerenciamento dos serviços hospitalares. **Rev enferm UFPE online**. Recife, 12(10):2883-90, out., 2018.

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R.de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**. Vol.8, no.1. São Paulo. Jan/Mar. 2010.



CAPÍTULO 18

DOI: 10.47402/ed.ep.c202149318080

MANUTENÇÃO DE VINCULOS FAMILIARES DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA MEDIADA PELAS VISITAS

Viviane Sgarbossa, Enfermeira, Residente no Programa de Residência Multiprofissional integrada em Saúde do Idoso- Universidade de Passo Fundo-UPF, Hospital São Vicente de Paulo-HSVP, Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo-SMSPF

Emanuelly Casal Bortoluzzi, Educadora Física, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano-PPGEH, Universidade de Passo Fundo-UPF, Docente Instituto de Desenvolvimento Educacional de Passo Fundo - IDEAU

Marilene Rodrigues Portella, Enfermeira, Professora Titular III do Instituto de Ciências Biológicas-ICB/UPF, Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano-PPGEH, Universidade de Passo Fundo-UPF

RESUMO

A velhice é a fase da vida em que podem surgir problemas de saúde mais frequente e até mesmo dependência e incapacidades. Em muitos casos, as instituições de longa permanência surgem como uma alternativa altamente provável para a pessoa idosa viver e ser cuidada. Nessa condição, os vínculos que os idosos estabelecem no decorrer da vida, formados pelo grupo familiar e por amigos no meio onde vivem, podem ser a garantia de manutenção dos laços e do bem-estar diante da institucionalização. O objetivo deste estudo é investigar a frequência das visitas à pessoa idosa institucionalizada e fatores associados. Trata-se de um estudo transversal realizado com 470 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de três municípios do interior do Rio Grande do Sul. A variável dependente foi receber visitas e as independentes foram: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, escolaridade, tipo de ILPI, cardiopatia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes Mellitus, sarcopenia, acidente vascular encefálico, câncer, reumatismo, doença pulmonar, depressão, osteoporose, demência, Parkinson e outras morbidades. Realizou-se análise bivariada pelo teste de Qui Quadrado de Wald com variância robusto e nível de significância de 5%. Os idosos entrevistados recebem visitas de familiares e/ou de amigos, destes a maioria são sexo feminino, brancos, viúvos, com baixa escolaridade e possuíam 3 anos ou mais de institucionalização. Receber visitas apresentou associação com a cor/raça ($p=0,044$), estado civil ($p=0,001$), escolaridade ($p=0,003$), tipo de ILPI ($p=0,002$), tempo de institucionalização ($p=0,001$) e a cardiopatia ($p=0,001$). Concluímos que os idosos institucionalizados mantêm vínculos por meio de visitas de familiares e/ou amigos e receber visita está associado a cor/raça, estado civil, escolaridade, tipo de ILPI, tempo de institucionalização e a cardiopatia.

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de longa permanência para idosos. Relações familiares. Idosos. Afeto.



INTRODUÇÃO


Diante da realidade do aumento da expectativa de vida e diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, importantes mudanças ocorrem nos aspectos demográficos, o rápido crescimento da população idosa evidencia a importância de garantir a essa população um envelhecimento bem-sucedido e com qualidade de vida (CASTRO; AMORIM, 2016; ALVES *et al*; 2016).

O processo de envelhecimento humano traz consigo modificações físicas e psicossociais, tanto na vida do indivíduo, bem como, na dinâmica familiar, e nem sempre a família está preparada para lidar com as mudanças desse processo, tanto por desconhecimento das necessidades do idoso, assim como pelas dificuldades financeiras ou indisponibilidade em prestar esse cuidado no ambiente familiar, e acabam optando pela institucionalização (FIGUEIREDO *et al*; 2018).

A velhice é a fase da vida em que podem surgir problemas de saúde mais frequente e até mesmo dependência e incapacidades. Em muitos casos, as instituições de longa permanência surgem como uma alternativa altamente provável para a pessoa idosa viver e ser cuidada. Nessa condição, os vínculos que os idosos estabelecem no decorrer da vida, formados pelo grupo familiar e por amizades no meio onde vivem, podem ser a garantia de manutenção dos laços e do bem-estar diante da institucionalização.

A institucionalização pode ser uma alternativa de moradia, de acesso ao cuidado frente a dependência para as atividades básicas da vida diária, uma opção de atenção para a pessoa idosa incapacitada e sem família, ou ainda, a melhor opção àquelas que vivem em condições de vulnerabilidade (GUEVARA-PENA, 2016). As residências coletivas tornam-se mais que uma instituição de apoio, pois servem de local de moradia, fornecem cuidados à saúde. Além de uma forma de abrigo, oportuniza uma vivência mais tranquila, por vezes, de inclusão social que remeta aos idosos convívio com seus pares e novas relações de amizade, ressaltando nesse processo a importância da presença da família (FIGUEIREDO, 2019; CAMARGOS *et al*; 2016).

Os vínculos familiares e afetivos têm um importante papel na adaptação do idoso no processo de institucionalização, o bem estar através de visitas de pessoas próximas, a fim de evitar o estado de solidão e isolamento que muitos se encontram pelo fato de estarem distantes destas pessoas. O convívio com familiares e amigos faz com que o idoso se sinta importante e



cultive a vontade de continuar a viver sabendo que não estão abandonados (CARVALHO; DIAS, 2011; CAMARGOS *et al*; 2016).

A institucionalização da pessoa idosa, muitas vezes, ocorre em meio a tensões familiares, conflitos de toda ordem, como consequência, sentimentos de culpa compartilhados pela família, e, que, muitas vezes, levam ao abandono, isolamento e dificuldades de adaptação na instituição (CARVALHO; DIAS, 2011). Nesse contexto, o objetivo deste estudo é investigar a continuidade de visitas à pessoa idosa institucionalizada e fatores associados.

METODOLOGIA

Estudo transversal, recorte da pesquisa Padrões de Envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, financiado pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica PROCAD/CAPES edital nº 71/2013, realizado com 470 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), nos municípios de Passo Fundo Carazinho e Bento Gonçalves. Tendo como critério de inclusão ter idade igual ou superior a 60 anos.

Considerou-se como variável dependente receber visitas, independente da frequência dessas visitas, em relação a quem as realizava, estas foram agrupadas entre marido/esposa/companheiro, filhos/enteados, netos, bisnetos, outros parentes e amigos. As variáveis sociodemográficas independentes foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (60 - 79 anos/80 anos ou mais) cor/raça (branca/não branco), estado civil (casado (a)/companheiro (a), solteiro (a), divorciado (a)/separado (a), viúvo (a), escolaridade (analfabeto, um à oito anos de estudo, nove anos ou mais), tipo de ILPI (privada fins lucrativos, filantrópicas). Quanto as condições de saúde as variáveis independentes são: hipertensão arterial sistêmica (sim/não), diabetes Mellitus (sim/não), sarcopenia (sim/não), acidente vascular encefálico (sim/não), câncer (sim/não), reumatismo (sim/não), doença pulmonar (sim/não), depressão (sim/não), osteoporose (sim/não), Parkinson (sim/não), declínio cognitivo (sim/não), rastreio pelo mini exame de estado mental (MEEM), de acordo com os escores proposto por Bertolucci *et al* (1994).

As variáveis quantitativas foram descritas por medida de tendência central e variabilidade. Para testar a associação entre receber visitas e as variáveis independentes, realizou-se análise bivariada pelo teste de Qui Quadrado de Pearson e nível de significância de 5%. A pesquisa maior foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de

Passo Fundo sob o parecer 2.097.278 seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

Entre os idosos analisados a média de idade foi de 80,2 (DP=9,7), 71,2% eram do sexo feminino, 88,9% brancos, 50,0% são viúvos, 15,7% são analfabetos e o tempo mediano de internação é de 27 meses, variando entre 1 mês e 726 meses de institucionalização (Tabela 1). Em relação a variável desfecho 411 idosos, totalizando 87,4% recebem visitas de familiares e/ou de amigos.

Tabela 1- Características sociodemográficas segundo a variável receber visitas, Passo Fundo, 2018.

Variáveis	Sim	Não	P
	n (%)	n (%)	
Recebe visitas			
Sexo			
Feminino	289 (86,3)	46 (13,7)	0,144
Masculino	122 (90,4)	13 (9,6)	
Faixa etária			
60-79 anos	172 (85,1)	30 (14,9)	0,122
80 anos e mais	239 (89,2)	29 (10,8)	
Cor/raça			
Branca	373 (89,2)	45 (10,8)	0,044
Não branco	36 (73,5)	13 (26,5)	
Estado civil			
Casado(a)/companheiro (a)	28 (93,3)	2 (6,7)	< 0,001
Solteiro (a)	100 (75,2)	33 (24,8)	
Divorciado (a)/ separado (a)	62 (88,6)	8 (11,4)	
Viúvo (a)	219 (93,2)	16 (6,8)	
Escolaridade			
Analfabeto	55 (74,3)	19 (25,7)	<0,001



1 a 8 anos de estudo	297 (89,2)	36 (10,8)	
9 anos ou mais	47 (95,9)	2 (4,1)	
Tipo de ILPI			
Privada	190 (94,5)	11 (5,5)	<0,001
Filantrópicas	221 (82,2)	48 (17,8)	
Tempo de internação			
Até 1 ano	134 (90,5)	14 (9,5)	<0,001
1 ano e 1 mês até 2 anos	65 (94,2)	4 (5,8)	
2 anos e 1 mês até 3 anos	69 (98,6)	1 (1,4)	
3 anos e 1 mês ou mais	141 (77,9)	40 (22,1)	

Fonte: Passo Fundo, 2018

Com relação as doenças, as maiores prevalências encontradas foram: com declínio cognitivo (73,3%), sarcopenia (57,3%), hipertensão arterial sistêmica (54,8%), cognição preservada (49,8%), depressão (37,4%) outras morbidades (32,9%) e acidente vascular encefálico (21,6%) (Tabela 2).

Tabela 2- Prevalência de doenças e sua associação com a manutenção dos vínculos por visitas

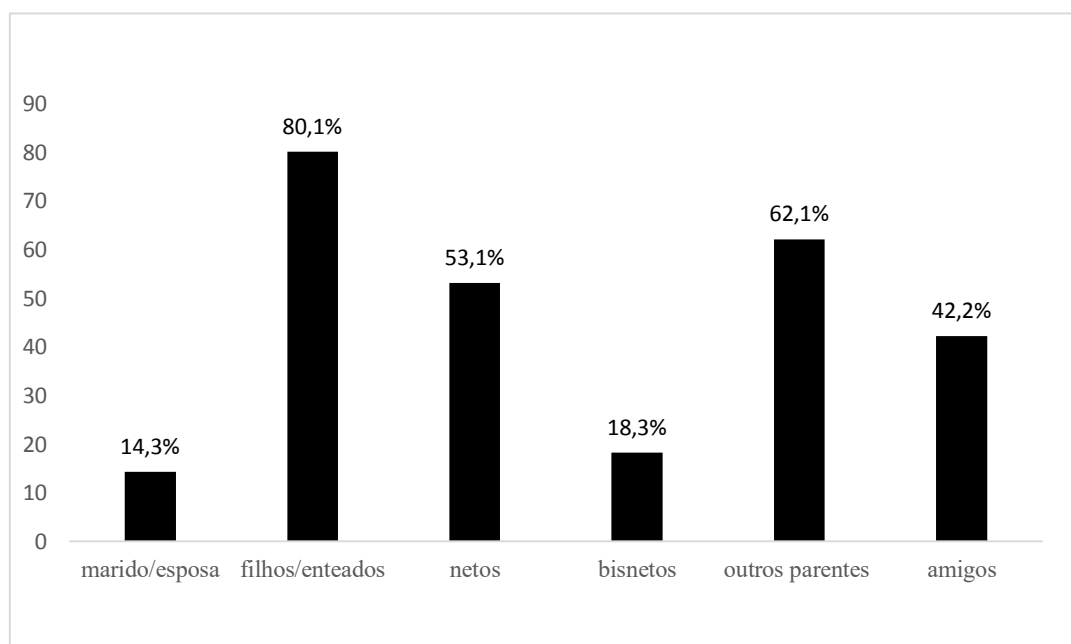
Variáveis	Visitas		p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Hipertensão arterial sistêmica	228 (88,7)	29 (11,3)	0,723
Diabetes Mellitus	86 (89,6)	10 (10,4)	0,339
Sarcopenia	176 (86,3)	28 (13,7)	0,097
Acidente vascular encefálico	95 (92,2)	8 (7,8)	0,210
Câncer	22 (88,0)	3 (12,0)	0,754
Reumatismo	67 (93,1)	5 (6,9)	0,281
Doença pulmonar	36 (90,0)	4 (10,0)	0,746
Depressão	156 (90,2)	17 (9,8)	0,224
Osteoporose	46 (93,9)	3 (6,1)	0,233

Com declínio cognitivo	297 (86,3)	47 (13,7)	0,155
Parkinson	39 (90,7)	4 (9,3)	0,418

Fonte: Passo Fundo, 2018

Em relação a quem realiza as visitas a maior proporção é de filhos e enteados (Figura 1). Dentre os idosos que recebem visitas, 32,1% relatam estar pouco satisfeitos com as visitas de amigos e 67,9% estão muito satisfeitos com essas visitas. Já em relação a visitas familiares 25,0% estão pouco satisfeitos e 75,0% se apresentam muito satisfeitos.

Figura 1. Proporção idosos que recebem visitas de amigos e familiares nos diferentes parentescos




Fonte: Passo Fundo, 2018

DISCUSSÃO

O estudo apontou que 87,4% dos idosos recebem visitas de familiares e/ou de amigos, e está associado com não receber visitas não ser branco, ser solteiro, analfabeto, residir em instituição filantrópica e estar a mais de 3 anos institucionalizado. Entre os participantes, a maioria era do sexo feminino e a média de idade foi de 80 anos, isso pode ser explicado pelo aumento da longevidade dos indivíduos, em especial maior expectativa de vida das mulheres, e a maior necessidade de cuidados nessa fase da vida. Como é a realidade expressa por outros estudos, onde o predomínio é de idosas, analfabetos ou baixa escolaridade, brancos, solteiros ou viúvos, sem filhos, com a presença de doenças crônicas (LISBOA; CHIANCA, 2012; GUTHS *et al*; 2017).

Percebe-se que a um expressivo percentual de idosos que recebe visitas, o que pode ser percebido por eles como acolhimento, não estarem abandonados, sendo assim um elemento




fundamental para o bem estar e auxilia na adaptação e satisfação na permanência na instituição (CAMARGOS *et al*; 2016). Brandão e Zatt (2015) atestam que os relacionamentos sociais são necessários na vida das pessoas e contribuem para dar sentido a ela. Para os autores embora na velhice já se tenha aprendido muito sobre como viver bem, o contato com outras pessoas é imprescindível nessa fase da vida.

Os dados refletem uma realidade diferente da encontrada em outros contextos, como no caso do estudo realizado em uma ILPI localizada na região central do Rio Grande do Sul, onde identificou-se através de relatos dos trabalhadores da instituição, que as famílias visitam muito pouco o idoso, tanto que não sabem quem é a família da maioria dos idosos, para eles a justificativa da ausência ou afastamento dessas famílias no convívio com os idosos, relaciona-se a rotina, falta de tempo e desinteresse da família (SANTOS, 2013). Fato que pode estar relacionado com a diminuição das visitas quanto maior é o tempo de institucionalização dos idosos.

Tendo em vista a perspectiva dos familiares Rosén *et al* (2019) trazem a sensação de alívio dos cuidadores familiares com a institucionalização do idoso, o qual exigia um cuidado constante, o que é exaustivo e por vezes, inviável. Porém, os meus autores apontam que esse sentimento não necessariamente refere-se a abandono, e sim, o saber que o idoso estará tendo o cuidado adequado, profissional e contínuo que necessita. Quanto a impossibilidade de oferecer o cuidado e não ter tempo e condições de realizar visitas, podem ser questões ligadas a renda da família e do próprio idoso, podendo estar relacionado com a descontinuidade das visitas entre os analfabetos e que residem em instituições filantrópicas sem fins lucrativos.

Com relação ao vínculo dos visitantes 80,1% dos idosos recebem visitas dos filhos ou enteados, resultado esse encontrado também nos estudos de Cataneo, Cardozo e Ayala (2019), diferentemente dos dados apontados por Faria, Antonio e Ebisui, (2014) na qual a maior proporção foi de outros visitantes, principalmente primos, netos, sobrinhos e amigos. Foi possível observar em nosso estudo que apenas 14,3% recebem visitas de seu companheiro ou companheira, isso ocorre pelo fato da maior parte dos idosos serem viúvos ou solteiros. Ainda, no caso dos solteiros, estes recebem significativamente menos visitas, o que pode ser atribuído a escassa rede familiar. Outrossim, a ausência da visita não decorre necessária ou totalmente do indivíduo ou das famílias, mas das condições adversas enfrentadas durante o envelhecimento, muitas chegam na velhice convivendo com a perda ou ausência de parentes (GUEVARA-PENA, 2016).

Dentre os idosos que recebem visitas, a maior parte (75,0%), indicam estar muito satisfeitos com visitas de familiares e 67,9% muito satisfeitos com visitas de amigos. Deve-se



considerar como pode ser entendido a comunicação, o estar presente, para a família, que mais do que visitar pode ser estar em contato constante com a ILPI, organização financeira e cuidado com necessidades em geral, extrapolando a ideia de somente estar presente fisicamente, mas também social e mental (EKSTRÖM *et al*; 2019). Contudo o receber visitas é algo importante para o idoso, eles relatam gostar de receber visitas, ficam felizes de ter alguém de fora da ILPI para conversar (CATANEO; CARDOZO; AYALA, 2019).

No que tange aos aspectos relacionados a saúde, mais de 70% tem declínio cognitivo, além disso houve maior prevalência de sarcopenia (57,3%) e hipertensão arterial sistêmica (54,8%). Porém nenhuma das condições de saúde mostrou-se associada com a continuidade ou não das visitas, o que vem de encontro a percepção de que na presença de condições que diminuem a independência e a capacidade funcional, as quais geram a necessidade de cuidador permanente, por vezes resultam na necessidade de institucionalização, mas não no abandono desse idoso (PINHEIRO *et al*; 2016).

O presente estudo tem como limitação, o próprio desenho metodológico, um corte transversal, o que exige parcimônia nas generalizações, cabe destacar que não foi avaliado a frequência de visitas, entretanto investigou-se se há o comparecimento de algum familiar e/ou amigo, mesmo que fisicamente presente em algum momento. Tendo em vista que é necessário um esforço para que a visita aconteça, devido à grande demanda de trabalho das pessoas ou a distância da ILPI, ou ainda, pelo sentimento negativo de ver o declínio funcional e cognitivo do seu idoso (WALLERSTEDT *et al*; 2018).


CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que a maioria dos idosos institucionalizados recebem visitas de familiares e/ou amigos, o que favorece fortemente a manutenção dos vínculos, ainda, receber visita está associado a cor/raça, estado civil, escolaridade, tipo de ILPI e tempo de institucionalização.

Deste modo, percebe-se com os idosos neste estudo não estão em um contexto de abandono na instituição e sim ali estão pela necessidade de cuidado. Portanto se faz de grande valia incentivar os vínculos sociais e afetivos entre os idosos institucionalizados e seus amigos e familiares, bem como cabe as ILPI propiciarem um ambiente favorável para que isto ocorra nas melhores condições possíveis.

REFERÊNCIAS

ALVES, Davi da Silveira Barroso *et al*. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 63-69, Mar. 2016.



BRANDÃO, Vanessa Cardoso; ZATT, Gisele Beatriz. Percepção de idosos, moradores de uma instituição de longa permanência de um município do interior do Rio Grande do Sul, sobre qualidade de vida. *Revista Aletheia*, Canoas, n. 46, p. 90-102, abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Diário Oficial, Brasília DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 03 set. 2019.

BERTOLUCCI, Paulo H. F. *et al.* O mini- exame do estado mental em uma população geral impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v 52, n 1-7, 1994.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos *et al.* Viver em Instituição de Longa Permanência: o olhar do idoso institucionalizado. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 135-150, set. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/32358>. Acesso em: 16 out. 2019.

CARVALHO, Maria Paula Rodrigues Sequeira de; DIAS, Maria Olívia. Adaptação dos idosos institucionalizados. *Revista Millenium*, Viseu, v. 40, p. 161-184. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1209/1/Adapta%3a7%3a3o%20dos%20Idosos.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

CASTRO, Mariana; AMORIM, Isabel. Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 3, p. 39-44, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 16 out. 2019.


FARIA, Aline Cristina De; ANTONIO, Sandra Aparecida Emidio; EBISUI, Cássia Tiêmi Nagasawa. A Realidade do Idoso Institucionalizado Frente à Visita Familiar: Um Estudo Quantitativo. *Revista Uniara*, Araraquara, v. 17, n. 2, p. 117-124, dez. 2014. Disponível em: <http://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/32>. Acesso em: 16 out. 2019.

FIGUEIREDO, Fabianna Fonseca de Oliveira. *Idosos que vivem em instituição de longa permanência: vínculo, cuidado da família e capacidade funcional*. 2019. 64f. dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2019.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques *et al.* Idosos institucionalizados: decisão e consequências nas relações familiares. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 241-252, nov. 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/40931>. Acesso em: 16 out. 2019.

GUEVARA-PENA, Nora Liliana. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, Cali, v.12, n.1, p.138-151, 2016. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-38032016000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 set. 2019

GUTHS, Jucélia Fátima da Silva *et al.* Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 175-185, Abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S180998232017000200175&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Out. 2019.



LIMA, Renata Milena Freire *et al.* Adaptações na mastigação, deglutição e fonoarticulação em idosos de instituição de longa permanência. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 11, supl. 3, p. 405-422, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000700017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set 2019.

LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 482-488, Jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Out. 2019.

SANTOS, Naiana Oliveira dos. Família de idosos institucionalizados: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência. 2013. 88f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

VIEIRA, Samara Karine Sena Fernandes *et al.* Sociodemographic characteristics and morbidities among institutionalized elderly without cognitive decline. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1132-1138, out. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5909>. Acesso em: 26 set. 2019.

ROSÉN, Helena *et al.* Being the next of kin of an older person living in a nursing home: an interview study about quality of life. *BMC geriatrics*, v. 19, n.1, 324-335, nov. 2019.

EKSTRÖM, Kajsa *et al.* Next of kin's perceptions of the meaning of participation in the care of older persons in nursing homes: a phenomenographic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, v. 33, n. 2, 400-408, 2019.

WALLERSTEDT, Birgitta *et al.* Striking a Balance: A Qualitative Study of Next of Kin Participation in the Care of Older Persons in Nursing Homes in Sweden. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, v. 6, n.2, 46-60, May, 2018.

PINHEIRO, Natália Cristina Garcia *et al.* Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3399-3405, 2016.



CAPÍTULO 19

DOI: 10.47402/ed.ep.c202147319080

BOLSAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PARA A ENFERMAGEM NO BRASIL CONCEDIDAS PELA CAPES: ANÁLISE TEMPORAL DE 1995 A 2018

Wilkslam Alves de Araújo, Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Diego Pires Cruz, Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Wagner Couto Assis, Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Yvina Santos Silva, Graduanda em Odontologia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Stela Almeida Aragão, Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Flávia Rocha Brito, Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Sérgio Donha Yarid, Doutor em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Alba Benemerita Alves Vilela, Doutora em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

RESUMO

Introdução: a pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil tem apresentado crescimento e contribuído para melhorar a formação dos enfermeiros nos últimos anos. **Objetivo:** fazer uma análise temporal de 1995 a 2018 acerca do número de bolsas de pós-graduação por modalidade para Enfermagem no Brasil concedidas pela CAPES. **Método:** As buscas foram realizadas no mês de setembro de 2019 e extraídas do Sistema de Informações Georreferenciadas da CAPES (GEOCAPES) (<https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/>), para informações sobre concessão de bolsas de pós-graduação na subárea da Enfermagem. **Resultados:** Foi investido um total de 13.340 mil bolsas de pós-graduação para subárea da Enfermagem, com média anual de 555 ± 363 . A maior quantidade de bolsas concedidas foram nos anos de 2014 ($n=1.133$), 2015 ($n=1.124$), 2016 ($n=1.114$), 2018 ($n=1.096$) e 2017 ($n=1.083$). Observou-se uma média anual de $0,17 \pm 0,56$ para a modalidade de mestrado profissional, 306 ± 212 para mestrado, 230 ± 131 no doutorado pleno e $19,1 \pm 23,7$ correspondente ao pós-doutorado. Em relação a distribuição das bolsas em percentual, verificou-se que a maior concessão de bolsa foi do tipo mestrado (62,3%) e doutorado pleno (56,1%). No período de 2008 a 2018, houve aumento com destaque no crescimento percentual de bolsa para o pós-doutorado (308%), já a modalidade de mestrado profissional teve o menor crescimento (-100%). **Conclusão:** as bolsas de mestrado e doutorado pleno foram as de maior quantidade, principalmente entre os anos de os anos de 2014 a 2018, dado que pode estar relacionado ao aumento da produção intelectual na área.

PALAVRAS-CHAVE: Brasil. Educação. Enfermagem. Pesquisa.




INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência que assume o cuidado à saúde do ser humano como seu principal objeto de estudo e produção de trabalho, encontra-se fundamentada em diversas abordagens teóricas, conceituais e processos metodológicos de pesquisa para compreensão de temas e envolvimento com a complexidade do conhecimento (FAWCETT, 2012). Portanto, é preciso garantir preparo na formação de todos os profissionais para aplicar a prática do cuidado no complexo conhecimento da enfermagem (LORENZINI *et al.*, 2016).

Nesse cenário, a pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil vem contribuindo para formação de cientistas desde o seu início em 1972 com a oferta do curso de mestrado e posteriormente dos cursos de mestrado profissional, doutorado e pós-doutorado (ERDMANN, 2008). Esses cursos precisam de recomendação para iniciar as suas atividades e acompanhamento quadrienal pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). No contexto acadêmico, a enfermagem brasileira ainda jovem e está em processo de consolidação, devido a necessidade da sua produção intelectual alcançar visibilidade internacional (LORENZINI *et al.*, 2016; PADILHA *et al.*, 2014).

Recentemente, em 2019, foi publicada pela CAPES o Relatório de Avaliação da Área de Enfermagem (BRASIL, 2019), o documento sinalizou situação de crescimento da pós-graduação em relação a sua produção intelectual, até mesmo quando comparada mundialmente. Foi observado também aumento no número de oferta de programas no cenário nacional e internacional, indicando que os cursos *stricto sensu* podem oferecer oportunidade para qualificação acadêmica e profissional de enfermeiros cientistas no país.

Ainda segundo esse mesmo Relatório, existem 78 programas de pós-graduação e 116 cursos em funcionamento na área da Enfermagem acreditados pela CAPES, sendo 54 programas acadêmicos e 24 programas profissionais. Considerando os desafios para promover avanço da ciência brasileira a CAPES têm investido em estratégia que potencialize a ciência e tecnologia para o fortalecimento das redes colaborativas em âmbito nacional e internacional, o que pode possibilitar a qualificação de pesquisadores com nível de excelência (BRASIL, 2019). Logo, a concessão de bolsas de pós-graduação torna-se um importante mecanismo no processo de capacitação dos estudantes e melhor aprimoramento dos projetos de pesquisa, que consequentemente parecem contribuir para consolidação dos programas de pós-graduação no país (GALLIANO *et al.*, 2016).



Porém, na literatura disponível, pouco se conhece sobre a distribuição de bolsas de pós-graduação para a Enfermagem, principalmente no contexto atual de constantes modificações das normas para concessão de bolsas CAPES. Assim, esta pesquisa tem como objetivo fazer uma análise temporal de 1995 a 2018 acerca do número de bolsas de pós-graduação por modalidade para Enfermagem no Brasil concedidas pela CAPES.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com base em dados secundários sobre a concessão de bolsas de pós-graduação da CAPES no Brasil para a área de conhecimento de Enfermagem, entre os anos de 1995 a 2018.

A coleta de dados foi conduzida durante o mês de setembro de 2019. As informações foram extraídas do Sistema de Informações Georreferenciadas da CAPES (GEOCAPES) (<https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/>). Este website apresenta dados e estatísticas de informações relacionadas a concessão de bolsas de pós-graduação, distribuição de bolsistas no exterior, bem como do número de discentes, docentes e programas de pós-graduação no Brasil, indicadores de acesso ao Portal de Periódicos e do investimentos da CAPES em bolsas e fomento. As informações são estratificadas pelas grandes áreas do conhecimento (Ciências Humanas, Ciências da Saúde, Ciências Agrárias, Engenharias, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Biológicas, Multidisciplinar, Ciências Sociais Aplicadas, Linguística, Letras e Artes e grande área não informada). Desta forma, obtiveram-se informações sobre valores absolutos totais da grande área de Ciências da Saúde, sendo utilizado para este estudo somente os dados referente a subárea de conhecimento da Enfermagem no Brasil.

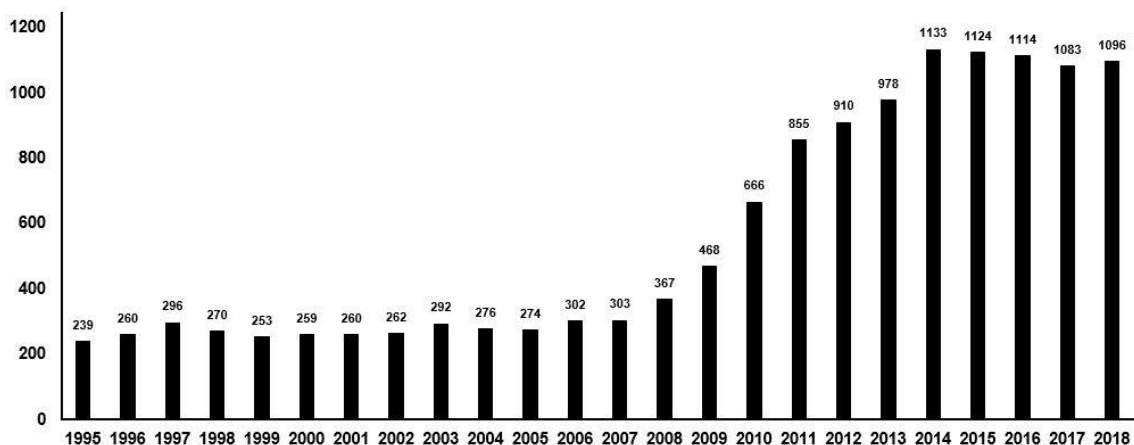
São apresentados dados da concessão de bolsas de pós-graduação em valores brutos, como também foi realizada análise de distribuição de frequências (absolutas e relativas) para as variáveis estudadas. Para as análises, foram utilizados os valores brutos de bolsas de pós-graduação para subárea de Enfermagem estratificados de acordo com: (a) modalidade: mestrado profissional, mestrado, doutorado pleno e pós-doutorado. Para os cálculos de percentual de crescimento nos últimos dez anos, utilizou-se o ano de 2008 como linha de base. Os dados foram tabulados no programa Excel 2013, e as demais análises foram conduzidas no pacote estatístico SPSS versão 22.

RESULTADOS

No período de 1995 a 2018, a subárea de Enfermagem recebeu um total de 13.340 mil bolsas de pós-graduação concedidas pela CAPES no Brasil (Figura 1), com média anual de

555±363. Analisando os valores brutos das bolsas de pós-graduação, os maiores números de bolsas concedidas foram nos anos de 2014 (n=1.133), 2015 (n=1.124), 2016 (n=1.114), 2018 (n=1.096) e 2017 (n=1.083). Em relação ao quantitativo anual por tipo de bolsa, observamos uma média de 0,17±0,56 para a modalidade de mestrado profissional, 306±212 para mestrado, 230±131 no doutorado pleno e 19,1±23,7 correspondente ao pós-doutorado.

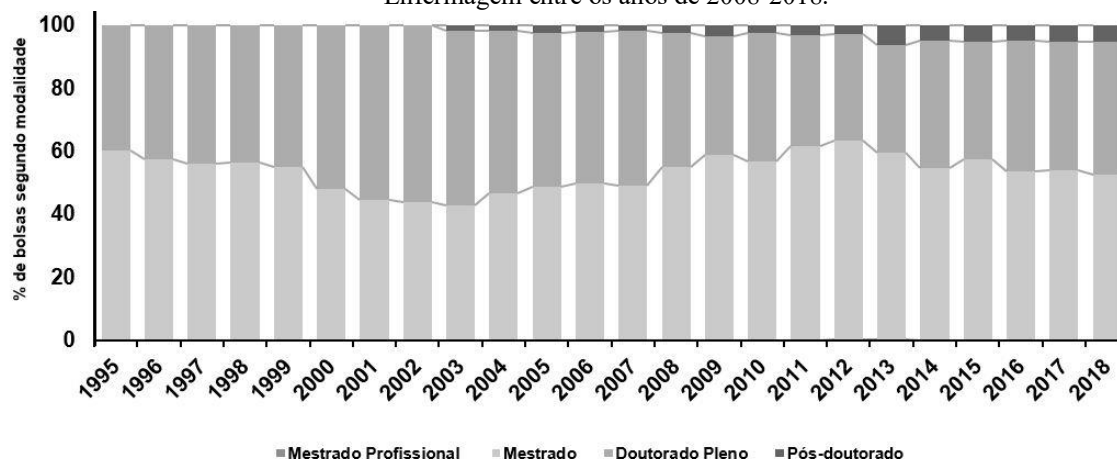
Figura 1. Valores anuais absolutos de bolsas de pós-graduação concedidas pela CAPES para subárea da Enfermagem entre 1995-2018.



Fonte: GEOCAPES, 2019.

Ao analisar a distribuição das bolsas de pós-graduação em percentual, verificou-se poucas alterações no número de bolsas quando comparado ao ano anterior (Figura 2). Contudo, destaca-se que a maior concessão de bolsa é do tipo mestrado (n=7.355) e doutorado pleno (n=5.521), conforme período estudado. Houve concessão de bolsa de mestrado profissional somente nos anos de 2012 (0,2%) e 2013 (0,2%). Quanto ao mestrado o valor percentual mínimo foi 42,8% (em 2003) e máximo de 63,2% (em 2012). Já para o doutorado pleno e pós-doutorado, identificou intervalo de percentual entre 34,0% (em 2001, 2012 e 2013) a 56,1% (em 2002) e 1,5% (de 2004) a 6,3% (em 2013), respectivamente. Vale salientar que a primeira bolsa concedida para a modalidade de pós-doutorado foi no ano de 2003 (n=5).

Figura 2. Percentual de crescimento de bolsas de pós-graduação concedidas pela CAPES para subárea de Enfermagem entre os anos de 2008-2018.



Fonte: GEOCAPES, 2019.


Quanto ao percentual de crescimento, no período de 2008 a 2018, verificou-se que houve aumento superior para concessão de bolsa de mestrado (123%), doutorado pleno (127%) e com destaque para o pós-doutorado com 308%. O menor crescimento com percentual negativo foi para bolsa de mestrado profissional (-100%).

DISCUSSÃO

Neste estudo foi possível analisar um panorama da concessão de bolsas concedida pela CAPES de acordo com modalidade dos cursos de pós-graduação na subárea da Enfermagem no período de 1995 a 2018. Observamos que houve um aumento em valor absoluto na concessão de bolsas de pós-graduação entre os anos de 2014 a 2018. Além disso, com relação ao quantitativo anual por tipo de bolsa, o curso de mestrado teve a maior média (306 ± 212) no período estudado, bem como maior percentual de distribuição das bolsas de 63,2% em 2012. Já o mestrado profissional teve apenas 0,2% das bolsas.

Em relação ao percentual de crescimento, nos últimos 10 anos, só não houve um aumento positivo para o curso de mestrado profissional (-100%). Contudo, ocorreu destaque de crescimento na concessão de bolsas na modalidade de pós-doutorado (308%), porém teve registrado sua primeira bolsa a partir do ano de 2003 ($n=5$), com seu ápice no ano de 2013 ($n=61$). Os curso de mestrado apresentou diminuição entre os anos de 2015 ($n=644$; 4%) a 2018 ($n=578$; -1%) e doutorado pleno mostrou períodos de decréscimo nos anos de 2015 ($n=56$; -8%) e 2016 ($n=55$; -7%) no número de bolsas.

O avanço do conhecimento produzido pela Enfermagem e a consolidação de uma profissão fundamenta em evidências científicas incorporadas na prática está intimamente relacionado ao crescimento da oferta de cursos pelos programas de pós-graduação e aos grupos




de pesquisa acreditados pela CAPES (ERDMANN, 2008; BRASIL, 2019). Notoriamente, devido há disponibilidade de um importante número de bolsas de estudos e pesquisa, o que permite a construção de uma prática contextualizada e de estímulo para desenvolvimento da capacidade de solucionar problemas com diferentes níveis de complexidade (GALLIANO *et al.*, 2016; GOMES *et al.*, 2011).

Essa disponibilidade de bolsas possibilita o crescimento do aperfeiçoamento dos enfermeiros e do seu objeto de trabalho que têm se mostrado como um campo de dimensões abrangente que está centrado em atividades técnico-científicas complexas (ERDMANN, 2008; GOMES *et al.*, 2011). Portanto, a concessão de bolsas na pós-graduação pode consolidar a produção do conhecimento com resultados significativos para enfrentar as demandas sociais ou impactos nacionais e até mesmo internacional, correspondentes a dedicação exclusiva e ética do bolsista em relação a um trabalho com comprometimento científico (FREITAS *et al.*, 2016).

Ainda mais quando se reconhece que os propósitos dos cursos de mestrado e doutorado pleno, visto neste estudo com a maior concentração de bolsas, apontados pela CAPES estão prioritariamente direcionados para o desenvolvimento científico-tecnológico do país (PIMENTEL *et al.*, 2007). Portanto, a concessão de bolsas deve continuar em crescimento de disponibilidade e assim incrementar a formação de enfermeiros cientistas altamente qualificados e produtivos para atender as necessidades dos serviços assistenciais, gerenciais e de pesquisa (GOMES *et al.*, 2016; PIRES, 2013). A internacionalização é importante para consolidação desse processo, para qualificação de excelência dos enfermeiros e melhor produção intelectual, dessa maneira é válido destacar a necessidade da concessão de bolsas para capacitação dos enfermeiros brasileiros no exterior, bem como a presença de estrangeiros em instituições nacionais (MOROSINI, 2011).

O Relatório de Avaliação da Área de Enfermagem (BRASIL, 2019), alerta que pela primeira vez a submissão de propostas profissionais foi maior em relação as propostas acadêmicas, tanto de mestrado quanto de doutorado. Essa situação aponta a expansão de programas profissionais em enfermagem, sendo agora necessário planejamento estratégico para garantir cobertura e oferta de bolsas para esses cursos que possivelmente podem ser recomendados pela CAPES, que promete relação com o interesse de qualificar profissionais para os serviços de saúde no país.

Reconhece-se que a concessão de bolsas na pós-graduação da Enfermagem pela CAPES apresenta poucas variações, principalmente quando se observa os cursos de mestrado e



doutorado. Certamente, essa política de auxílio financeiro a estudante contribui para manter um processo de formação de pessoas de alto nível, para colaborar com o desenvolvimento do ambiente internacional dentro da ciência e pesquisa do país nas diferentes áreas de conhecimento da Enfermagem.

Uma limitação do estudo é o fato dos dados terem sido extraídos somente da plataforma GEOCAPES, sendo que existem outras fontes concessão de bolsa para a subárea da Enfermagem. Todavia, ressalta-se que esta é uma análise pioneira sobre a concessão de bolsas de pós-graduação na Enfermagem brasileira e que pode contribuir para o conhecimento do direcionamento destas bolsas nos próximos anos. É também necessário destacar a disparidade quanto a concessão de bolsas entre as modalidades estudadas, principalmente em relação ao curso de mestrado profissional que se mostra como uma tendência no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS


Conclui-se que entre 1995 a 2018 os cursos de mestrado e doutorado pleno na subárea da Enfermagem no país foram as modalidades que mais receberam bolsas de pós-graduação pela CAPES, principalmente entre os anos de 2014 a 2018, dado que pode estar relacionado ao aumento da produção intelectual na subárea. Embora o número de bolsas ainda seja pequeno para a modalidade de pós-doutorado, verificou-se que esse curso teve maior crescimento percentual em termos de recebimento de bolsa, nos últimos 10 anos (2008-2018). Contudo, em geral, o tipo de bolsa para mestrado profissional foi o que mesmo apresentou investimento e crescimento do número de bolsa.

A expansão do número de bolsas para subárea da Enfermagem é necessária para que se possa continuar avançado no desenvolvendo da pesquisa científica e expandindo os conhecimentos da área.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**. Documento de Área - Área 20: Enfermagem. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/Documento_de_%C3%A1rea_2019/ENFERMAGEM.pdf>. Acesso em: 02 set 2019.

ERDMANN, A. L. Desafios da enfermagem na CAPES: produtos altamente qualificados. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 216-217, 2008. DOI: 10.1590/S0080-62342008000200001.



FAWCETT, J. The future of nursing: how important is discipline-specific knowledge? A conversation with Jacqueline Fawcett. Interview by Dr. Janie Butts and Dr. Karen Rich. **Nursing science quarterly.**, v. 25, n. 2, p. 151-154, 2012. DOI: 10.1177 / 0894318412437955.

FREITAS, V. L. *et al.* O cotidiano de pós-graduandos *stricto sensu* em enfermagem de uma universidade federal: relato de experiência. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 30, p. 3-13, 2016. DOI: 10.21527/2176-7114.2016.30.3-13.

GALLIANO, L. *et al.* Bolsas de ensino e pesquisa para a Educação Física no Brasil concedidas pelo CNPq: análise temporal de 2005 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 1, p. 85-93, 2016. DOI: 10.12820/rbafs.v.21n1p85-93.

GOMES, D. C. *et al.* Doutor em enfermagem: capacidade de construção do projeto de carreira profissional e científica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. e1260015, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016001260015.

GOMES, D. C. *et al.* Produção científica em Educação em Enfermagem: grupos de pesquisa Rio de Janeiro e Minas Gerais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 330-337, 2011. DOI: 10.1590/S1983-14472011000200017.

LORENZINI, E. *et al.* Contribuições do programa de doutorado sanduíche nas abordagens metodológicas: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. e58244, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.58244.

MOROSINI, M. C. Internacionalização na produção de conhecimento em IES brasileiras: cooperação internacional tradicional e cooperação internacional horizontal. **Educação em revista**, v. 27, n. 1, p. 93-112, 2011. DOI: 10.1590/S0102-46982011000100005.

PADILHA, M. I. *et al.* A internacionalização do conhecimento e o aumento da qualidade e da visibilidade dos periódicos brasileiros. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 517-518, 2014. DOI: 10.1590/0104-07072014003000000.

PIMENTEL, V. *et al.* Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p.161-164, 2007. Doi: 10.1590/S0080-62342007000100022.

PIRES, D. E. P. D. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. SPE, p. 39-44, 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700005.



CAPÍTULO 20

QUALIDADE DE VIDA DO INDIVÍDUO PORTADOR DA TUBERCULOSE

Lays Vithória Lima Silva, Enfermeira, Faculdade UNINASSAU
Shirley Antas de Lima, Mestre em Enfermagem, UFPB, Professora do Curso de Enfermagem,
Faculdade UNINASSAU
Kirlene Scheyla Viana Chianca, Mestre em Enfermagem, UFPB, Coordenadora do Curso de
Enfermagem, Faculdade UNINASSAU
Allan Batista Silva, Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde, UFPB, Professor do Curso
de Enfermagem, Faculdade UNINASSAU


RESUMO

A tuberculose mesmo sendo uma doença antiga, continua sendo um problema na atualidade, principalmente no Brasil por ser um país em desenvolvimento. Apesar de ser uma doença curável e com tratamento gratuito, esta doença gera diversos impactos na vida dos infectados e de seus familiares. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever, com base na literatura científica, sobre a qualidade de vida do indivíduo portador da tuberculose. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura do tipo descritiva. O material selecionado foi encontrado nas bases de dados: LILACS, SciELO, BDENF e MEDLINE. Nessas bases utilizou-se os seguintes descritores: “Tuberculose”, “Qualidade de Vida” e “Tratamento”. A princípio foi obtido esses descritores individualmente e logo após realizado a junção através do operador booleano AND. Foram utilizados alguns critérios para elegibilidade como estudos originais de acordo com a questão proposta, artigos disponíveis na integra on-line e com acesso livre aos textos completos e artigos publicados nos últimos 10 anos no idioma português. Foram excluídos os artigos duplicados e que fugiam da questão do estudo, sendo selecionados 15 artigos para a construção dessa revisão. Considerando os estudos, foi possível identificar, os determinantes sociais favorecem a uma baixa qualidade de vida, implicando fisicamente e psicologicamente. Sendo assim, ressalta-se que, a ligação existente entre qualidade de vida e integralidade tem por obrigação que as ações de saúde sejam realizadas e estabelecidas com vincularidade entre o portador, o profissional e a família. Além disso, determinar a QV do indivíduo portador da TB é imprescindível para a compreensão das suas percepções, medos, necessidades, angústias e dificuldades.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose; Qualidade de vida; Adesão ao tratamento.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) mesmo sendo uma doença antiga, continua sendo um problema na atualidade, principalmente no Brasil. Apesar de ser uma doença curável e com tratamento gratuito, a TB apresenta um índice elevado de mortes. As condições socioeconômicas são um dos fatores importantes para a sua proliferação (FREITAS et al. 2016).



A princípio, a TB é uma doença de grande relevância por ser infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Esta infecção pode ser classificada como TB pulmonar, quando acomete os pulmões, ou TB extrapulmonar, quando afeta outros órgãos e sistemas (PEREIRA et al. 2017).


No Brasil, no ano de 2018, foram notificados 91.029 casos de tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), enquanto que no ano anterior foram notificados 87.128 casos, representando assim um aumento de aproximadamente 4,5% dos casos. Entre os anos de 2001 a 2009 houve uma redução do número de casos notificados, no total de 798.311, porém nos anos de 2010 a 2019, esses números aumentaram para 877.509, um aumento significativo de 79.198 casos. Sobretudo, sua incidência está associada a populações vulneráveis, no entanto, a qualidade de vida nos pacientes pode ser baixa, devido a diversas situações, como o afastamento social, pobreza, baixa escolaridade, entre outros fatores. (BRASIL, 2020).

Acima de tudo, a busca pelo bem-estar tem sido incessante, e tem se mostrado importante para proporcionar medidas adequadas levando em consideração o conforto do paciente (NEVES et al. 2018). Portanto, a qualidade de vida em pessoas com TB é uma junção de vários componentes como a doença, a pobreza, o estigma e o preconceito, podendo refletir de forma negativa na vida dos familiares, amigos e no ambiente de trabalho (OLIVEIRA et al. 2019).

Do mesmo modo, a baixa qualidade de vida poderia estar relacionada com o tratamento de longa duração, os efeitos das medicações como também pela ausência de entendimento relacionado à doença e seu respectivo tratamento (SANTOS, 2016). Sugere-se, que uma boa adesão aos medicamentos, pode melhorar o conforto, logo que irá proporcionar à cura (OLIVEIRA et al. 2019).

Ressalta-se que os profissionais de saúde precisam ter conhecimento sobre a doença para saber lidar com determinadas situações, principalmente quando o cliente recebe o diagnóstico, pois não se sabe a forma de como ele vai lidar com a TB, podendo afetar a sua qualidade de vida, até pelo fato de ser um tratamento de longa duração e com medicações fortes. Dessa forma, o enfermeiro precisa ter um olhar holístico para planejar ações específicas que resultem na promoção da qualidade de vida, como também apoiá-los nessa fase de tratamento e recuperação. (MEDEIROS et al. 2010).

A motivação principal para a realização deste estudo surgiu diante do crescente número



de casos observados e pelo fato de possibilitar aos profissionais de saúde subsídios importantes para promover uma qualidade de vida melhor para as pessoas infectadas. Dessa forma, este trabalho tem por objetivo descrever, com base na literatura científica, sobre a qualidade de vida do indivíduo portador da tuberculose

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que proporciona o conhecimento sobre a qualidade de vida do indivíduo portador da TB. Para isso investigou-se as possíveis modificações ocorridas dentro de um contexto histórico até o presente momento. Segundo Souza; Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa tem sido denotada como um instrumento excepcional na área da saúde, pois reduz as pesquisas disponíveis de forma que conduz a prática baseando-se em conhecimento científico.

Com o propósito de trazer uma quantidade de artigos significativos referente ao tema apresentado através de critérios determinados, seguiu-se cinco etapas: (1) identificação do tema; (2) determinação de critérios de inclusão e exclusão; (3) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (4) interpretação dos resultados e (5) apresentação da revisão (SOUZA, et al. 2017).

A revisão foi realizada no mês de setembro e outubro de 2020, a partir da consulta nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), BDENF – Enfermagem e MEDLINE. Cujas questões norteadoras são: O que a literatura científica diz a respeito da maneira que a TB interfere na qualidade de vida? Nessas bases utilizou-se os seguintes descritores: “Tuberculose”, “Qualidade de Vida” e “Tratamento”. A princípio foi obtido esses descritores individualmente e logo após realizado a junção através do operador booleano AND.

As amostras foram obtidas por meio de critérios de inclusão e exclusão conforme aquelas que se ajustaram melhor diante da finalidade da pesquisa. Sendo adotados os critérios de inclusão os estudos originais de acordo com a questão proposta e artigos disponíveis na íntegra on-line e com acesso livre aos textos completos, como também artigos publicados nos últimos 10 anos no idioma português. Foram excluídos os artigos duplicados e que fugiam da questão do estudo.

Na avaliação dos estudos foram selecionados e analisados artigos correlacionados com o presente trabalho, através da leitura de títulos e resumos em cada busca, excluindo aqueles que não se adequavam aos critérios de inclusão.

Conforme a busca nas bases de dados através dos descritores selecionados, foram encontrados 833 artigos. No entanto, foi realizada a leitura dos títulos e resumos selecionando 28 estudos, dentre destes foram excluídos 08 por não se relacionarem ao tema após leitura do título e resumo, estabelecendo 20 estudos que após a leitura na íntegra foram excluídos 5 e selecionados 15 para a construção dessa revisão integrativa.

RESULTADOS

A análise descritiva dos 15 artigos selecionados para a presente revisão integrativa. Os artigos selecionados são apresentados no Quadro 1, no qual é possível verificar ano, título, autores, base de dados, periódico, objetivo, tipo de estudo e as principais conclusões de cada um deles. Ressalta-se que os artigos foram classificados em códigos, sendo identificados com a letra A (Artigo), seguida do número correspondente a ordem.

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados para Revisão Integrativa.

CÓD	ANO	TÍTULO	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
<u>A1</u>	2020	Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose.	BRAGA et al.	LILACS BDENF	Rev. Cuidarte	Analisar as representações sociais dos sujeitos acometidos pela tuberculose acerca da vivência do preconceito e estigma atrelados à doença	Pesquisa exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.	O sucesso no tratamento de doenças negligenciadas, transmissíveis e que perpassam pelo preconceito, como a tuberculose, depende em parte, de como os sujeitos acometidos são acolhidos no convívio familiar, social e pelos profissionais de saúde durante o diagnóstico e todo o tratamento.
<u>A2</u>	2020	Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da tuberculose, Estado de São Paulo.	ARAKAWA et al.	LILACS BDENF	Rev. Mineira de Enfermagem	Avaliar o controle da tuberculose em 44 municípios paulistas segundo aspectos do contexto externo, político organizacional e técnicooperacional dos sistemas locais de saúde.	Pesquisa Ecológica com abordagem quantitativa.	Os achados destacaram a relação entre aspectos socioeconômicos e o desempenho das ações de controle da tuberculose.

<u>A3</u>	2020	Percepção da enfermagem sobre a adesão e o abandono do tratamento da tuberculose	FREIRE et al.	LILACS BDENF	Rev. De Enfermagem da UFSM	Conhecer a percepção da enfermagem sobre os fatores envolvidos na adesão e no abandono do tratamento da tuberculose.	Pesquisa qualitativo, descritivo-exploratório	Os profissionais de enfermagem reconhecem sua responsabilidade na adesão ao tratamento da tuberculose e percebem no cotidiano de trabalho os fatores que influenciam o abandono. Reconhecem a necessidade de um trabalho em rede, intersetorial e de proteção social para o controle da doença.
<u>A4</u>	2019	Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional	LINHARES; PAZ.	LILACS BDENF	Rev. Enfermagem em foco	Compreender o cotidiano assistencial dos profissionais de saúde referentes aos cuidados ofertados durante o tratamento da tuberculose.	Pesquisa Qualitativa	Faz-se necessário conciliar o conhecimento técnico-científico que objetiva o sucesso do tratamento da tuberculose com as dimensões subjetivas dos que apresentam a doença, pois reside no diálogo com o outro a possibilidade de superar as dificuldades comuns de quem cuida e de quem precisa restabelecer a saúde e o ritmo da vida.
<u>A5</u>	2019	Adesão e qualidade de vida em pacientes com tuberculose pulmonar	OLIVEIRA et al.	BDENF	Rev. De Enfermagem UFPE on line	Avaliar a adesão aos tuberculostáticos e a qualidade de vida de pacientes com tuberculose pulmonar.	Pesquisa Quantitativa	Conclui-se que a tuberculose compromete a qualidade de vida das pessoas infectadas, pois, além da implicação física, há o comprometimento emocional e psíquico..
<u>A6</u>	2019	O Vínculo no tratamento da tuberculose na atenção primária à saúde: uma	FERREIRA; SANTOS; ORFÃO	LILACS	Rev. Brasileira promoção da saúde	Descrever como o vínculo tem contribuído (ou não) para o manejo do cuidado da tuberculose (TB) na Atenção	Revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa.	Esta revisão aponta a necessidade de novas discussões acerca da temática, por meio da identificação dos pontos de estrangulamento na organização e

		revisão integrativa				Primária à Saúde (APS).		desempenho dos serviços de saúde.
<u>A7</u>	2018	Adesão ao tratamento da tuberculose: uma perspectiva do cuidado de Si Foucatiano	TEMOTEO et al.	LILACS BDENF	Rev. Mineira de Enfermagem	Refletir acerca da adesão ao tratamento da tuberculose à luz do cuidado de si em Michel Foucault.	Pesquisa Explicativo de abordagem qualitativa.	Torna-se necessário o resgate dos princípios do cuidado de si, o que pode influenciar o voltar-se para si, para que exteriorize o perceber sobre seu tratamento, tornando possível a implementação de ações mais direcionadas à subjetividade do doente e favorecendo o processo de adesão
<u>A8</u>	2018	Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV	NEVES et al.	LILACS	Rev. Eletrônica de Enfermagem	Analisar a associação entre qualidade de vida e suporte social dos indivíduos com a coinfeção tuberculose/HIV	Pesquisa Descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.	Conclui-se que foram evidenciadas associações positivas entre suporte social e qualidade de vida. O suporte social pode amenizar consequências negativas de ambas as enfermidades, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo.
<u>A9</u>	2017	Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose	SÁ et al.	LILACS	Rev. Da Sociedade Brasileira de Clínica Médica	Identificar e analisar as causas de abandono do tratamento da tuberculose entre pacientes em retratamento, por abandono anterior.	Pesquisa Descritiva, Transversal por análise qualitativa.	Diversos fatores ocasionaram o abandono do tratamento da tuberculose. São necessárias mais ações que aumentem a compreensão e conhecimento da doença pelo paciente.
<u>A10</u>	2016	Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP	BRUNELLO et al.	LILACS BDENF	Rev. Eletrônica de Enfermagem	Analisar o percurso do doente de tuberculose (TB) durante o tratamento no	Pesquisa Descritiva com abordagem qualitativa.	Os resultados permitiram observar a centralização do atendimento no nível secundário da atenção, privilegiando equipes especializadas e

						sistema de serviços de saúde.		mantendo este ponto como o principal ordenador do cuidado.
<u>A11</u>	2015	Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento	CHIRINOS; MEIRELES; BOUSFIELD	MEDLIN E	Rev. Gaúcha de Enfermagem	Compreender as representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento em um Programa de Controle da Tuberculose.	Pesquisa Descritiva, de abordagem qualitativa.	São necessárias estratégias educativas ligadas a processos de interação social, à subjetividade e ao contexto do paciente, direcionadas a diminuir o abandono do tratamento da tuberculose, as recidivas, a multirresistência. Novos desafios são apontados diante das avaliações frente ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
<u>A12</u>	2013	Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuários com tuberculose	FARIAS et al.	LILACS BDEFN	Rev. De Enferm	Analisar a qualidade de vida dos sujeitos em tratamento da tuberculose em uma unidade de saúde do Rio de Janeiro.	Pesquisa Transversal do tipo descritivo-correlacional com abordagem quantitativa.	Na prestação de cuidados de enfermagem, importa valorizar a avaliação que a própria pessoa faz da sua vida e saúde, além da sua individualidade e subjetividade, para assegurar a integralidade da assistência
<u>A13</u>	2013	A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto da atenção básica	FARIAS et al.	LILACS BDEFN	Rev. Enfermagem UERJ	Investigar a qualidade de vida dos clientes com tuberculose (TB) acompanhados em uma unidade básica de saúde (UBS) e discutir a relação entre a TB e a qualidade de vida destes clientes.	Pesquisa Quantitativa	Concluiu-se que os clientes com TB pesquisados, apesar dos preconceitos, não trazem uma visão negativa de sua qualidade de vida.

A14	2012	Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação	PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS.	SCIELO	Rev. Brasileira de Ed. Física e Esporte	Apresentar as principais abordagens, conceitos e propostas de classificação e avaliação da qualidade de vida.	Pesquisa Qualitativa	Novas abordagens epistemológicas no estudo do tema são necessárias bem como estudos que analisem a qualidade de vida em situações de intervenção.
A15	2012	Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos	NEVES et al.	SCIELO	Rev. Da Escola de Enfermagem da USP	Descrever a qualidade de vida de indivíduos com coinfeção HIV/TB.	Pesquisa Descritiva, de corte transversal com abordagem quantitativo.	TB e HIV/aids são doenças estigmatizadas historicamente e a sobreposição das duas pode ter consequências graves na saúde física e psicossocial do indivíduo.

Fonte: Base de dados, 2020.

DISCUSSÃO


Diante da análise dos artigos e para uma melhor compreensão à respeito do assunto abordado, originou uma categoria para melhor apresentar as evidências científicas sobre a qualidade de vida do indivíduo portador da TB.

Categoria 1 – Não adesão e abandono, principais obstáculos que interferem na qualidade de vida do indivíduo portador da tuberculose.

A TB tem sido um problema persistente e grave para a saúde pública, colaborando com a injustiça e o afastamento social. Tendo em vista que é uma doença prevenível e curável, e mesmo assim ainda se presenciavam óbitos, proporcionando um nível elevado entre as posições de maiores causas de mortes do mundo, como também apresenta um dos grandes desafios que é o abandono (FERREIRA; SANTOS; ORFÃO, 2019).

Pelo fato da grande incidência de mortes, esta doença tem sido um dos temas atuais das políticas de controle de TB, determinando diversas metas e estratégias para uma melhor solução. A estratégia pelo fim da TB tem observado as metas sustentáveis de *Sustainable Development Goals – SDG* das Nações Unidas, que tem a finalidade de diminuir 90% das mortes e 80% dos casos de contaminação até 2030, podendo estabelecer diversas transformações no controle desta infecção (ARAKAWA, et al. 2020).

Existem diversos fatores que corroboram para a não adesão ao tratamento e o abandono, entre eles estão: a baixa escolaridade, o uso de álcool e drogas ilícitas, problemas inerentes ao



medicamento e falta de informação sobre a doença (CHIRINOS; MEIRELES; BOUSFIELD, 2015). Em conformidade com Oliveira et al (2019), também são fatores de risco o baixo poder aquisitivo, desemprego, pessoas em situações de ruas, ser do sexo masculino e tratamento demorado.

De acordo com Temoteo et al (2018), a adesão ao tratamento consiste em um processo difícil, incessante, que não é apenas um desejo pessoal, mas sim um método relacionado à vida, que abrange a rotina do indivíduo, a sistematização dos processos de trabalhos em saúde e a alcançabilidade.


Segundo Sá et al (2017), as condições do analfabetismo e baixa escolaridade representam um agrupamento de determinantes socioeconômicos precários que crescem a instabilidade da TB, sendo responsáveis pelo crescimento da incidência e diminuição da adesão. Sendo de suma importância que os profissionais de saúde conversem de uma forma clara, facilitando o entendimento do portador.

Inclusive Linhares e Paz (2019), eles afirmam que para se ter uma boa adesão faz-se necessário que os profissionais tenham resolutividade. Freire et al (2020), ainda complementa que a atuação dos profissionais de enfermagem contribui e fortalece no combate da doença, compreendendo que o bom acolhimento resulta de forma positiva. Além do mais, o acolhimento é essencial e está de acordo com o que o primeiro pilar recomenda e que ampara a estratégia pelo fim da TB.

Por outro lado, a doença também é manifestada por preconceito, estigmas e crenças que afligem as pessoas, comprometendo a adesão do indivíduo ao tratamento, onde a marginalização e o afastamento interferem no cuidado. Portanto, o estigma apresenta particularidades inerentes a pessoa levando-os a ter posicionamentos negativos e distintos (BRAGA, et al. 2020).

Salienta-se que o indivíduo nessa situação passa por diversos problemas, e carece destacar que uma assistência adequada possibilita a continuação e o êxito do tratamento, fazendo com que o paciente seja assistido do diagnóstico até a conclusão com equipes qualificadas e serviços disponíveis (BRUNELLO, et al. 2016).

Braga et al (2020), também relata que em algumas situações, o preconceito foi observado como uma razão de interferência na terapêutica, conduzindo a dúvidas e questionamentos sobre o quão vale a vida, interrompendo a medicação. Entretanto, o vínculo com os profissionais de saúde aprimora o comprometimento com o tratamento, diminui as taxas de abandono e é fundamental para a adesão.



Diante disso, é importante conceituar sobre a qualidade de vida, e para isso existem diversas definições, porém divergem muito entre os autores, o que se conclui é que são aspectos relacionados à saúde como a capacidade física, emocional, funcional e mental, como também a outros componentes da vida, tipo: trabalho, amigos, convívio familiar e outras particularidades (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, ela define a qualidade de vida como a perspicácia de uma pessoa da sua posição na vida no cenário de cultura e no grupo de valores em que habita, como também em seus propósitos, possibilidades, parâmetros e apreensões. Sendo um conceito abrangente, afetado de uma maneira difícil pela saúde física, psicológica ou social (FARIAS, et al. 2013).

Conforme Neves et al (2018), a avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores da TB, objetiva a compreensão de como essa pessoa aceita a doença e de como vai repercutir em sua vida.


A busca progressista referente a avaliação da qualidade de vida é para a população em geral, inclusive os portadores de TB, que apesar de ter cura possui um tratamento duradouro que traz impactos em suas vidas e com resultados deficientes comparados com a população geral (NEVES, et al. 2012).

Contempla-se que as consequências que o diagnóstico positivo de TB perpassa perante a sociedade é de extrema importância, pois pode provocar uma redução da qualidade de vida. Entende-se que essa qualidade em indivíduos com TB é um conjunto de múltiplos componentes, como à própria doença em si, o preconceito e a pobreza, tudo isso reflete de forma repulsiva na sociedade, na família e no trabalho, por isso a importância de se construir um elo entre o profissional e usuário, para que haja um acompanhamento e possa ser implantadas medidas que aumentem sua adesão ao tratamento. (OLIVEIRA, et al. 2019).

Sob o mesmo ponto de vista, Farias et al (2013), afirmam que a avaliação da qualidade de vida tem aperfeiçoado o diálogo entre profissional e paciente, com isso o paciente destaca os domínios que são mais significativos durante o processo avaliativo.

De acordo com uma pesquisa realizada por Neves et al (2018), o sofrimento que os portadores destacam não está apenas interligado à doença, mas sim com os diferentes impactos na vida, sobretudo no convívio social, favorecendo ao isolamento, podendo ser em consequência dos preconceitos de outras pessoas como pelo próprio preconceito, achando ser uma ameaça para a sociedade.

Destaca-se também como fator primordial da baixa qualidade a questão financeira, um indivíduo doente precisa de uma atenção maior, e se não tem condições de custear uma boa



alimentação pode ser afetado, como também as péssimas condições de moradia, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e indivíduos moradores de rua, tudo isso pode elevar a infecção e diagnóstico tardio da doença. (OLIVEIRA, et al. 2019).

Em decorrência dos serviços de saúde e das informações, o tratamento supervisionado pode ser compreendido como uma maneira de apoio. Diante disso, o tratamento realizado corretamente sucede uma recuperação rápida dos sintomas, entretanto o elo entre paciente e profissional aumenta, favorecendo a percepção em relação ao apoio recebido (NEVES, et al. 2018).

Tendo em vista, que ao realizar o tratamento corretamente se obtém a cura, posteriormente a qualidade de vida tem uma melhora bastante significativa, pois a infecção pode ocasionar alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, no entanto o desconhecimento sobre a doença pode afetar a adesão (OLIVEIRA, et al. 2019).

Deste modo, o apoio da família, amigos e profissionais de saúde proporcionam uma boa recuperação, aumento da autoestima e adesão ao tratamento, além do prestigiado papel de reduzir as repercussões negativas, associado diretamente na qualidade de vida (NEVES, et al. 2018).


CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do desenvolvimento deste trabalho foi possível perceber os grandes impactos que a TB causa na qualidade de vida de uma pessoa e a importância da realização do tratamento correto.

Como já relatado no decorrer do trabalho, os determinantes sociais favorecem a uma baixa qualidade de vida, implicando fisicamente e psicologicamente. Sendo assim, ressalta-se que, a ligação existente entre qualidade de vida e integralidade tem por obrigação que as ações de saúde sejam realizadas e estabelecidas com vincularidade entre o portador, o profissional e a família.

Determinar a QV do indivíduo portador da TB é imprescindível por consentir entender suas percepções, medos, necessidades, angústias e dificuldades. Diante disso, o conhecimento e a compreensão dos determinantes sociais físicos e psicológicos pode ser extremamente essencial para a abordagem dessa população, inclusive para os que vivem nessa situação.

A dificuldade enfrentada no processo de desenvolvimento desta pesquisa está relacionada com a carência de artigos referentes ao assunto abordado nas bases de dados citadas, objetivando a insuficiência e a primordialidade do tema apresentado na saúde pública.



Portanto, o objetivo foi alcançado tendo em vista que foi possível apontar as diversas maneiras que a TB afeta a qualidade de vida, como os impactos causados na vida das pessoas portadoras.

Diante disso, sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas com amplitude, que possa ser elaborado na concepção da avaliação da qualidade de vida, como aspecto significativo no tratamento e na perspectiva de vida em todas as dimensões.

REFERÊNCIAS

ARAKAWA, T. *et al.* Contextos locais e dos sistemas de saúde no controle da tuberculose, estado de São Paulo. **REME - Rev Min Enferm.** n.24, p. 1-8, 2020.

BRAGA, S. K. M. *et al.* Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose. **Rev. Cuid.** Bucaramanga, Colombia, v.11, n.1, p.1-14, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, p.412-428, 2010.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* **Tuberculose: análise do percurso do doente durante o tratamento em Ribeirão Preto/SP.** **Rev. Eletr. Enf.** v.16, p.1-11, 2016.

CHIRINOS, N. E. C; MEIRELLES, B. H. S; BOUSFIELD, A. B. S. Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v.36, p.217-14, 2015.

FARIAS, S. N. P. de, Integralidade no cuidado: estudo da qualidade de vida dos usuarios com tuberculose. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Brasil, v. 17, n.4, p.749-54, 2013.

FARIAS, S. N. P. de, A qualidade de vida de clientes portadores de tuberculose no contexto da atenção básica. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.346-54, 2013.


FERREIRA, M. R. L; SANTOS, A. A; ORFÃO, N. H. O Vinculo no tratamento da tuberculose na atenção primaria à saude: uma revisão integrativa. **Rev. Brasileira promoção da saúde.** v.32, p.1-9, 2019.

FREIRE, A. P. V. S. *et al.* Percepção da enfermagem sobre a adesão e o abandono do tratamento da tuberculose. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM.** Santa Maria, RS, v.10, n.37, p.1-18, 2020.

FREITAS, W. M. T. M. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de pacientes portadores de tuberculose atendidos em uma unidade municipal de saúde de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz Saude,** Belém-Pará-Brasil, v.7, n.2, p.45-50, 2016.

LINHARES, S. R. D. S; PAZ, E. P. A. Tratamento da tuberculose na estratégia saúde da família: olhar do profissional. **Rev. Enfermagem em foco,** Rio de Janeiro, v.10, n.5, p.179-84, 2019.

MEDEIROS, C. R. S. **A qualidade de vida do cliente portador de tuberculose.** 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.



NEVES, L. A. D. S. *et al.* Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose/HIV. **Rev. Electrónica trimestral de Enfermería**, São Paulo, n.50, p.11-20, 2018.

NEVES, L. A. D. S. *et al.* Aids e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p.704-10, 2012.

OLIVEIRA, S. A. G. de *et al.* Adesão e qualidade de vida em pacientes com tuberculose pulmonar. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v.13, n.3, p.697-706, 2019.

PEREIRA, V. L. T. *et al.* A incidência de tuberculose no Vale do Ribeira. **Rev. Gestão em Foco**, São Paulo, 9.ed. p.90-102, 2017.

PEREIRA, E. F; TEIXEIRA, C. S; SANTOS, A. dos, Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

SÁ, A. M. M. *et al.* Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose. **Rev Soc Bras Clin Med**, Brasil, v.15, n.3, p.155-60, 2017.

SANTOS, A. P. C. dos. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e Prevalência de Sintomas de Depressão e Ansiedade em Pacientes Hospitalizados com Tuberculose.** 2016. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

TEMOTEO, R. C. D. A. *et al.* Adesão ao tratamento da tuberculose: uma perspectiva do cuidado de Si Foucatiano. **REME - Rev Min Enferm**, v.22, p.1-5, 2018.



CAPÍTULO 21

ANÁLISE DO DESMAME PRECOCE DOS LACTENTES

Sheyla Vieira Paulino, Enfermeira e Pós-graduanda em Urgência e Emergência, UniVS
Viviane Ferreira da Silva, Enfermeira e Pós-graduanda em Urgência e Emergência, UniVS
Faheyly Araújo Sousa, Psicóloga, UniVS, Especialista em Saúde da Família
Brenda Pinheiro Evangelista, Enfermeira e Mestranda em Enfermagem, UFC
Breno Pinheiro Evangelista, Graduando em Farmácia, Faculdade São Francisco da Paraíba
Roberta Peixoto Vieira, Enfermeira e Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, UECE
Riani Joyce Neves Nóbrega, Enfermeira e Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, UECE
Ítala Alencar Braga Victor, Enfermeira e Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

RESUMO

O desmame ou ablactação é definido como a adição de outros suplementos à dieta de um bebê que estava em aleitamento materno exclusivo. É delineado como precoce a retirada completa ou parcial do leite materno que antecede os seis primeiros meses de vida do bebê. São numerosos os motivos que acarretam o desmame precoce. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o desmame precoce em lactentes. Para isso, realizou-se um estudo de campo exploratório descritivo de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2019 nas Estratégias Saúde da Família da zona urbana do município de Icó-Ce, com amostra de 230 participantes, aplicando um formulário de elaboração das autoras e para operacionalização desses dados foi utilizado o *Software Statistical Package for the Social Sciences* e posteriormente analisados através da estatística descritiva. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado obtendo parecer de número 3.175.591. De acordo com os resultados obtidos ao analisar o perfil sociodemográfico das participantes evidenciou-se predominantemente idade materna de vinte e três a trinta anos, a maioria possuíam ensino médio completo, e quanto ao estado civil a maioria eram casadas. Verificou-se que as crenças populares têm influência no desmame precoce, uma vez que, o motivo mais citado foi o leite fraco, a licença maternidade também foi um ponto bastante discutido, visto que a maioria não recebeu esse direito e o retorno ao trabalho acabou acarretando ao desmame precoce. Constatou-se que os impactos do desmame precoce na saúde da criança foram relacionados, principalmente a problemas respiratórios, doenças prevalentes da infância e até mesmo sobrepeso infantil, tudo isso podendo ser evitado com aleitamento materno exclusivo. Com isso, compreende-se que torna-se cada vez mais necessário o engajamento de profissionais e políticas públicas para resolução desta problemática.

PALAVRAS CHAVES: Aleitamento Materno. Desmame. Estratégia Saúde da Família.



INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é a fonte de nutrição correta para o lactente, a qual deve ser exclusiva até os seis primeiros meses de vida. A fase com mais dificuldade para a realização do AM sucede nas primeiras duas semanas, que acontece geralmente no ambiente familiar, principalmente quando a puérpera tem pouco conhecimento sobre a nova fase, o que comumente acaba deixando-a assustada, com sensação de impotência, insegurança e dúvida (COSTA et al., 2018).


Esse contexto apresenta-se em diferentes formas e interpretações, de acordo com suas diversas culturas. Dessa forma, a prática da amamentação torna-se uma conduta associada a condições sociais e valores culturais, influenciando nos princípios e crenças apontados pela genitora (AZEVEDO et al., 2015).

Logo, o desmame pode estar associado vários fatores e essa suspensão precoce ou introdução de outros alimentos antes do sexto mês está se tornando cada vez mais comum, o que gera repercussões importantes para a saúde da criança, como exposição a agentes infecciosos, ingestão de proteínas estranhas, ocasionando danos na digestão e absorção de elementos nutritivos inadequados (BOANI, PAIM, FREITAS, 2018).

Destaca-se que todo ano morrem mais de dez milhões de crianças no mundo. Uma taxa de aproximadamente 38% das mortes acontece nas primeiras quatro semanas de vida e infantes que não foram amamentados possuem cerca de duas vezes mais possibilidade de morrer por doenças infecciosas quando comparadas com as que foram amamentadas. Sendo que a maioria dessas mortes é evitável e como fundamental prevenção destaca-se o aleitamento materno (SOUSA et al., 2015).

Por isso, a atenção com os impactos dos danos evidenciados pelo desmame precoce retrata um item importante no âmbito de saúde coletiva no Brasil nos dias de hoje. A associação “amamentação e desmame” está relacionada a fatores sociais, econômicos, políticos e culturais sendo estes fortes influenciadores no processo de desmame, gerando impacto na saúde da criança (MEDEIROS; BARBOSA, 2017).

Dentro desse contexto, a família e os profissionais de saúde, nessa ocasião são interpretados como incentivadores, ou delimitadores do AM. Essa duplicidade é identificada nas literaturas, uma vez que, se relacionando aos familiares, da mesma maneira em que oferecem apoio, eles espalham hábitos e crenças que podem dificultar na preservação do AM.



Na situação dos profissionais a interposição necessita da sua participação no controle dos problemas (SILVA; COSTA, 2018).


Nessa perspectiva, percebe-se como desafio para as mães realizarem o aleitamento materno exclusivo (AME) até a idade proposta pelo Ministério da Saúde, visto que varias interferências levam a mãe a desmamar o filho precocemente, aumentando o risco de contrair doenças e até mesmo levá-lo a morte. Assim, conhecer as características, crenças, influências e principais motivos responsáveis pelo desmame precoce possibilitará a elaboração de estratégias e ações direcionadas de forma atenuar esse problema.

Portanto, diante dos benefícios proporcionados somente através do AM na vida dessas crianças, e até mesmos das mães, sendo até considerado o meio mais “econômico” para a suplementação de um recém-nascido (RN), emergiram alguns questionamentos: quais as principais influências que acarretam o desmame precoce em lactentes? Quais os fatores culturais, sociais e familiares envolvidos no processo de desmame precoce? Quais os impactos do desmame precoce na saúde da criança?

Sabendo que a equipe de enfermagem integra as Estratégias de Saúde da Família, sendo responsáveis pelo atendimento e acompanhamento primário dessas crianças e até mesmo estruturadores de ações que envolvem a prevenção do desmame precoce, instigando a realizar essa pesquisa. O interesse também surgiu durante o estágio de saúde coletiva II onde pôde-se perceber a carência de amamentação exclusiva das crianças até os seis meses de vida. Acredita-se que esse trabalho contribuirá para averiguar as principais influências causadoras do desmame precoce, bem como sua relação com o perfil sociodemográfico do público pesquisado. Isso auxiliará os profissionais envolvidos no processo de amamentação a conduzirem situações que influenciem diretamente ou colaborem para diminuição do desmame precoce e ainda possibilitará o desenvolvimento e implementação de estratégias compatíveis ao enfrentamento dessa problemática, proporcionando para as mulheres uma melhor adesão do AME e dessa forma se beneficiarem com os ganhos proporcionados através do mesmo.

TRAJETO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da sede do município de Icó/CE.



O município de Icó está localizado na região Centro Sul do estado do Ceará, com uma área de unidade territorial de 1.871.995 Km², distante 375 km da capital Fortaleza. No último censo a população era de 65.456 habitantes no ano de 2010, tendo como estimativa para 2018 uma população de 67.972 habitantes (IBGE, 2018).

O estudo foi realizado com as mães das crianças cadastradas nas ESF que compõem o cenário desse estudo. As crianças nessa faixa etária são acompanhadas nas consultas de puericultura regularmente, facilitando a abordagem das mães para participação na pesquisa.

Para aquisição do tamanho da amostra foi utilizado o método probabilístico proporcional estratificado. A amostragem estratificada se releva por caracterizar quantos elementos da amostra serão obtidos em cada estrato (COSTA NETO, 2002) por meio da fórmula adotada por Martins (2005), expressa na seguinte forma:

$$Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N$$

$$n =$$

$$d^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q$$

Onde:

n= tamanho da amostra;

z= abscissa do normal padrão;

p= estimativa da proporção da característica pesquisada no universo;q= 1-p

N= tamanho da população d= erro amostral

Selecionando uma população de mães (N=241), o erro de estimação de (d=1%);abscissa do normal padrão (z=99%) ao nível de confiança de 99% e (p=q=5%) que levará a hipótese de se aceitar o maior tamanho da amostra, porque não se conhece as proporções estudadas, obtivemos um tamanho da amostra de 238 mães. Da amostra de 238 mães foram entrevistadas 230 que representa 97% da amostra.

Esta amostra foi distribuída de forma proporcional entre cada ESF do município. O resultado final pode ser observado na **Tabela 1** a seguir:

Em busca prévia constatou-se que as ESF da sede do município possuem atualmente uma população de 241 crianças cadastradas na faixa etária de 0 a 2 anos, distribuídas nas oito unidades conforme a Tabela 1.

TABELA 1: População e amostra da pesquisa

ESF	POPULAÇÃO	AMOSTRA
São Geraldo	27	26
Centro	33	31
Cidade nova I	37	35
Cidade nova II	30	29
Manoel Mariano II	23	22
Manoel Mariano I	33	31
Gama	26	25
São Vicente de Paulo	32	31
TOTAL	241	230

Fonte: Secretaria de Saúde, Icó (2018).


Foram incluídas na amostra as mães cujas crianças que tenham passado pelo processo de desmame antes dos seis meses de vida. Foram excluídas as mães menores de idade.

O período da coleta foi de março a abril de 2019. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário de elaboração das autoras. O formulário é um instrumento que apresenta uma coleção de questões a qual foi preenchido pelo pesquisador. As respostas foram obtidas através de um contato frente a frente com o participante da pesquisa ou através de observação direta (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Foi realizado um pré-teste com cinco mães, na tentativa de verificar ou excluir possíveis problemas no formulário. O pré-teste é um método frequente nas pesquisas decampo onde se aplica o instrumento em uma menor população com objetivo de analisar a validade ou importância dos requisitos, ajuste da linguagem empregada, número e ordem das perguntas entre outros, a fim de garantir sucesso na coleta de dados (ANDRADE, 2001).

Os dados obtidos foram digitalizados no Software Excel e tratados por meio da utilização do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 2.0.

O perfil sociodemográfico, antecedentes obstétricos, dados da amamentação/ desmame, assim como, as variáveis sobre a história de saúde da criança foram analisadas pelo cálculo das frequências absoluta e percentuais, e os motivos do desmame foram apresentadas em forma de gráfico para uma melhor visualização do leitor.



Os dados foram analisados através da estatística descritiva, com cálculo das frequências absoluta e percentuais das variáveis quantitativas, bem como calculado a média e o desvio padrão (dp).

A apresentação dos dados se deu de forma descritiva e ainda por meio de tabelas e gráficos, pois permite ao leitor uma melhor compreensão e visualização do assunto descrito. A interpretação deu-se mediante literatura científica atualizada e pertinente à temática.

A pesquisa foi desenvolvida obedecendo à resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas que envolvem seres humanos. Respeitando os preceitos ético-legais, a bioética, a autonomia, a beneficência, o não malefício, equidade e justiça de acordo a resolução (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi realizada mediante previa autorização da instituição coparticipante através de assinatura da Declaração de Anuência e pelo responsável da instituição e mediante prévia leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos participantes e posteriormente assinatura do Termo de Consentimento Pós Esclarecido

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação ética do Comitê de Ética do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, localizado no Endereço: Avenida Padre Cícero, 2830-Triângulo, Juazeiro do Norte-CE, CEP 63041-140. Mediante ao parecer de aprovação do comitê, dispondo do número 3.175.591, é que os dados foram coletados.

RESULTADOS

Para uma melhor compreensão do objeto de estudo, foi traçado o perfil sociodemográfico das participantes, que são apresentados a seguir.

Evidenciou-se que as participantes estavam predominantemente na faixa etária de 23 a 30 anos (45,65%) e um menor número de participantes possuíam idade igual ou inferior a 22 anos (18,7%). Em relação à escolaridade, a maioria tinha ensino médio completo (40,4%) e apenas (6,5%) cursou ensino superior e eram, em sua maioria, casadas (51,74%), conforme mostra a **Tabela 2**.

TABELA 2: Distribuição percentual das variáveis, idade, escolaridade e estado civil

IDADE	FREQUÊNCIA (n)	PORCENTAGEM (%)
≤ 22 anos	43	18,7



De 23 a 30 anos	105	45,7
≥ 31 anos	82	35,7
Total	230	100,0

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA (n)	PORCENTAGEM (%)
Fund. Incompleto	64	27,8
Fund. Completo	16	7,0
Médio incompleto	42	18,3
Médio completo	93	40,4
Ensino superior	15	6,5
Total	230	100,0

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA (n)	PORCENTAGEM (%)
Solteira	47	20,4
Casada	119	51,7
União estável	57	24,8
Divorciada	7	3,0
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Pelo fato de ter percebido na literatura que o desmame precoce está relacionado a diversos fatores, inclusive socioeconômicos, considerou-se pertinente neste estudo a análise das variáveis: renda, moradia, responsabilidade financeira e quantidade de filhos, conforme apresentado na **Tabela 3**. Constatou-se que a maioria (46,5%) da população estudada afirmou possuir renda de R\$ 900,00 a R\$ 1.200,00 mensais, embora uma parcela relevante (40,4%) afirmou renda de R\$ 200,00 a R\$ 500,00 mensais. Além disso, a maioria (83,5%) reside com o companheiro e apenas 2,6% residem sozinhas. Apenas 13,9% afirmou ser a única responsável financeira pela família. Quanto ao número de filhos, 70% têm até dois filhos e 4,8% possuem de três a quatro filhos.

TABELA 3: Distribuição percentual das variáveis renda, moradia e responsabilidade financeira e quantidade de filhos.

RENDA	Frequência (n)	Porcentagem (%)
-------	-------------------	-----------------

200,00 a 500,00 reais	98	42,6
600,00 a 800,00 reais	19	8,3
900,00 a 1.200,00	107	46,5
≥ 1.996,00	6	2,6
Total	230	100,0

MORADIA	Frequência	Porcentagem (%)
(n)		
Sozinha	6	2,6
Com os pais	19	8,3
Com o companheiro	192	83,5
Com algum familiar	2	0,9
Só com o filho	11	4,7
Total	230	100,0

**RESPONSABILIDADE FINANCEIRA
DEPENDE APENAS DE VOCÊ?**

	Frequência	Porcentagem (%)
(n)		
Sim	32	13,9
Não	198	86,1
Total	230	100,0

QUANTIDADE DE FILHOS	Frequência	Porcentagem (%)
(n)		
1 a 2 filhos	161	70,0
2 a 3 filhos	44	19,1
3 a 4 filhos	11	4,8
≥ 5 filhos	14	6,1
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Também por encontrar relação do trabalho com o desmame precoce na literatura, buscou-se verificar as variáveis: trabalho na gestação, jornada de trabalho, licença maternidade e tempo da licença, sendo constatado que a maioria (59,1%) das participantes relataram não trabalhar durante a gravidez, já 40,9% trabalharam.

TABELA 4: Distribuição percentual da variável sobre trabalho na gestação

TRABALHO NA GESTAÇÃO	Frequência (n)	Porcentagem (%)
SIM	94	40,9
NÃO	136	59,1
Total	230	100,0

JORNADA DE TRABALHO	Frequência (n)	Porcentagem (%)
2 a 4 horas	51	22,2
8 a 12 horas	6	2,6
Total	57	24,8

LICENÇA MATERNIDADE	Frequência (n)	Porcentagem (%)
SIM	44	19,1
NÃO	51	22,2
NÃO TRABALHARAM	135	58,7
Total	230	100,0

TEMPO DE LICENÇA	Frequência (n)	Porcentagem (%)
2	10	4,3
3	3	1,3
4	22	9,6
5	1	0,4
6	9	3,9
Total	45	19,6

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

A jornada de trabalho de predominantemente 2 a 4 horas por dia em média de 22,2%. Referente as mulheres que trabalharam durante a gestação apenas 19,1% tiveram licença maternidade (**Tabela 4**).

Buscou-se também, de forma a melhor compreender alguns aspectos relacionados ao desmame precoce, caracterizar a população estudada levando em consideração informações obstétricas como: início do pré-natal, orientações do pré-natal sobre amamentação,

participações nos grupos de gestantes, orientações no hospital sobre amamentação, nascimento, tipo de parto.

TABELA 5: Distribuição das variáveis referente aos antecedentes obstétricos

INÍCIO DO PRÉ NATAL	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1º trimestre	207	90,0
2º trimestre	20	8,7
3º trimestre	3	1,3
Total	230	100,0
ORIENTAÇÕES DO PRÉ NATAL	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	200	87,0
Não	30	13,0
Total	230	100,0
PARTICIPAÇÕES NOS GRUPOS DE GESTANTES	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	115	50,0
Não	115	50,0
Total	230	100,0
ORIENTAÇÕES NO HOSPITAL	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sim	179	77,8
Não	51	22,2
Total	230	100,0
NASCIMENTO	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Pré termo	45	19,7
À termo	168	73,4
Pós termos	16	7,0
Total	229	100,0
TIPO DE PARTO	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Vaginal	105	45,7

Cesária	125	54,3
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Portanto verificou-se na (**Tabela 5**) que 90% das participantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre da gestação, conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde, e a minoria, representada por 1,3% iniciou o pré-natal no último trimestre da gravidez. Se tratando das orientações recebidas no pré-natal e na internação hospitalar sobre amamentação, 87% e 77,8% respectivamente afirmam ter recebido orientações. Houve uma participação em grupo de gestantes por 50% das mães estudadas. Em relação ao nascimento, constatou-se que 73,4% nasceram a termo e 7% nasceram depois desse período. Em predominância o tipo de parto das participantes foram cesárias com 54,3%.

Tendo em vista que este estudo busca analisar o desmame precoce em lactentes, apresentamos os achados relacionados à amamentação/desmame essenciais para a compreensão de alguns aspectos relacionados a esse fenômeno (**Tabela 6**).

TABELA 6: Distribuição das variáveis referente aos dados da amamentação/desmame

MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA	a (n)	Frequência m (%)	Porcentage
Sim	175		76,1
Não	55		23,9
Total	230		100,0
DESMAME	a (n)	Frequência m (%)	Porcentage
Natural	14		6,1
Induzido	216		93,9
Total	230		100,0
ALEITAMENTO EXCLUSIVO	(n)	requência m (%)	Porcentage
1º SEMANA	27		11,7
1 mês	28		12,2
De 2 a 3 meses	77		33,5
De 4 a 5 meses	53		23,0
6 meses	2		,9



Não amamentou	43	18,7
Total	230	100,0

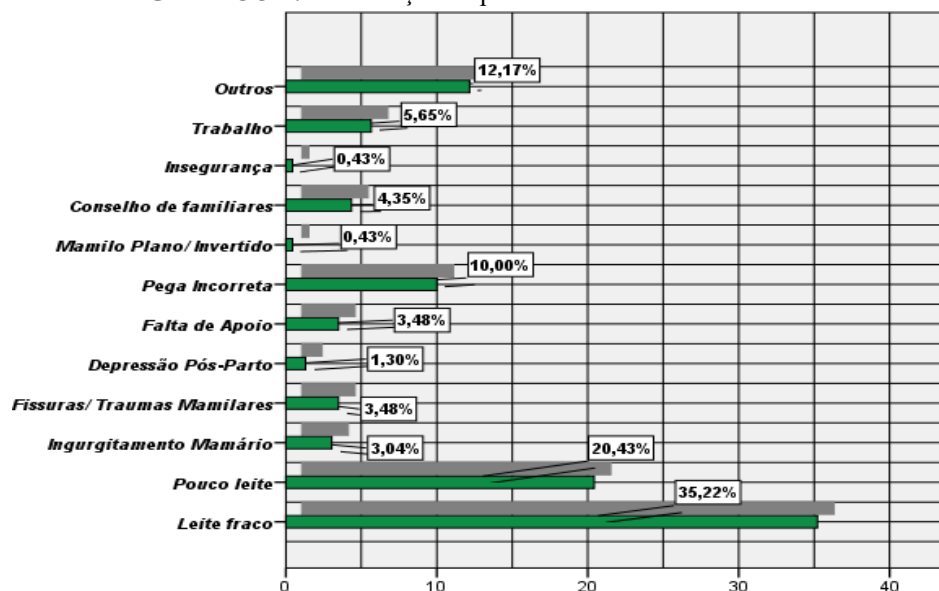
USOU CHUPETA	Frequência (n)	Porcentagem em (%)
Sim	148	64,3
Não	82	35,7
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Desse modo, foi analisada a amamentação na primeira hora, onde 76,1% dessas crianças que passaram pelo desmame precoce mamaram na primeira hora de vida de acordo com o afirmado por suas mães. Houve predominância no desmame induzido (93,9%) que ocorreu com maior frequência de 2 a 3 meses (33,5%), sendo que, apenas 9% dos lactentes foram amamentados exclusivamente até os 6 meses de vida e 18,7% não foram amamentados em nenhum período. Destaca-se ainda que maioria das mães afirmou que seus filhos usaram chupeta.

Na perspectiva de compreender fatores ligados a ocorrência do desmame precoce nos lactentes, as mães foram indagadas sobre alguns possíveis motivos relacionados a essa ocorrência.

GRÁFICO 1: Distribuição do percentual da variável motivos do desmame



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Logo, no **Gráfico 1**, observa-se a distribuição e a frequência desses motivos. Todavia, os motivos de maior ocorrência foram que 35,22% das entrevistadas relataram leite fraco, 20,43% referiram pouco leite, 12,17% informaram outros motivos, 10% alegaram a pega

incorreta, 5,65% expuseram o trabalho como motivo, e 3,48% relataram falta de apoio e fissuras/ traumas mamilares.

Em virtude da amamentação ser um fator de proteção para várias doenças da infância, este estudo também buscou verificar se as crianças que foram desmamadas precocemente sofreram algum impacto na sua saúde conforme dados sobre a história de saúde da criança (Tabela 7).

TABELA 7: Distribuição das variáveis sobre história de saúde da criança

INTERNAÇÕES	Frequência	Porcentagem
Sim	48	20,9
Não	182	79,1
Total	230	100,0
MOTIVOS DE INTERNAÇÃO	Frequência válida	Porcentagem
Problemas respiratórios	23	47,9
Diarreia \ vômito \ desidratação	11	22,9
Outras enfermidades	14	29,2
Total	48	100,0
TRATAMENTOS SEM INTERNAÇÕES	Frequência	Porcentagem
Sim	137	59,6
Não	93	40,4
Total	230	100,0
MOTIVOS DO TRATAMENTO	Frequência	Porcentagem
Problemas respiratórios	64	27,8
Diarreia \ vômito \ desidratação	44	19,1
Outras enfermidades	19	8,3
Problemas respiratórios com diarreia \ vômito \ desidratação	10	4,3
Total	137	59,6
SOBREPESO	Frequência	Porcentagem
Sim	46	20,0




Não	184	80,0
Total	230	100,0
<hr/>		
BAIXO PESO	Frequê	Porcentagem
	ncia	
<hr/>		
Sim	38	16,5
Não	192	83,5
Total	230	100,0
<hr/>		
QUADROS ANTERIORES	Frequê	Porcentagem
	ncia	
<hr/>		
Sobrepeso	70	30,4
Baixo peso	51	22,2
Adequado	109	47,4
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Sendo verificado que referente à saúde da criança foi observado que 79,1% não passaram por internações hospitalares e 20,9% foram internados, os motivos mais relevantes dessas internações foram os problemas respiratórios (47,9%) e em último caso os motivos foram episódios de diarreia, vômito e desidratação (22,9%). As crianças que fizeram tratamentos sem necessidades de internações estão representadas com 59,6% e 40,4% não fizeram tratamentos, os principais motivos desses tratamentos foram também problemas respiratórios em especial gripes. Quanto ao peso as crianças em evidência apresentaram peso adequado (47,4%), sendo que 20% estavam sobrepeso e 16,5% estavam baixo peso, em quadros anteriores 30,4% dessas crianças já foram sobrepeso e 22,2% tiveram o peso inferior ao que é considerado normal para idade.

DISCUSSÕES

De acordo com os resultados percebeu-se que as participantes que fizeram o desmame precoce estavam predominantemente na faixa etária de vinte e três a trinta anos, implicando dizer que a idade pode interferir no processo de desmame. Margotti e Margotti, (2017) obtiveram resultados semelhantes em sua pesquisa que tinha como objetivo principal verificar os fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo em bebês, constatando que mães com idade superior a trinta anos amamentavam por mais tempo, eventualmente por possuírem mais conhecimento e uma maior experiência em relação ao aleitamento materno (AM) devido aos filhos anteriores.




Todavia, a relação da idade com o AM pode ser um ponto questionável, pois, por vezes a idade materna é identificada como influenciadora do desmame e por outro lado estudos não identificaram correlação entre idade materna e desmame precoce. Na revisão integrativa realizada por Uema (2015), que analisou essa associação, mostrou que somente dois estudos dos vinte e oito demonstravam essa similitude da variável idade materna com o aleitamento materno exclusivo. Mas, em outro estudo, feito por Ferreira et al., (2018) foi observado que as mães com idade superior a vinte anos tem maior adesão ao AME pois a predominância foi menor nos filhos de mães adolescentes (49,2%) em comparação às mães adultas (66%).

A escolaridade é outro fator que interfere no desmame especificamente as mulheres que possuem ensino fundamental incompleto. Corroborando com Sousa et al., (2015) é outro forte influenciador na preservação AME. Seu estudo afirma que o risco de desmame precoce é duas vezes mais recorrente entre mães com menos de oito anos de estudo do que com as que apresentam o nível de escolaridade melhor.

O estado civil com maior prevalência em nossa pesquisa foram as casadas demonstrando, talvez, relacionamentos conflituosos ou casais que não adquiriram uma boa parceria familiar, tendo em vista que ter um parceiro envolvido nesse processo poderia auxiliar na manutenção do aleitamento materno, porém podem existir outros aspectos implícitos nesse dado, que o estudo não pôde revelar. Percebe-se que muitas mulheres com esse estado civil acabam se desdobrando para cuidar dos filhos, maridos e responsabilidades domésticas, prejudicando a realização do AME.

Alvarenga (2017) também aponta que a maioria das mulheres que desmamam são casadas e reforça o evidenciado em nosso estudo, que o parceiro deveria auxiliar no cuidado com as crianças e facilitar também para a distribuição de tarefas o que na maioria das vezes não acontece.

Outro fator influenciador no desmame precoce é a responsabilidade financeira, pois quando mães precisam trabalhar fora de casa para se sustentarem e a seus filhos o AME acaba sendo interrompido. Além disso, a maioria relatou não receber a licença maternidade, decerto por trabalharem em empregos informais, e as que gozaram da licença foi por um período insuficiente. Oliveira (2019) afirma que as mulheres que retornaram o trabalho antes dos seis meses de vida do bebê e as que não amamentaram na primeira hora de vida possuem seis vezes mais probabilidade de desmamaram seus filhos precocemente devido ao afastamento de ambos nas duas situações.




Observou-se também que a renda da maioria das participantes desse estudo não foi considerada baixa. Considera-se que as melhores condições financeiras pode favorecer a introdução de fórmulas industrializadas, pelo custo que estas têm no mercado alimentício, favorecendo o desmame. Já Moura (2015) releva que as mulheres de baixa renda tem mais possibilidade de desmamar precocemente seus filhos, o que pode estar atrelado também ao fato das mães de baixa renda terem menos acesso à informação.

Notou-se também que o número de filhos pode interferir na amamentação devido as experiências passadas sobre este processo com outros filhos, e acabar repercutindo no processo de alactamento dos demais positiva ou negativamente, podendo ainda trazer consigo crenças e mitos impostas nas primeiras experiência e por vezes até mesmo frustrações por um processo ineficiente. Correia e Fernandes (2017) destacam mães que já amamentaram pelo menos um filho com êxito têm maiores chances de prolongar o intervalo de amamentação do próximo filho, comparadas a outras que nunca tiveram essa experiência tendo assim maiores chances de desmamarem os filhos de maneira precoce.

As orientações sobre a amamentação se mostraram satisfatórias para a maioria das participantes, tanto durante o pré-natal como no hospital, revelando que a decisão da mulher pode imperar nesse processo, e ainda mais associada a outros fatores que dificultam alactação. Chamou-nos a atenção a falta de engajamento das mesmas nos grupos de gestantes das unidades de saúde, o qual foi percebido a participação de apenas metade dessa população. De acordo com Tavares (2016) as orientações que as gestantes recebem durante o pré-

natal pelos profissionais de saúde não apresentam influência na atitude de aleitamento. Florindo (2018) reforça em sua pesquisa que as orientações realizadas pelos profissionais com relação à amamentação no pré-natal mostraram-se deficientes. Isso é preocupante do ponto de vista assistencial, já que, uma assistência ineficaz durante esse período prejudica a interação entre a mulher e o profissional de saúde, afetando também a troca de informações importantes para o processo de amamentação podendo assim essa deficiência assistencial estar relacionada ao desmame precoce.

Em relação ao tipo de parto, vimos que as participantes em sua maioria tiveram partos cirúrgicos, o que acaba interferindo no processo de amamentação devido ao vínculo interrompido entre a mãe a criança nas primeiras horas vida, além das possíveis complicações advindas no pós-cirúrgico, o que pode dificultar cada vez mais essa aproximação.



Em consonância, outro estudo demonstra que o parto cesáreo é um ponto considerável e que interfere no início do aleitamento materno, visto que as mulheres relatam sentir dores e incômodos devido à cirurgia, atrapalhando na maneira em posicionar a criança corretamente, sendo capaz de intervir na vontade da mulher para amamentar, assim como a demora na descida do leite devido uma pega incorreta do lactente (ANDRADE; PESSOA; DONIZETE, 2018).


Analisando a idade das crianças em que predominou o desmame observamos que isso aconteceu no período de um mês a dois meses de vida. Torquato et al. (2018) revelam que quando se trata de AME os casos mais comuns de desmame estão em crianças menores de quatro meses, que interfere na qualidade de vida da mesma, já que o principal objetivo do aleitamento materno é justamente assegurar uma alimentação de qualidade para o infante e com defesas imunológicas essenciais para prevenção de doenças na infância.

Quando avaliado o uso de chupeta, pôde-se constatar que a maior parte relatou oferecer esse dispositivo para os filhos, porém estudos sobre esse aspecto ainda são insipiente. Embora Santos (2018) tenha verificado a incidência de desmame entre o primeiro e o sexto mês, para aquelas que não utilizaram chupeta, os desmames que ocorreram especificamente até o final do segundo mês esteve relacionado ao uso de chupeta.

Ainda Oliveira (2019) adverte que o uso de chupeta deve ser identificado pelos profissionais da saúde como um fator prejudicial do aleitamento materno e, sendo assim, o mais relevante seria não somente o abandono da chupeta, mas sim uma experiência de identificar e resolver esses problemas.

Levando em consideração os motivos que levaram ao desmame mais citados pelas mães verificamos que as crenças populares podem ser influenciadoras nesse processo, uma vez que, o motivo mais citado foi o leite fraco. O pouco leite está em segundo lugar nos motivos, podendo estar relacionada à pega incorreta da criança e conseqüentemente a diminuição da produção do leite materno. Observamos também que outras complicações enfatizadas como enfermidades maternas, complicações pós-parto, entre outras, também colaboraram para esse resultado.

O mito sobre leite fraco está entre os principais motivos quando se refere à suspensão do aleitamento materno exclusivo em outros estudos, dessa maneira o conhecimento pode ser um grande aliado para a quebra desses mitos entre as mães. Santos (2018) explica que o mito mencionado é devido à consistência aguada do leite materno, quando igualado ao leite de vaca ou a outros leites. Essa consistência deve-se ao fato do leite materno obter em sua compostura



alto teor de água e, por falta de informação as mães creem que produzem um alimento insuficiente e que não satisfaz as necessidades do seu filho.


O trabalho em conjunto, a capacitação individual em diversas competências no âmbito interdisciplinar e a colaboração entre profissionais são essenciais para facilitar as ações de saúde. A atividade de enfermagem atua no intuito de impulsionar, promover e assistir o aleitamento materno, necessitando acontecer em conjunto e nas condutas dos demais profissionais, ao longo do pré-natal, o pré-parto, o nascimento, bem como as vacinações, teste do pezinho até a volta para o atendimento do puerpério. É fundamental que o grupo de saúde desenvolva uma função de receptividade para as mães e bebês, e torne acessível a aprendizagem e a explanação de questionamentos e apreensões, fazendo-se necessário amudança e alternância de conhecimento (ALMEIDA; LUZ; VIEGA UED; 2015).

Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro se identifica como um fortalecedor diante do apoio ao aleitamento materno, visto que são profissionais que têm em sua instrução capacitação para trabalhar adjunto com essas mulheres, com propósito de possibilitar uma maior adesão e, por consequência, ganhos das vantagens tragos pela amamentação para ambos. Nessa perspectiva acredita-se que, investigar os entendimentos a respeito dos influentes maternos e do aleitamento materno, é uma estratégia importante (FERREIRA, 2018).

Sabe-se que os impactos na saúde da criança relacionados ao desmame são muitos. Percebemos que o desmame, neste estudo, desencadeou em sua maioria problemas respiratórios e, em segundo, doenças diarreicas, vômitos, desidratação entre outras, que poderiam ser evitadas com o processo de amamentação exclusiva. Lima, Nascimento e Martins (2018) salientam que a mortalidade infantil causada por doenças infecciosas é seis vezes maior em crianças menores de dois meses que não receberam leite materno.

Em nosso estudo os aspectos relacionados à saúde da criança, o sobrepeso apresentou-se correlacionado ao processo de desmame induzido e, quando aplicado o teste de qui quadrado de Pearson foi verificada significância ($\text{sig}=0,040$). Albuquerque et al (2018), em seu estudo relatou que no desmame induzido as mães costumam oferecer vários alimentos aos bebês, o que pode habituar o paladar da criança a alimentos ricos em açúcar e influenciara aquisição de más hábitos alimentares.

Em suma, destacamos que o desmame precoce traz diversos malefícios para a saúde da criança, tendo como implicações o aumento da mortalidade infantil, como problemas



infecciosos e respiratórios, alergias, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, deficiência do desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, entre outros (ANDRADE et al., 2016).

CONCLUSÃO

Com a realização desse estudo foi notório, ao analisar o perfil sociodemográfico evidenciou-se que uma alta incidência dessas mães apresentam idade madura acima de 23 anos, formação regular já que a maioria possui ensino médio completo, predominantemente são casadas e com uma certa dificuldade financeira.


Então, constatamos que o desmame está associado ainda a fatores sociodemográficos especificamente o trabalho na gestação, pois ainda é um problema enfrentado por essas mulheres visto que, o rendimento financeiro e o retorno ao trabalho se mostram como um forte motivador para o desmame precoce dos infantes já que foram apresentadas associações entre desmame, responsabilidade financeira e licença maternidade das participantes dos quais o mesmo percebeu-se significância nos fatos.

As orientações realizadas pelos profissionais de saúde, especificamente pelos enfermeiros foram bem relatadas, porém, observa-se ainda uma ausência na participação dessas mães nos grupos de gestantes, o que acaba dificultando esse *feedback* e que às vezes acaba deixando alguma indagação para as mesmas.

Vemos a necessidade de cada vez mais conscientizar essas mães e conhecer suas dificuldades nesse processo, optar por criação de estratégias que sejam plausíveis para conduzirem essas gestantes até a atenção básica e assim receberem essas informações ficando cientes das consequências de suas atitudes, que podem vir interferir negativamente na saúde do seu bebê.

As crenças culturais e os conselhos de vizinhos e familiares ainda são fortes fatores para essa problemática, o fato das mulheres desacreditarem que produzem o alimento suficiente para seus filhos as levam a induzirem outros leites e desistirem da amamentação logo no início, a criança por vezes não está preparada para receber tal alimento agora e acaba levando-a a um dos resultados desse estudo, o sobrepeso. Nota-se que essas mulheres precisam ser cada vez mais motivadas, pois sabemos que o processo de amamentação não é fácil e por vezes requer muito esforço e dedicação.

Em conclusão, percebemos que existem ainda lacunas na literatura brasileira quando se trata de desmame precoce, os dados ainda são contraditórios, visto que muitos relatam o uso da chupeta e nesse estudo assim como muitos outros não teve associação. Sendo assim, vê-se



cada vez mais a necessidade de pesquisas desse cunho, pois as existentes são poucas e desatualizadas as que verificam a influência dos dados sociodemográficos, obstétrico e os impactos na vida dessa criança que é a principal afetada com esse processo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. O. et al. Hábitos Alimentares de Crianças com Até 6 Meses em Alimentação Complementar e/ou Desmame Precoce. **Revista Enfermagem Atual**, v. 2018, n. 86, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2HNKZyt>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2XpWzp3>. Acesso em: 12 de setembro de 2018.

ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2JMEuyc>. Acesso em: 17 de Maio de 2019.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ANDRADE, S. M. et al. **Fatores sociodemográficos, perinatais e ambientais relacionados à causas de internação anterior de crianças hospitalizadas por pneumonia**, p. 1-44, Piracicaba, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2W4wXMB>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.

ANDRADE, H. S; PESSOA, R. A; DONIZETE, L. C. V. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2JODM3q>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.


AZEVEDO, A. R. R. et al. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 439-445, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2QARO9dA>. Acesso em: 21 de outubro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <https://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em: 30 de setembro de 2018.

CORREIA, A; FERNANDES, O. **Aleitamento materno exclusivo: conhecimentos e práticas das mães de crianças inscritas na consulta de desenvolvimento infantil no Centro de saúde de Ribeirinha**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <https://bit.ly/30UZGXZ>. Acesso em: 17 de Maio de 2019.

COSTA, E. F. G. et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, v. 10, n. 1, p. 217-223, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2yWpdUe>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. 3ª ed. São Paulo: Editora Blucher, 2002.



FERNANDES, R. A. Q.; COSTA, E. F. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres participantes de grupos de incentivo ao aleitamento materno de comunidade carente. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 9, n. 1-2, p. 32-42, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2PaeWy2>. Acesso em: 23 de setembro de 2018.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciencia & saude coletiva**, n. 23, p. 683-690, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2D3jFdE>. Acesso em: 01 de outubro de 2018.

FLORINDO, A. K. F; SILVA, C. R; VALLE, N. S. B. O papel do enfermeiro no desmame precoce. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 27-13, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2WzQuZN>. Acesso em: 20 de Maio de 2019.

LIMA, A. P. C.; NASCIMENTO, D. S; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2FQxhMk>. Acesso em: 10 de setembro de 2018.

MARGOTTI, E; MARGOTTI, W. Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 860-871, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2Qycesah>. Acesso em: 15 de Maio de 2019.

MARTINS, M. E. G. Introdução as Probabilidades e Estatísticas. Lisboa: Sociedade, 2005.


MEDEIROS, J. M.; BARBOSA, A. G. Uso de medicamentos durante a lactação: um fator para suspensão do aleitamento materno. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, v. 2, n. 2, p. 504-513, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2yV645g>. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

MOURA, E. R. B. B. et al. dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n.2, p. 94-116, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2FemHP4>. Acesso em: 26 de setembro de 2018.

OLIVEIRA, H. J. P. et al. Determinantes socioeconomicos acoplados ao desmame precoce. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 12, n. 1 (ESP), p. 24, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2wv7a69>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.

SANTOS, P. V. et al. Desmame precoce em crianças atendidas na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 20, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/30XiYfe>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.

SILVA, L. F.; COSTA, A. B. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes condições socioeconômicas**. Centro universitário de Brasília – uniceub faculdade de ciências da educação e saúde curso de nutrição. 30p. Brasília-2018. Disponível em: <https://bit.ly/2Q6d7CV>. Acesso em: 08 de outubro de 2018.



SOUSA, M. S. et al. Aleitamento materno e os determinantes do desmame precoce. **Rev. enferm. UFPI**, v. 4, n. 1, p. 19-25, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2AOh3Pa>. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

SOUSA, R. L.; CANTANHÊDE, N. S. **Revisão da literatura acerca do papel da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno–infantil: prevenindo o desmame precoce.** 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2wsSe8z>. Acesso em: 26 de Maio de 2019.

UEMA, R. T. B. et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1Supl, p. 349-362, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2WyMokC>. Acesso em: 15 de Maio de 2019.



CAPÍTULO 22

SEGURANÇA DO PACIENTE CRÍTICO NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

- Márcia Rejane Alves de Sousa**, Enfermeira, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Materno Infantil
- José Ilton Lima de Oliveira**, Enfermeiro, Mestrando em Gestão e Inovação em Saúde, UFRN
- Joelson dos Santos Almeida**, Enfermeiro, Mestre em Saúde e Ambiente, Doutorando em Saúde Coletiva, UECE
- Carlos Leandro da Cruz Nascimento**, Enfermeiro, Especialista em Obstetrícia, Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
- Michelle Pereira de Medeiros**, Especialista em Obstetrícia e Neonatologia, Hospital Materno Infantil, Preceptora, UEMA
- Stevânia Silveira Trigueiro**, Especialista em Obstetrícia e Neonatologia, Hospital Materno Infantil
- Roseane de Castro Santos**, Enfermeira, Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Materno Infantil
- Fabiano Rossi Soares Ribeiro**, Enfermeiro, Especialista em Saúde Pública


RESUMO

No contexto brasileiro, pesquisas apontam que para cada dez pacientes que passam por processo de internação hospitalar, pelo menos um sofre um Evento Adverso. O Transporte Intra-Hospitalar de pacientes críticos é considerado uma fonte importante de EA's, pois frequentemente esse processo ocorre nas Unidades Internas Hospitalares e expõe pacientes à riscos inerentes ao deslocamento. Nesse sentido, artigo teve como objetivo identificar os principais Eventos Adversos que comprometem a segurança do paciente crítico no Transporte Intra-Hospitalar, fornecendo um panorama de pesquisas realizadas nos últimos 5 anos acerca da temática central deste estudo. Adotou-se como método uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, a partir da análise de estudos obtidos por meio de pesquisa nas plataformas eletrônicas Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com descritores de busca. Identificou-se que os principais EA's são clínicos, sendo complicações hemodinâmicas e paradas respiratórias. Além disso, foram identificados eventos não clínicos relacionados à equipamentos, dispositivos de saúde e falhas na comunicação profissional. Para garantir a assistência efetiva e a segurança do paciente crítico no Transporte Intra-hospitalar, é essencial a elaboração de protocolos de rotina e a capacitação dos profissionais para a implementação dessas estratégias no cotidiano de trabalho, visando a mitigação de EA's.

PALAVRAS CHAVE: Transporte seguro; Cuidados Críticos; Capacitação

INTRODUÇÃO

Os incidentes e Eventos Adversos (EAs) relacionados à assistência à saúde são responsáveis por comprometer o estado de saúde de pelo menos 42,7 milhões pacientes no



planeta a cada ano. Pensando no paciente crítico em contexto hospitalar, a fragilidade em que ele se encontra e os riscos aos quais está exposto exigem uma assistência especializada dos profissionais de saúde que garanta um cuidado humanizado, efetivo e seguro ao paciente (WHO, 2018; CANELLAS, 2020).


No contexto brasileiro, pesquisas apontam que para cada dez pacientes que passam por processo de internação hospitalar, pelo menos um sofre um evento adverso como quedas, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erro em procedimentos cirúrgicos, infecções e mau uso de dispositivos e equipamentos médicos (COUTO, PEDROSA, ROGES, 2016).

O Transporte Intra-Hospitalar de pacientes críticos é considerado uma fonte importante de EAs, pois frequentemente esse processo ocorre nas Unidades Internas Hospitalares, com pacientes oriundos das Unidades de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação Anestésica, Unidades de Cuidados Especiais ou Unidades de Internação, e os expõe à riscos como traumas, complicações hemodinâmicas e outras alterações fisiológicas (MELO et al., 2019).

O principal motivo para a realização desse procedimento (o transporte) é a necessidade de cuidados adicionais, que por vezes não são disponibilizados na unidade onde o paciente se encontra. A realização de testes diagnósticos e procedimentos terapêuticos são comumente solicitados aos pacientes que se encontram nesse estado, e provocam a necessidade de transferência ente setores dentro do próprio hospital, levando em consideração os riscos e benefícios da aplicação dos procedimentos (ALMEIDA, NONINO, 2016; CARNEIRO et al., 2017).

Considerando que o paciente crítico é aquele que “(...) que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte” (BRASIL, 2020, p.1), é essencial adotar um modelo de cuidado humanizado que atenda às necessidades de saúde do paciente e os previna de eventuais riscos relacionados ao TIH.

Em uma tentativa de minimizar os Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde no transporte do paciente, estratégias como a elaboração de protocolos são vistas como fortes aliadas para garantir a segurança do paciente crítico e diminuição no cenário do Transporte Intra-hospitalar (TIH), e tem sido intensificada desde a implementação dos Núcleos de Segurança do Paciente em Unidades Hospitalares no Brasil em 2014, pela portaria - instituído pela portaria MS/GM nº 529 (NOGUEIRA, CUNHA, 2020).



De acordo com o Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente (2019), em um estudo realizado entre 2014 e 2015, 40% dos transportes envolvendo pacientes críticos culminaram em Eventos Adversos, ocasionando prejuízos fisiológicos ao paciente que só eram observados em um momento posterior na Unidade de Terapia Intensiva. Esse dado preocupante traz à tona a importância de levantar a discussão sobre a segurança do paciente durante esse transporte.

Entendendo que o sucesso no TIH do paciente crítico para a mitigação de EAs depende diretamente da organização, do planejamento do trabalho e da implementação de medidas de segurança do paciente por parte dos profissionais de saúde, é essencial levar em consideração a importância identificar os fatores que dificultam esses processos visto que trata-se de uma população com grandes chances de complicações, sujeitas à instabilidades clínicas e fisiológicas constantes em decorrência do estado crítico em que se encontram.


A inquietação trazida pelos altos indicadores de Eventos Adversos que se relacionam ao processo de transporte intra-hospitalar do paciente crítico e os prejuízos que os mesmos ocasionam aos pacientes submetidos à essa situação possibilitou a criação da seguinte questão problematizadora: Quais os principais Eventos Adversos que comprometem a segurança do paciente crítico no Transporte Intra-Hospitalar?

A partir desse problema de pesquisa, o estudo objetiva identificar os principais Eventos Adversos que comprometem a segurança do paciente crítico no Transporte Intra-Hospitalar, fornecendo um panorama de pesquisas realizadas nos últimos 5 anos acerca da temática central deste estudo, coletadas em base de dados eletrônicas.

Espera-se que, a partir dos resultados adquiridos no estudo por meio da organização metodológica e sistemática da coleta de dados, a presente pesquisa de revisão integrativa favoreça um entendimento mais aprofundado da temática à comunidade acadêmica e população em geral, ao tempo que difunda evidências científicas capazes de embasar e orientar o trabalho de profissionais de saúde que atuam direta ou indiretamente no transporte intra-hospitalar do paciente crítico, nos diferentes seguimentos de atuação e contextos em que se insere.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. Este método reúne dados secundários reunidos a partir de estudos já publicados, possibilitando uma melhor compreensão e aprofundamento sobre determinado fenômeno ou acontecimento, capaz de apontar determinadas lacunas sob aspectos distintos de maneira a estimular o desenvolvimento de novos estudos (SILVA, CARVALHO, 2010).



Assim, foi realizado um levantamento bibliográfico com base nas bases de dados eletrônicas Google Acadêmico, Literatura científica e técnica da América Latina e Caribe (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde BVS.

A busca nas bases de dados adotando como termos de busca palavras-chave obtidas por meio da plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) utilizando os seguintes descritores acompanhados do operador *booleano* ‘and’: Transporte-intra hospitalar AND segurança do paciente AND paciente crítico.

Foram incluídos nesse estudo apenas pesquisadas publicadas entre os anos de 2015 a 2020, no idioma português, publicados na íntegra e que versaram estritamente ou parcialmente sobre a temática estudada, sendo excluídos deste estudo aqueles que não atingiram os critérios de inclusão estabelecidos.

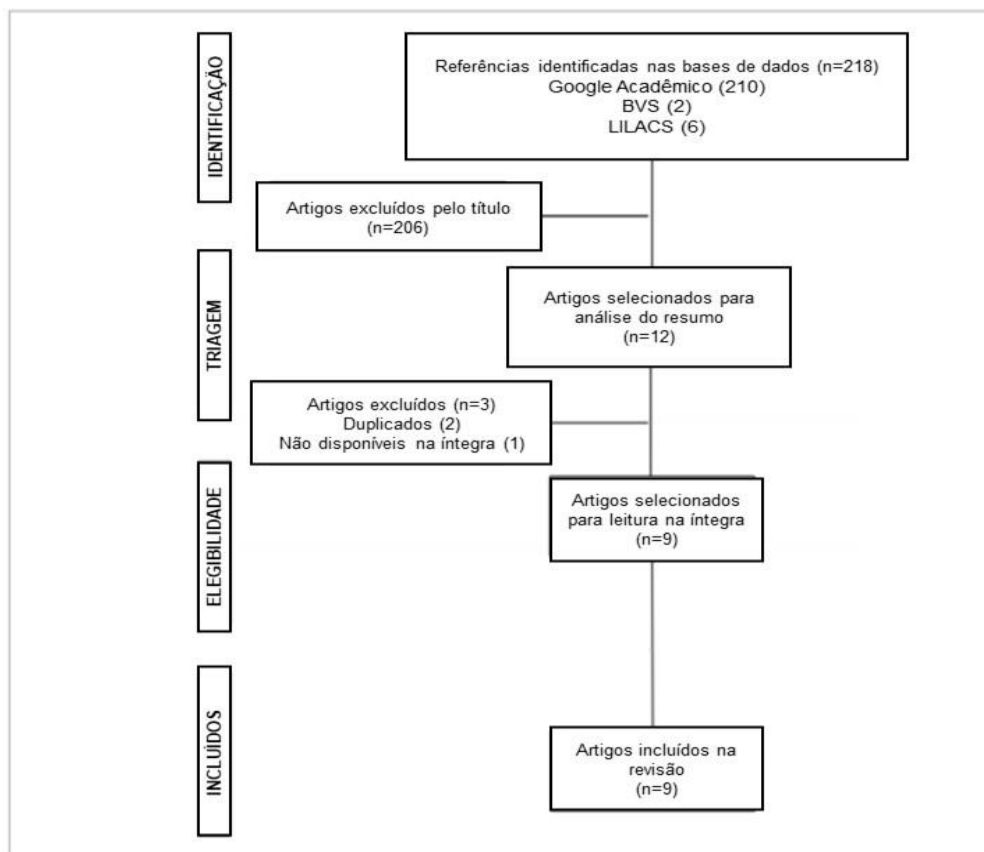
A partir do método de busca estabelecido, foram localizados 218 estudos no total, sendo encontrados na plataforma Google Acadêmico 210 artigos, 2 artigos na BVS e 6 artigos na LILACS. Em seguida, os estudos passaram por uma análise de títulos, onde 12 artigos foram pré-selecionados para uma leitura exploratória dos seus respectivos resumos, onde foi possível identificar 2 artigos duplicados e 1 indisponível para leitura na íntegra. Assim, 9 artigos foram selecionados para leitura completa, e, após análise crítica dos textos – estabelecendo uma relação com o objeto de estudo desta revisão- foram selecionados para compor este estudo.

Após a etapa de coleta de dados e o processo de seleção dos estudos, realizou-se a fase de análise e interpretação dos dados coletados, ou seja, a exposição dos dados secundários coletados inicialmente na etapa anterior. As pesquisas que compuseram esta revisão integrativa foram agrupadas metodologicamente em uma tabela contendo informações referentes aos artigos utilizados como objeto de estudo, tais como; a base de dados onde foi identificado, título do artigo, estado e ano da publicação, autores, o tipo de estudo e suas principais conclusões.

O processo de agrupamento dos estudos contendo as suas principais conclusões em tabela possibilitou a exposição dos resultados e a construção de categorias de discussão de forma ordenada, onde cada uma das categorias elaboradas na pesquisa correspondem a uma percepção dialógica percebidas na pesquisa, possibilitando a inclusão e citação dos autores dos estudos que compuseram o escopo dessa pesquisa de forma efetiva, além de favorecer o processo de comparação de resultados (e percepções) entre cada um deles.

A tabela com os resultados obtidos na fase de coleta de dados foi construída a partir da utilização do *software Microsoft Excel 2019*, levando em consideração o processo de seleção do estudo de forma criteriosa, conforme o fluxograma contido na figura a seguir.

FIGURA 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos que compuseram a revisão integrativa



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir apresenta aos leitores os artigos selecionados para esta revisão integrativa, com os dados referentes a base de dados onde foi identificado, título do artigo, estado e ano da publicação, autores, o tipo de estudo e suas principais conclusões.

Quadro 1: Artigos incluídos na Revisão Integrativa

Base de dados	Título	Ano	Autores	Tipo de estudo	Principais conclusões
Google acadêmico	A segurança no transporte do paciente crítico em	2019	SANTOS, B. Silva et al.	Revisão Integrativa	O procedimento de TIH deve ser realizada a partir da observação dos riscos e benefícios para o paciente. A equipe deve garantir as condições necessárias para



ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa

promover a segurança do paciente e minimizar os riscos. É necessário a criação de protocolos padrões para facilitar a comunicação entre as equipes.

As instituições hospitalares devem elaborar protocolos que definam ações de avaliação do estado clínico do paciente, checagem de equipamentos e dispositivos. O sucesso do TIH do paciente crítico depende de um bom planejamento, boa comunicação entre as equipes

Os profissionais envolvidos no TIH do paciente crítico necessitam de capacitações para avaliar corretamente o paciente e identificar fatores que comprometam a segurança do mesmo antes da realização dos procedimentos., evitando o surgimento de EA's.

O TIH do paciente crítico está relacionado à alta incidência EA's. Os piores desfechos relacionam-se a eventos não clínicos. Os profissionais necessitam de capacitação para melhorar os processos de avaliação do paciente e tomada de decisões coletivas por meio de comunicação efetiva;

A institucionalização de protocolos de rotina para o TIH promove melhorias na comunicação da equipe

Google acadêmico

Transporte seguro de pacientes críticos

2015

PIRES, A Fontanelli et al.

Revisão Integrativa

Google acadêmico

As implicações do Transporte intra-Hospitalar na segurança do paciente: revisão integrativa

2019

OLIVEIRA, A. Silva et al.

Revisão Integrativa

Google acadêmico

Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte.

2019

VEIGA, C. Veiga et al.

Estudo de Coorte

Google acadêmico

Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica


2015

SANROS, A. P. Lopes; FERRAO, S. A. Silva.

Revisão Integrativa



Google acadêmico	Transporte do paciente crítico no ambiente intra-hospitalar: uma revisão de literatura	2019	MARTINS, T. Silva,	Revisão Integrativa	multiprofissional, que, consequentemente diminui a ocorrência de eventos adversos clínicos e não clínicos, possibilitando melhores desfechos ao quadro clínicos pós deslocamento do paciente crítico. A melhoria do cuidado prestado está relacionada à aspectos de capacitação dos profissionais e a implementação de protocolos específicos à realidade de cada instituição.
Google acadêmico	Incidentes e eventos adversos no transporte intra-hospitalar em terapia intensiva	2018	SILVA, Renata et al.	Estudo transversal	O Transporte intra-hospitalar de doentes críticos é um procedimento que possui riscos inerentes. É imprescindível a realização de uma assistência que assegure a minimização dos fatores de riscos, e por consequência os EA's. Os riscos podem ser minimizados a partir da elaboração de protocolos e a capacitação da equipe.
BVS	Transporte de paciente crítico: um desafio do século xxi	2017	CARNEIRO, A. Carneiro et al.	Estudo transversal	Há ainda muitas barreiras que representam limitações para um TIH seguro ao paciente crítico. Dentre esses, infra-estrutura física dos hospitais, falta de capacitação dos servidores e não implementação de protocolos.
Google acadêmico	Visibilidade do transporte intra-hospitalar em unidade de terapia	2018	SILVA, Renata et al.	Estudo descritivo	Os profissionais tem conhecimento sobre segurança do paciente durante o TIH, mas a



intensiva: estudo
descritivo

implementação das medidas está condicionada a capacitação da equipe de forma integral, promovendo um protocolo operacional padrão que evidencie as atribuições de cada profissional envolvido no processo.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)


A leitura crítica e aprofundada dos estudos em evidência possibilitou a criação três categorias de discussão: Eventos Adversos e segurança do paciente crítico no TIH, A Comunicação no TIH do paciente crítico, A importância da capacitação da equipe multiprofissional.

3.1 Eventos Adversos e segurança do paciente crítico no TIH

Os estudos analisados, de uma maneira geral, enfatizaram a importância da implementação das metas de segurança do paciente elaboradas pela a Joint Commission International (JCI) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo: Identificação correta dos pacientes, comunicação efetiva, segurança de medicamentos de alta vigilância, assegurar segurança para cirurgias, redução do risco de infecções associadas aos cuidados em saúde e reduzir o risco de quedas. Essas metas possuem um importante papel de estabelecer medidas estratégicas que venham de encontro as necessidades de saúde do paciente e a mitigação de Eventos Adversos.

Martins (2019) define EAs como sendo complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Junto com os demais autores, afirma que eles podem ser divididos em EAs clínicos e não clínicos. Os clínicos estão relacionados a condições fisiológicas próprias dos pacientes, inerentes ao processo do cuidar, e os não clínicos são fatores externos como falhas humanas e/ou equipamentos e/ou dispositivos utilizados no processo que podem comprometer a segurança do paciente.

O estudo de Santos e Ferrão (2015) relata que o processo de TIH por si só expõe os pacientes a determinados riscos, que, por vezes, nem se tratam de EA (relacionados diretamente à assistência à saúde – profissional x paciente), mas também incidentes relacionados a fatores como falhas de equipamentos e dispositivos utilizados durante o transporte do paciente. Trata-




se de um procedimento de rotina hospitalar, geralmente realizado na admissão de pacientes, realização de exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos ou cirúrgicos, transferência entre unidades hospitalares e a alta.

Carneiro (2017) aponta que o TIH é responsabilidade das equipes multiprofissionais, Médicos, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Auxiliares, Fisioterapeutas e outras. Mas relata que, a depender do estado clínico do paciente (baixo risco, médio risco e alto risco), esse procedimento deve estar sob supervisão de pelo menos um profissional de Enfermagem para acompanhar a condição de saúde do paciente de maneira intensiva.

Santos et al. (2019) ressalta que pacientes críticos, especialmente aqueles localizados em Unidades de Terapia Intensiva, necessitam da continuidade intensiva do cuidado durante o processo de transporte intra-hospitalar, com assistência capacitada que assegure a eficiência e eficácia dos procedimentos realizados com vistas a minimização de possíveis EAs, mesmo os relacionados aos equipamentos e dispositivos.

Carneiro (2017) afirma que a remoção de pacientes de um ambiente seguro como a UTI para a realização de um TIH associa-se a 4,2 a 70% de complicações. Os achados na pesquisa de Silva (2018), que buscou investigar a ocorrência de incidentes e EAs no TIH de pacientes de uma UTI, evidenciaram incidências de desconexões e perdas de cateter arterial invasivo, retiradas não programadas de cateter de oxigênio, perda de cateter venoso central, perda de cateter venoso periférico e desconexão de sonda vesical de demora. Relacionados aos equipamentos, constatou ocorrências com término da bateria da bomba de infusão intravenosa contínua, término do gás de oxigênio do cilindro e mau funcionamento do oxímetro.

A preocupação demonstrada pelos autores e o incentivo a uma atenção integral baseada na adoção de medidas de segurança previstas em protocolos institucionais e direcionadas ao paciente crítico durante o THI ocorre pelos dados evidenciados em seus estudos ao citarem os principais riscos clínicos inerentes a esse procedimento. Para os autores Oliveira et al. (2019), Silva et al., (2018) e Silva e Pádua (2019) é relatado que as principais complicações que o paciente pode sofrer em decorrência dos riscos do transporte intra-hospitalar são paradas cardiorrespiratória que resultam, principalmente, em instabilidade fisiológica com prejuízo na oxigenação tecidual. Oliveira et al., (2019) enfatiza que há também a grande prevalência de Hipertensão grave, arritmia e obstrução de vias aéreas, cabendo a equipe médica decidir sobre se os benefícios a serem promovidos superam os riscos.



Esses estudos evidenciaram os principais Eventos Adversos Clínicos do paciente durante ou após o processo de TIH. Pies et al., (2015) reforça que a figura do paciente crítico no contexto hospitalar deve ser observada com bastante atenção por parte dos profissionais de saúde, destacando o estado de fragilidade clínica e até psicológica dos mesmos, qualquer falha na assistência de não adoção de medidas preventivas de segurança do paciente podem ocasionar problemas potencialmente capazes de leva-lo ao óbito.


3.2 A Comunicação no TIH do paciente crítico

A Comunicação efetiva entre profissionais de saúde constitui-se como uma das metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde a serem alcançadas ao longo dos anos, sendo considerada como um aspecto do cuidar capaz de elevar a qualidade na assistência prestada e melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde (BRASIL, 2018; FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

Carneiro et al. (2017) afirma em seu estudo que o sucesso no TIH do paciente crítico é estabelecido a partir do momento em que há efetiva comunicação entre os profissionais de saúde envolvidos no processo, visando estabelecer boas relações com os diferentes setores e/ou unidades hospitalares de origem e destino envolvidas.

O Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente aponta que, em pelo menos 70% casos, as causas raízes dos eventos adversos estão relacionados a falhas na comunicação das equipes multiprofissionais de saúde que resultaram em problemas que poderiam ser evitados. Grande parte das falhas de comunicação ocorrem durante a transmissão/transferência de informação na transição do cuidado, envolvendo a omissão de informações, falta de clareza nos registros, contexto errado, informação para a pessoa errada, informação errada e comunicação inapropriada.

As falhas de comunicação Inter equipes são apontadas pelos autores como os principais eventos não clínicos que comprometem a segurança do paciente, apontando desfechos negativos para pacientes que sofreram com esse EA. A pesquisa de Santos et. al (2018) apontou que as falhas de comunicação são responsáveis por 60% dos EA's em pacientes transportados, e que geralmente elas acontecem devido a realização do TIH de forma desnecessária. Ou seja, os pacientes são deslocados da unidade de origem até a unidade de destino e, devido a falta de comunicação entre os profissionais de cada setor e a não pactuação para a realização do procedimento, o paciente fica exposto à riscos que comprometem a sua segurança.



Veiga et al. (2019), em seu estudo que buscava investigar a incidência de EAs relacionados ao TIH em um hospital de grande porte, demonstrou preocupação ao observar uma taxa de incidência de 29% a falhas envolvendo comunicação entre os profissionais. Embora tenha comparado seus achados à outros estudos e percebido que os incidentes relacionados à fatores não clínicos do pacientes estavam em níveis inferiores a maior parte das pesquisas investigadas, ele percebeu que os casos envolvendo falhas na comunicação geraram piores desfechos clínicos aos pacientes, comprometendo a sua segurança e apontando a necessidade da adoção de práticas que melhorem os processos comunicacionais nos ambientes hospitalares para evitar a exposição de riscos ao paciente.


Os resultados de Carneiro et al. (2017) divergiram, detectando uma taxa de incidência de falhas de comunicação ainda menor (7%), mas, na mesma perspectiva de Veiga et al. (2019), considerou-as como alvos de estratégias, levando em conta o impacto que podem imprimir sobre a segurança e a vida dos pacientes.

Oliveira et al. (2019) relata a importância da adoção de medidas de segurança do paciente, de forma a evitar os danos desnecessários ocasionados sem a intenção do profissional de saúde. Santos et. al. (2018) chama atenção ao relatar que a comunicação deve ser um processo recíproco e dinâmico, que facilite e promova o desenvolvimento profissional e amadurecimento até mesmo em aspectos pessoais.

Silva e Pádua (2019) entendem a comunicação como o ponto chave para a redução de EA's relacionados ao transporte hospitalar. Isso porque na fase de pré-transporte do paciente crítico uma comunicação eficaz promove uma melhor interação entre as equipes envolvidas, fazendo-os decidirem coletivamente sobre a escolha do melhor trajeto, levando em consideração o tempo para o transporte.

Santos e Ferrão (2015) revelam a existência de protocolos específicos de comunicação efetiva no ambiente hospitalar como os nomeados de checklist, e recomenda a adoção dos mesmos. Todavia, ressalta que os núcleos de segurança do paciente instituídos a partir do Programa Nacional de Segurança do paciente (PNSP) – estabelecido pela portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 – devem ativamente buscar estratégias para assegurar a adoção dos mesmos pela equipe multiprofissional e promover discussões que possibilitem o entendimento e a importância da adoção de determinadas medidas para a segurança do paciente.

A partir da adoção dessas medidas, os profissionais poderão promover uma assistência co-responsabilizada, compartilhando informações mais precisas aos demais membros da equipe



envolvidos no processo do cuidar, informando corretamente os equipamentos a serem utilizados em cada transporte, a avaliação do paciente (o estado que ele se encontra) e a identificação correta do mesmo, tanto em aspectos verbais como em registros. Assim, o TIH do paciente será muito mais seguro e efetivo, e evitará EAs como instabilidades hemodinâmicas ou respiratórias.


3.3 A importância da capacitação da equipe multiprofissional

Embora a capacitação dos profissionais envolvidos no TIH do paciente crítico não seja considerada exatamente como um Evento Adverso, a criação desta categoria de discussão relaciona diretamente os achados dos estudos com a incidência de EA's no TIH de pacientes críticos.

Conforme já visto anteriormente, os estudos evidenciaram que os principais Eventos Adversos clínicos são as paradas cardiorrespiratória que resultam, principalmente, em instabilidade fisiológica com prejuízo na oxigenação tecidual. Mas também constataram EA's não clínicos, envolvendo falhas em equipamentos e dispositivos de saúde, ao tempo em que destacaram a comunicação como sendo o principal evento não clínico com potencial de comprometer a segurança da saúde do paciente crítico.

A relação desses fatores com o aspecto da capacitação do profissional de saúde surge a partir da observação de que os piores cenários clínicos são referentes à instabilidade nos sinais vitais do paciente. Tendo em vista essas questões, Oliveira et al. (2019), Veiga et al. 2019, Pires et al. (2015), Santos et. al. (2018) percebem que quando o profissional não tem preparo suficiente para entender a necessidade de manter a monitorização dos pacientes no processo de TIH, - critério obrigatório, conformem o conjunto de diretrizes elaborado em 2004 pelo American College of Critical Care Medicine - esse fator pode comprometer a segurança do mesmo, uma vez que ele não estará apto a perceber as alterações clínicas do paciente e promover ações que venham de encontro às necessidades do momento.

Quando Carneiro (2017) afirma que a remoção de pacientes de um ambiente seguro como a UTI para a realização de um TIH associa-se a 4,2 a 70% de complicações, percebe-se um outro aspecto também relacionado à capacitação da equipe multiprofissional, entendendo que sem a capacitação adequada sobre esses riscos e a não adesão à uma comunicação efetiva com os demais profissionais da equipe, o profissional tende a cometer o equívoco de transportar o paciente sem levar em consideração os fatores que põe em risco a segurança do paciente crítico.




Nesse aspecto, um outro fator destacado por Santos et al. (2018) é a não adesão de protocolos institucionais de segurança do paciente no TIH. O interessante nesse posicionamento é que ele não conseguiu constatar se a não adesão estava relacionada à conduta dos profissionais ou o conhecimento deles frente aos protocolos. Esse é um interessante ponto de discussão, pois, mesmo havendo estratégias existentes para a mitigação de EA's relacionadas ao TIH, se os profissionais não sofrem a capacitação necessária, a implementação de procedimentos seguros que sigam à risca àquilo que está escrito na rotina hospitalar estará comprometida. Essa relação entre capacitação e EA's no TIH torna-se explícita por esta ótica.

Já Martins e Pádua (2018) evidenciam a necessidade da capacitação desses profissionais ao observarem à falta de registros de enfermagem antes e após o transporte. Os fatores de registro e de comunicação entre os profissionais de saúde são importantes nesse cenário para notificação de determinadas situações, como por exemplo: as falhas de equipamentos de monitoração do paciente.

Um registro correto contendo o relato de que determinado equipamento está com mau funcionamento seria suficientemente essencial para que o outro profissional perceba a constatação do primeiro e assim providencie uma solução para a problemática exposta pelo companheiro, e não utilize o equipamento defeituoso durante o TIH, evitando assim um possível EA.

Todos os autores destacaram a importância da capacitação para garantir a segurança do paciente crítico no Transporte-Intra hospitalar. Carneiro et al. (2017) afirma que “recursos humanos capacitados torna-se essencial no manejo e gestão de instrumental de alta tecnologia utilizados no cuidado”. Santos et al. (2018) que relata a presença de uma equipe capacitada, que entenda a importância dos protocolos para garantir um TIH seguro ao paciente, especialmente os pacientes críticos, é um fator essencial para garantir um cuidado especializado que minimize fatores de risco em ambiente hospitalar.

Silva et al. (2019) resume essa consecução de fatos ao deixar claro a sua visão sobre a importância da capacitação profissional. Para ele, a capacitação dos profissionais é o elemento mais importante, pois somente ela irá possibilitar a postura efetiva do profissional frente o TIH, isso compreende desde a abordagem inicial do paciente na realização de avaliação a partir de exames diagnósticos e terapêuticos à beira, até a adesão de protocolos estabelecidos pela instituição para garantir a segurança do paciente crítico.



Fica explicitada a importância da capacitação para a mitigação dos EA's, pois ela relaciona-se intimamente com a efetividade da assistência ao paciente crítico no TIH. Apesar de parecer ser uma ação apenas direcionada aos profissionais, a implementação da mesma reflete positivamente na segurança do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados apontaram altas taxas de EA's relacionados ao TIH do paciente crítico. Os principais EA's apontados pelos estudos foram relacionados ao estado clínico do paciente, sendo as complicações hemodinâmicas e paradas cardiorrespiratórias as mais incidentes.

Apesar de ser um procedimento com riscos inerentes, principalmente devido a situação crítica do paciente, as pesquisas também apontaram a ocorrência de eventos não clínicos, destacando inefetividade na comunicação entre os profissionais de saúde durante o deslocamento desses pacientes potencialmente capazes de gerar piores desfechos clínicos.


Diante disso, é necessário destacar a importância da implementação de protocolos de segurança do paciente e capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no processo como sendo as principais soluções para a mitigação dos casos, pensando tanto na efetividade dos aspectos comunicacionais como na efetividade da realização de procedimentos de segurança antes, durante e após o TIH. Assim, os profissionais serão capazes de minimizar os riscos e promover a segurança do paciente crítico no contexto em que ele se encontra.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Henrique; NONINO, Eleine aparecida penha. **Eventos adversos no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em um hospital filantrópico**. 2016. Dissertação (Mestrado em ciências da saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000206497>.

SANTOS, Bruna Silva. A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Espaço Saúde**, Curitiba, v.20, n.2, p. 90-101, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1046436>. Acesso em: 07/01/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. **Comunicação Efetiva**. 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/2.-Seguranca-do-Paciente-comunicacao-efetiva.pdf>. Acesso em: 09/01/2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068#:~:text=Define%2Dse%20como%20paciente%20cr%C3%ADtico,vital%20com%20risco%20de%20morte..> Acesso em: 07/01/2021

CANELLAS, Madalena et al. Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crítico: A scoping review. **Rev. Elet. Enfermeria**, Murcia, v.1, n.60, p. 1-16, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/Samsung/Downloads/411831-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1511921-1-10-20200923.pdf>. Acesso em: 14/01/2021.

CARNEIRO, Tatiane Aguiar. TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO: UM DESAFIO DO SÉCULO XXI. **Revista de Enfermagem**, Recife, v.11, n.1, p.1-7, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30273>. Acesso em: 16/01/2021.

COUTO, R.C; PEDROSA, T.G.M; ROSA, M.B. **Construindo um sistema de saúde mais seguro**. Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Suplementar, BH, 2016. Disponível em: <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2016/10/Estudoeventos-adversos-no-Brasil-2016.pdf>. Acesso em: 19/11/2020. 16/01/2021.

Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. **Transporte de pacientes intra-hospitalar: riscos e prevenção de eventos adverso**. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/transporte-de-pacientes-intra-hospitalar-riscos-e-prevencao-de-eventos-adversos/>. Acesso em: 05/02/2021

MARTINS, Tays da Silva; PÁDUA, Vazinia. Transporte do paciente crítico no ambiente intra hospitalar: uma revisão de literatura. **Rev. Ele. Acervo Saúde**, v.11, n.7, p.1-7, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/608>. Acesso em: 16/01/2021.

MELO, Leonardo nogueira et al. Avaliação do transporte crítico de pacientes: Uma revisão sistemática. **Rev. Ele. Enfermeria**, Murcia, v.1, n.57, p. 1-11, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n57/pt_1695-6141-eg-19-57-615.pdf. Acesso em 25/02/2021

NOGUEIRA, Vacince Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina. Identificando as Competências da Equipe de Saúde no Transporte Intra-Hospitalar em Pacientes Críticos Adultos. **TESELA**, São Paulo, v.1, n.26, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/ts/article/view/e11637>. Acesso em: 16/01/2021.

OLIVEIRA, Adrielly Silva *et al.* AS IMPLICAÇÕES DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR NA SEGURANÇA DO PACIENTE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Ciência Plural**, Natal, v.3, n.5, p. 103-119, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047379>. Acesso em: 16/01/2021.

PIRES, Alessanda Fontinelli *et al.* Transporte Seguro de Pacientes Críticos. **Rev. Re. Cui. Saúde**, Rio de Janeiro, n.1, v.1, p. 1-4, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2531>. Acesso em: 16/01/2021.

SANTOS, Ana Patrícia Lopes; FERRÃO, Ana Alessandra Silva. Comunicação Efetiva na Transferência da Pessoa em Situação Crítica. **Repositório Comum**, Lisboa, n.1, v.1, p. 1-34, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/16403>. Acesso em: 16/01/2021.



SILVA, Renata *et al.* INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR EM TERAPIA INTENSIVA. **Rev. Enf. Oeste Mineiro**, MG, v.1, n.8, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2805>. Acesso em: 16/01/2021.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa. o que é e como fazer. **Scielo**, v.1, n.1, p. 1-5, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 14/02/2021.

VEIGA, Viviane Correia *et al.* Eventos adversos durante transporte intra-hospitalar de pacientes críticos em hospital de grande porte. **Rev. Bras. Tera. Intensiva**, São Paulo, v.31, n.1, p. 1-7, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2019000100015. Acesso em: 16/01/2021.

World Health Organization. **10 fatos sobre a segurança do paciente**. 2018. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/10%20fatos%20sobre%20a%20seguran%C3%A7a%20do%20paciente.pdf>: Acesso em: 10/01/2021.



CAPÍTULO 23

ANÁLISE DE CLUSTERS NA ASSISTÊNCIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO ÂMBITO DO SUS DAS REGIÕES DE CORNÉLIO PROCÓPIO E LONDRINA NO ANO DE 2019

Rogério Mendonça Martins, Doutor em Agronomia, UNESP, Professor de Estatística, UENP
Meiri das Graças Cardoso, Mestre em Ensino de Matemática, UTFPR, Professora de Matemática Colégio Positivo Santa Maria


RESUMO

Este artigo busca discutir e levar uma reflexão sobre o número de atendimentos ao usuário do Sus para a população em geral. A problemática em analisar as questões relacionadas à oferta de serviços de internação hospitalar por parte do SUS consiste em uma ferramenta no âmbito das políticas públicas pró saúde que pode auxiliar o processo de gestão dos gastos públicos no referido setor. A falta de um atendimento adequado e de qualidade para a população tem levado uma grande massa de usuários a ter que passar por longas esperas a fim de ser atendido por um médico que muitas vezes não condiz com a necessidade do momento em que a pessoa precisa para ser atendida. Sob este contexto, o objetivo geral proposto neste artigo consiste em empregar a metodologia de análise de clusters para identificar aspectos da assistência de internação hospitalar realizadas no âmbito do SUS nas regiões de Cornélio Procópio - PR e Londrina - PR. A Análise centra-se em amostras de UBSs localizados na região do município de Cornélio Procópio e Londrina. Com vistas a auferir incrementos comparativos dos resultados, aplica-se a técnica de clusters para agrupar os municípios semelhantes no que concerne aos seus inputs. Entende-se que os resultados aqui auferidos podem contribuir para fortalecer a discussão em âmbito regional, do papel das ferramentas que irão balizar a elaboração de políticas públicas no setor de saúde da referida região.

Palavras-chave: Clusters, Internação hospitalar, SUS.

INTRODUÇÃO

A falta de um atendimento adequado por parte do Sistema Único de Saúde (SUS) afeta diretamente a camada mais baixa da população que diretamente sofre com seu atendimento sendo agravado pelo grande volume da demanda que na maioria das vezes não conseguem absolver o número de atendimentos necessário para um atendimento de qualidade. O SUS é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde. (Secretaria de Estado de Saúde, 2020). Mas sobretudo devido a grande quantidades de pessoas existem áreas onde a sobrecarga é muito superior a



adequada, afetando significativamente o atendimento dos mesmos. O trabalho consiste em diagnosticar as possíveis áreas homogêneas de atendimento das mesmas e verificar o papel do Estado quanto a assistência a essa camada da população, promovendo possíveis apontamentos para um melhor funcionamento das unidades.

REFERENCIAL TEÓRICO

Medidas descritivas para amostras multivariadas

A teoria necessária para o desenvolvimento do método está baseada na literatura de Mingoti (2005), onde o estudo apresenta medidas descritivas para amostras multivariada dos dados. Da análise exploratória constarão as medidas descritivas de posição e variabilidade da estrutura multivariada representadas pelos vetores de médias necessários para o desenvolvimento do método.

Medidas de posição para um conjunto de dados: Considere uma variável X com observações representadas por x_1, x_2, \dots, x_n . A média desse conjunto é a soma dos valores dividida pelo número total de observações, isto é:

$$\bar{X}_{\text{obs}} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$


Vetor de médias amostrais. O vetor de médias μ será estimado pelo vetor \bar{X} de médias amostrais, em que \bar{X}_j representa a média da j -ésima variável com $j = 1, 2, \dots, p$ dada por:

$$\bar{X}_{p \times 1} = \begin{bmatrix} \bar{X}_1 \\ \bar{X}_2 \\ \dots \\ \bar{X}_p \end{bmatrix} \quad \text{sendo} \quad \bar{X}_j = \sum_{i=1}^p X_p \quad j = 1, 2, \dots, p.$$

Análise de Agrupamento

A análise de agrupamento (cluster analysis) é um termo usado para descrever diversas técnicas numéricas, cujo objetivo fundamental é classificar os valores de uma matriz de dados, sob estudos, em grupos na conversão em uma matriz de dissimilaridade.

A técnica classificatória pode ser utilizada quando se deseja explorar as similaridades entre indivíduos ou entre variáveis definindo-os em grupos. No procedimento todas as variáveis



são medidas em cada indivíduo e em todos os indivíduos para cada variável. A similaridade entre elementos é obtida através de coeficientes específicos para cada tipo de variável (discreta, contínua, binária, etc).

Algoritmo de agrupamento

Algoritmo é uma sequência de passos que permite que um problema possa ser resolvido no computador de maneira automática e repetitiva. É preciso também, definir como os dados serão processados e armazenados no computador, onde sua solução está baseada em dois pontos: a sequência de passos e a forma como os dados serão armazenados. Uma coleção de diferentes algoritmos que agrupam objetos é chamada análise de agrupamento.

Um bom algoritmo de agrupamento caracteriza-se pela produção de classes de alta qualidade, nas quais a similaridade intra-classe é alta e a inter-classe é baixa. A qualidade do resultado depende do método utilizado para medir esta similaridade, normalmente baseado em análise de distância entre pares de objetos, e da habilidade em descobrir algum ou todos os padrões escondidos (AURÉLIO, 1999).

Para a formação dos grupos na classificação em métodos hierárquicos e não hierárquicos são utilizados os algoritmos. Os métodos hierárquicos aglomerativos são formados através de uma matriz de similaridade, onde se procuram os dois objetos mais semelhantes, a partir daí o par de objeto é agrupado formando um único indivíduo. Uma nova matriz de similaridade é formada onde se identifica novamente o par mais semelhante para formar um novo grupo. O procedimento se repete até que todos os objetos fiquem em um só grupo.

Na formação dos conglomerados serão necessários alguns métodos de maior utilização pelos softwares estatísticos e também pela sua diferença quanto à função usada para o cálculo repetido dos coeficientes de similaridade entre novos agrupamentos.

Para formalizar esta etapa considera-se os agrupamentos l e k contendo r_l e r_k elementos, em que esses números são maiores ou, no mínimo, iguais a 1. Se os agrupamentos l e k se unem, isto é indicado como (l, k) com $r_{l,k} = r_l + r_k$ indivíduos.

Para aplicar a técnica de análise de agrupamento será utilizado o método hierárquico aglomerativo que tem como função operar a matriz de similaridade, à partir de cada objeto como sendo grupo inicial.

O algoritmo descrito abaixo foi utilizado para a formação dos agrupamentos.

Método do vizinho mais próximo (“Single Linkage Method” – SLM)

Neste método as ligações entre elementos (UBS's) e grupos ou entre grupos são feitas por ligações simples entre pares de objetos.

Uma população P_j candidata-se a um agrupamento quando apresenta uma distância a este agrupamento igual à sua menor distância com relação aos membros do agrupamento. A distância entre dois agrupamentos l e k será dada por:

$$d_{l,k} = \min_{\substack{l \in L \\ k \in K}} d_{l,k}$$

Definição do número de grupos

É de grande importância saber como se deve proceder para a escolha do número g de grupos para definir a partição do conjunto de dados analisados.

Ao usarmos diferentes algoritmos temos o surgimento de diferentes agrupamentos. Isso leva a conclusão de que não existe qualquer procedimento de seleção padrão e objetivo. Para definir o número de grupos foi adotado como critério, o bom senso.

A seguir decidiu-se trabalhar com o gráfico de silhueta para obter os agrupamentos.

Gráfico de silhueta

O gráfico de silhueta mede a qualidade dos *cluster* com base na proximidade entre os padrões de um *cluster* e na distância dos padrões de um *cluster* ao mais próximo. As silhuetas mostram quais padrões estão bem situados dentro dos seus *clusters* e quais estão fora de um *cluster* apropriado.

METODOLOGIA

Para verificar os perfis do número de atendimentos do SUS nas UBSs da Macrorregional Norte de Saúde do Paraná, foram selecionados 97 municípios na formação dos grupos, e o registro nacional do banco de dados do Ministério da Saúde.

Foi utilizado a metodologia de Análise de Agrupamento para diagnosticar as regiões onde há maior utilização do SUS pela população a fim de apontar políticas públicas para um melhor aproveitamento dos recursos referente a pasta da saúde. O método a ser empregado foi o Método do vizinho mais próximo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para verificar os perfis do número de atendimentos SUS nas UBS's da Macrorregional Norte de Saúde, que inclui as regionais de Saúde: 16^a de Apucarana, 17^a de Londrina, 18^a de Cornélio Procópio, 19^a de Jacarezinho e 22^a de Ivaiporã, totalizando 97 municípios. Foi feita a análise de clusters usando o pacote cluster (24) do software R Core Team (2020), com o objetivo de identificar similaridades e diferenças em relação ao número de atendimentos realizados. O número de clusters foi definido de acordo com o coeficiente do critério “*silhouette*” (25). Esse coeficiente varia de -1 a 1, e valores maiores que 0,5 indicam alta qualidade dos clusters.

Foram identificados 12 clusters, com o coeficiente do critério “*silhouette*” = 0,55. O maior (cluster 5) é formado por 15 cidades e o menor (cluster 11) por 4 cidades (Figura 1).

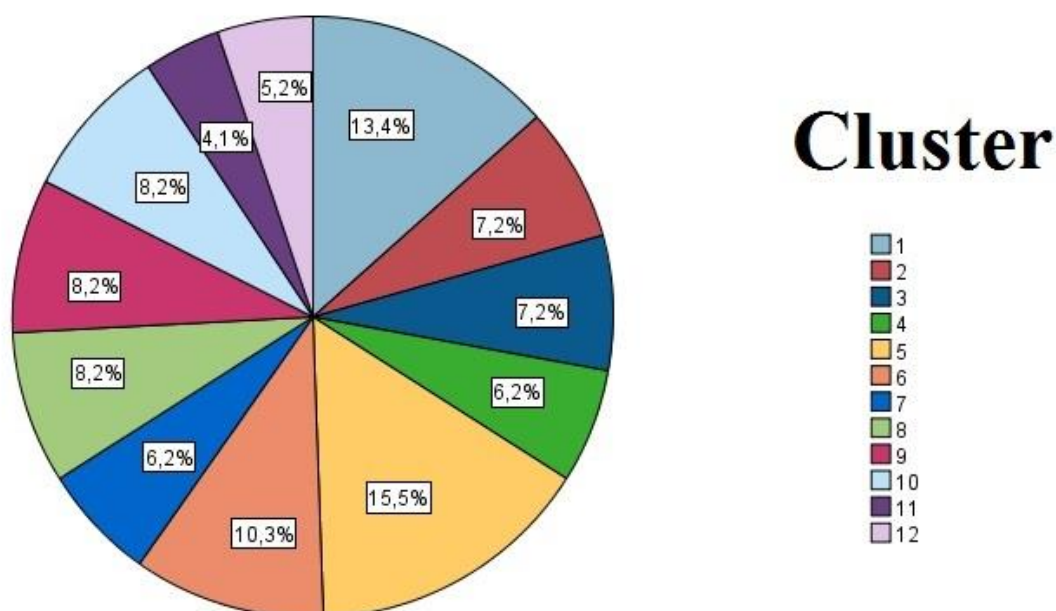


Figura 1 – O autor

Para verificar os atendimentos realizados durante o ano de 2019 pelos 97 municípios, foram considerados os clusters com as respectivas cidades, as médias anuais de atendimento de cada cluster com os respectivos coeficientes de variação.

MÉDIA E COEFICIENTE DE VARIAÇÃO POR CLUSTER

CLUSTERS	CIDADES	MÉDIA	CV
1	Abatiá, Arapuã, Jaboti, Japira Jundiá do Sul, Leópolis, Marilândia do Sul, Novo Itacolomi, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rio Branco do Ivaí, Santana do Itararé, São José da Boa Vista.	5,04	6,25
2	Apucarana, Arapongas, Cambé, Ibiporã, Ivaiporã, Jandaia do Sul, Santo Antônio da Platina.	35,11	47,29
3	Bom Sucesso, Congonhinhas, Jaguapitã, Mauá da Serra, Santa Mariana, Sapopema e Sertaneja.	7,02	1,49
4	Borrazópolis, Centenário do Sul, Jardim Alegre, Pinhalão, Rosário do Ivaí e Tomazina.	7,99	2,98
5	Califórnia, Cambira, Figueira, Jataizinho, Kaloré, Marumbi, Mato Rico, Ribeirão Claro, Ribeirão do Pinhal, Rio Bom, Sabáudia, Salto do Itararé, São Pedro do Ivaí, Sertanópolis e Uraí.	6,07	6,66
6	Assaí, Bela Vista do Paraíso, Faxinal, Florestópolis, Grandes Rios, Joaquim Távora, Porecatu, Santa Maria do Oeste, São Jerônimo da Serra e São João do Ivaí.	9,30	4,82
7	Alvorada do Sul, Andirá, Manoel Ribas, Nova Tebas, Tamarana, Wenceslau Braz.	11,46	4,73
8	Cafeara, Conselheiro Mairinck, Cruzmaltina, Itambaracá, Nova América da Colina, Nova Fátima, Nova Santa Bárbara, Santo Antônio do Paraíso.	2,93	5,15
9	Ariranha do Ivaí, Carlópolis, Guapirama, Miraselva, Pitangueiras, Quatiguá, Rancho Alegre e Santa Amélia.	2,44	22,44

10	Barra do Jacaré, Godoy Moreira, Guaraci, Lidianópolis, Lunardeli, Lupianópolis, Santa Cecília do Pavão e São Sebastião da Amoreira.	3,99	0,74
11	Cândido de Abreu, Cornélio Procópio, Jacarezinho e Londrina.	46,94	95,34
12	Bandeirantes, Cambará, Ibaiti, Rolândia e Siqueira Campos.	17,55	8,52

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho pode-se concluir que dos 12 clusters identificados pelo critério Silhouette de 0,55, houve uma alta qualidade dos agrupamentos, demonstrando que os mesmos encontram-se alinhados. Verificamos que o agrupamento 5 com um maior número de cidades com baixo volume populacional obteve uma baixa média de atendimentos nas UBS's e o agrupamento 11 com um menor número de cidades (porém, com uma média e coeficiente de variação elevado), obteve uma alta média de atendimento nas UBS's.

Diante do exposto conclui-se que, mesmo com clusters com maiores quantidades de cidades, pode-se identificar uma média baixa de atendimentos, percebe-se que num bloco menor de cidades com alto índice populacional a média de atendimentos sobe a níveis expressivos.

A análise de cluster ou agrupamento mostrou-se efetiva no caso em análise para dar suporte à elaboração de políticas públicas, em especial às cidades com maior volume populacional o que refletirá em atendimentos mais equitativos, inclusivos e mais humanizado.

REFERÊNCIAS

- ANDERBERG, M. R. Cluster analysis for applications. London: Academic Press, 1973. 359 p.
- AURÉLIO, M.; VELASCO, M.; LOPES, C. H. Descoberta de conhecimento e mineração de dados. 1999. Apostila – Laboratório de Inteligência Computacional Aplicada (IAC) – Departamento de Engenharia Elétrica PUC, Rio de Janeiro.
- BUSSAB, W. O.; ANDRADE, D.F.; MYAZAKY, E.S. Introdução à análise de agrupamentos. Associação Brasileira de Estatística, 1990. 105p.
- FREI, F. Introdução à análise de agrupamentos. Editora UNESP, 2006.
- HAIR, J. F. Jr.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. Análise multivariada



de dados. 5ª edição, Editora BOOKMAN, 2005.

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=19122&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qa>

MINGOTI, S. S. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada. Editora UFMG, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, Sus. Disponível em: < <http://https://www.saude.mg.gov.br/sus> ? Acesso em : 09 de Março de 2020.



CAPÍTULO 24

DOI: 10.47402/ed.ep.c202119362480

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE ITU-AC EM REVISÃO DE LITERATURA

Romário Nunes Pereira, Discente do Curso de Enfermagem, UniVS
Rayanne Angelim Matias, Discente do Curso de Enfermagem, UniVS
Luiza Maria Ferreira Silva, Discente do Curso de Enfermagem, UniVS
Ana Livia Maia Rodrigues, Discente do Curso de Enfermagem, UniVS
Larissa Maria Estrela dos Santos, Discente do Curso de Enfermagem, UniVS
Celestina Elba Sobral de Souza, Doutora em Etnobiologia e Conservação da Natureza, UFRPE, Professora de Microbiologia, UniVS


RESUMO

Objetivo: Conhecer a produção científica referente à infecção do trato urinário relacionada à assistência à saúde associada ao cateter vesical de demora. **Método:** Trata-se de revisão bibliográfica sistemática integrativa com análise qualitativa. Realizou-se busca nas bases indexadoras utilizando critérios de inclusão e exclusão. Os artigos foram selecionados com base no formato PICOD que leva em consideração aspectos específicos do estudo. **Resultados:** Foram encontrados 43 artigos e selecionados cinco. Destacou-se a grande quantidade de artigos duplicados. Os estudos foram agrupados em três vertentes: prevenção, controle e avaliação de programas implantados. **Conclusão:** As medidas de prevenção e controle da ITU-AC já preconizadas pela literatura são válidas para a assistência de enfermagem. O que dificulta a implantação dessas medidas é a não adesão dos profissionais e equipe de saúde aos protocolos preconizados. A implementação dessas medidas nas unidades hospitalares, a partir da utilização de protocolos reconhecidos, reduziram significativamente os números relacionados a ITU-AC. **PALAVRAS-CHAVE:** Infecção. Trato urinário. Cateterização vesical. Enfermagem

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), classifica como Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), toda infecção associada aos cuidados de saúde adquirida num prazo maior que 48 horas após a internação, que não esteja no seu período de incubação em um serviço de saúde. A maior expoente dessa classe de enfermidades é a Infecção do Trato Urinário Relacionada à Assistência à Saúde Associada ao Cateter Vesical de Demora (ITU-AC), sendo responsável por cerca de 35 a 45% das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). (BRASIL, 2017)

Fatores envolvidos na fisiopatogênese da ITU-AC envolvem fenômenos inflamatórios locais pela presença de corpo estranho (cateter) no meato uretral. A ausência de mecanismos



de defesa como o esvaziamento completo da bexiga que provoca alto fluxo de líquido na uretra, ocasionando limpeza mecânica, alterações da imunidade local e via aberta desde o meio externo até a bexiga além da obstrução, pelo cateter, das glândulas periuretrais. (BRASIL, 2013)

Segundo prognósticos da ANVISA, cerca de 16 a 25% dos pacientes internados em um hospital passarão por procedimento de cateterização vesical, de alívio ou de demora, em algum momento de sua internação. (BRASIL, 2017)

Estudos publicados recentemente destacam a efetividade da implementação de protocolos hospitalares no que se refere a prevenção da ocorrência de ITU-AC, evidenciando correlação linear negativa no decorrer do tempo de utilização do protocolo. Esses mesmos estudos relatam também que a implementação do protocolo foi capaz de reduzir também o número de micro-organismos presentes no exame de urocultura, sendo esse achado de fundamental importância para a diminuição da incidência de ITU-AC e dos custos hospitalares. (MIRANDA *et al*, 2016)


Dado o fato de a maior parte dos casos de ITU-AC estar relacionada a cateterização vesical de demora, observa-se um grande potencial preventivo no processo assistencial que não vem se confirmando na prática clínica, haja vista a grande incidência de tal enfermidade. Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer a produção científica referente à infecção do trato urinário relacionada à assistência à saúde associada ao cateter vesical de demora (ITU-AC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica sistemática integrativa com análise qualitativa, que segundo Redeker, 2000, é um sumário da literatura pré-existente sobre um conceito específico ou uma área de pesquisa para revisar métodos, teorias ou estudos.

Para Mendes, Silveira e Galvão, 2008, o processo de construção de uma revisão integrativa é dividido em seis etapas, que são: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos resultados; 6) Síntese do conhecimento.

Em conformidade com o seguimento de tais etapas, foi formulada a seguinte questão clínica: Quais as contribuições da produção científica para o manejo da ITU-AC nos últimos cinco anos (2014-2019)?



Para a concepção da pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde extraídos do site DeCS/MeSH e suas combinações em língua portuguesa: Infecções Relacionadas a Cateter; Infecção Hospitalar; Controle de Infecções; Cateteres de Demora; Assistência à Saúde; Cuidados de Enfermagem. Foram consultadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Segundo Lopes, 2002, os critérios de inclusão e exclusão devem ser utilizados com vistas a manter a coerência entre os artigos selecionados e a pergunta clínica previamente escolhida. Neste estudo os critérios de inclusão foram: artigos realizados no Brasil, disponíveis na íntegra em língua portuguesa e publicados nos últimos cinco anos. Foram excluídos artigos que contemplassem pelo menos um dos seguintes quesitos: artigos duplicados, sem relação com o tema principal, revisões de literatura, artigos fora do período escolhido, com populações muito específicas e publicados em língua diferente da portuguesa.

O formato escolhido para a pesquisa foi o modelo PICOD que leva em consideração a população, intervenção, comparações das intervenções, resultados e desenho dos estudos.

RESULTADOS

Na busca realizada nas bases de dados, utilizando-se dos filtros especificados anteriormente, foi encontrado um total de 43 artigos. Dentre esse total, 32 foram descartados após a leitura do título, 3 após a leitura do resumo e 3 após a leitura integral do artigo, restando assim, 5 artigos selecionados para o estudo.

Destacou-se no processo de busca muitos artigos duplicados indexados em diferentes bases de dados, o que corroborou para um baixo número de artigos selecionados. Além desse aspecto, outros motivos para a dispensa de artigos foram indisponibilidade da íntegra do artigo em língua portuguesa e o não relacionamento de artigos encontrados com a pergunta clínica estabelecida.

Com a finalidade de um melhor processamento e avaliação dos dados, os artigos selecionados foram divididos em três categorias: 1) Prevenção, com 1 artigo; 2) Controle, com 2 artigos; e 3) Avaliação de Programas Implantados, com 2 artigos. A divisão em categorias levou em consideração a forma como a temática é abordada individualmente em cada artigo.

No quadro 1, podemos observar o índice dos artigos selecionados, classificados por título, autor, periódico e ano de publicação.

Quadro 1. Índice dos artigos selecionados por título, autor, periódico e ano de publicação.

Nº	Título	Autor	Periódico	Local/ano de publicação	Nível de evidência
1	Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva	CHAVES, N. M. O.; MORAES, C. L. K.	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro	São João del Rei, 2015	2C
2	Impacto de programa multidisciplinar para redução das densidades de incidência de infecção associada à assistência na UTI de hospital terciário em Belo Horizonte	PRATES, D. B.; VIEIRA, M. F. M.; LEITE, T. DOS S.; COUTO, B.R.G.M.; SILVA, E. U.	Revista de Medicina de Minas Gerais	Belo Horizonte, 2014	2B
3	Infecção do trato urinário associada a cateter vesical: por que não controlamos esse evento adverso?	MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	São Paulo, 2019	2B
4	Prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: qual o <i>GAP</i> na prática clínica?	MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C.	Texto e Contexto Enfermagem	Florianópolis, 2019	2C
5	Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva	MIRANDA, A. L.; OLIVEIRA A. L. L.; NACER, D. T.; AGUIAR, C. A. M.	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Ribeirão Preto, 2016	2B

No quadro 2, observamos também a classificação dos artigos selecionados de acordo com as categorias definidas, acompanhados pelos objetivos de estudo de cada artigo.

DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa buscou sistematizar e analisar o conhecimento científico acerca da ITU-AC produzido no Brasil entre os anos de 2014 e 2019. Destacou-se no processo de busca uma certa escassez de trabalhos na área em questão, o que justifica o número reduzido de artigos selecionados para o estudo. Todavia, dois dos artigos selecionados foram publicados no ano de 2019, o que evidencia o crescimento do interesse e da atenção voltada para o tema pela comunidade científica nos últimos anos. Entretanto, esses mesmos dois artigos publicados no ano de 2019, são de mesma autoria, publicados em periódicos distintos, o que não corrobora para a primeira narrativa.

O estudo da produção científica sobre a ITU-AC, foi classificado em três categorias: Prevenção, Controle e Avaliação de Programas Hospitalares.

O artigo agrupado na primeira categoria: Prevenção, (MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C., 2019) faz referência a estudos sobre métodos para diminuir ou sanar a incidência da ITU-AC em ambientes diversos, utilizando-se de medidas de cunho coletivo e individual, já pré-estabelecidas em guias oficiais ou validação de novas medidas.

Quadro 2. Objetivos e principais resultados dos artigos selecionados, de acordo com as categorias temáticas.

Nº	Categoria	Título	Objetivos	Principais resultados
1	Prevenção	Prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: qual o <i>GAP</i> na prática clínica?	Observar diretamente a adesão dos profissionais às medidas preventivas de ITU-AC durante inserção, manutenção e manipulação.	Encontradas lacunas na prática clínica como fixação inadequada do cateter e da bolsa coletora e capacidade de armazenamento desrespeitada.
2	Controle	Controle de infecção em cateterismo vesical de demora em unidade de terapia intensiva	Observar as não conformidade de indicadores de estrutura, processo e resultado de cateterismos vesicais de demora.	Ausência de dados importantes nos prontuários. As instituições devem fazer uso de boas práticas de controle de infecção
3		Infecção do trato urinário associada a cateter vesical: por que não controlamos esse evento adverso?	Identificar os fatores relacionados a ocorrência de ITU-AC.	Enfermaria obteve maior índice de não conformidade quanto à inserção do CV, levando a um maior tempo de permanência.
4	Avaliação de Programas Hospitalares	Impacto de programa multidisciplinar para redução das densidades de incidência de infecção associada à assistência na UTI de hospital terciário em Belo Horizonte	Avaliar as implicações da implementação de um programa para a redução da incidência de ITU-AC	Redução da densidade de incidência de infecção relacionada a procedimentos invasivos devido às intervenções realizadas.
5		Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva	Comparar a incidência de ITU-AC antes e após a implantação de protocolo assistencial.	Correlação linear negativa entre os meses seguintes a implementação e a redução dos casos de ITU e de número de microrganismos

				presentes na urocultura.
--	--	--	--	--------------------------


Já os artigos agrupados na categoria: Controle, (CHAVES, N. M. O.; MORAES, C. L. K., 2015 e MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C., 2019) tratam-se de estudos realizados com o intuito identificar fatores precipitantes da ITU-AC, como também o estudo de métodos já existentes e o desenvolvimento de novos para o controle de tais fatores, acarretando em diminuição de incidência.

Os artigos alocados na categoria: Avaliação de Programas Hospitalares, (PRATES, D. B.; VIEIRA, M. F. M.; LEITE, T. DOS S.; COUTO, B.R.G.M.; SILVA, E. U., 2014 e MIRANDA, A. L.; OLIVEIRA A. L. L.; NACER, D. T.; AGUIAR, C. A. M., 2016), tratam-se de estudos realizados com o intuito de avaliar as implicações ocorridas após a implementação de programas e protocolos de dados epidemiológicos entre os períodos anterior e posterior a implementação dos programas, buscando assim validá-los ou não.

Mota e Oliveira (2019), observaram em seu estudo a adesão de profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva no estado de Minas Gerais, às práticas para prevenção da ITU-AC preconizadas pelo *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections; Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014*, além de medidas estabelecidas pela ANVISA. Foram utilizados seis indicadores para manutenção e outros seis para a manipulação do cateter. Os indicadores de manutenção foram: correta fixação do cateter, manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, volume de urina na bolsa coletora, fluxo urinário desobstruído, sistema de drenagem fechado e bolsa coletora sem contato com o chão.

Os indicadores para a manipulação foram: categoria profissional que a realizou, tipo de manipulação, higiene das mãos, uso de luvas de procedimento, higiene do meato uretral e utilização de recipiente individual para esvaziamento da bolsa coletora.

Quanto as medidas para a manutenção, a principal lacuna observada no estudo foi a má fixação do cateter vesical, correspondente a 97,7% dos procedimentos observados. Já concernente as medidas para manipulação, a medida que mais se destacou negativamente foi a lavagem das mãos antes e depois da realização do procedimento, ausente em 86,2% dos procedimentos, em média.



O estudo concluiu que embora a maioria dos indicadores tenham sido seguidos, a conformidade geral foi prejudicada haja vista a não adesão dos profissionais a itens cruciais como a lavagem das mãos e a correta fixação do cateter.

Chaves e Moraes (2015), avaliaram as práticas utilizadas para o controle de ITU-AC em uma UTI geral da região metropolitana de Florianópolis, através do uso de indicadores como estrutura, processo e resultados.

O indicador; estrutura, faz referência a observação de protocolos e registros de treinamento realizados pela equipe de saúde. Já o indicador; processo, diz respeito a identificação no prontuário sobre a indicação e tempo de permanência do cateter no paciente. O indicador; resultado, avalia os índices de incidência e prevalência de ITU-AC durante o período do estudo.


Os critérios utilizados para a qualificação da avaliação foram: sistema fechado, fixação adequada, bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e fluxo urinário desobstruído.

Na avaliação do indicador de estrutura, obteve-se 74% de conformidade de acordo com os critérios estabelecidos no estudo. Chamou a atenção, a ausência de registros de treinamento para a equipe da instituição. No que concerne a avaliação do indicador de processo evidenciou que quesitos como fixação adequada, posicionamento correto da bolsa e fluxo desobstruído são medidas bem difundidas na instituição, atingindo índices satisfatórios de conformidade.

O estudo não dispôs de dados de prevalência e incidência de ITU-AC, o que corresponderia ao indicador de resultado. O próprio justifica-se com a narrativa de que no Brasil não há um sistema de notificação específico para ITU-AC, cabendo esse papel as próprias instituições, que não o cumprem rigorosamente.

Mota e Oliveira (2019), tratam em seu estudo, da busca pela identificação dos fatores precipitantes para a ocorrência de ITU-AC. Isso foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto no estado de Minas Gerais. O critério utilizado pelo estudo para a definição de ITU-AC foi a do *National Healthcare Safety Network* (NHSN). Para a correta indicação da cateterização vesical, foram consideradas as diretrizes do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Para a avaliação dos microrganismos isolados nos exames de urocultura, foram considerados os importantes para o *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI).

Levando-se em consideração os critérios estabelecidos pelo estudo, o local com maior índice de não conformidade com as medidas estabelecidas pelos órgãos competentes foi a enfermaria, onde 94,3% dos procedimentos foram realizados em desacordo com o adequado.



Todavia, a maior parte dos procedimentos foram realizados no Bloco Cirúrgico do hospital (42,3%). Em 283 procedimentos (70,4%) o profissional que realizou a cateterização foi o técnico de enfermagem. Em 324 procedimentos (80,6%) não havia prescrição para a cateterização.

O estudo concluiu que os principais fatores relacionados à ITU-AC observados foram o tempo de internação do paciente, o tempo de permanência do cateter e o uso de antimicrobianos. Como importante indicador de falha no processo foi apontado o alto índice de presunção da necessidade de cateterização.

Prates; Vieira; Leite; Couto; e Silva, (2014), buscam, em seu artigo, avaliar o efeito de intervenções da equipe multidisciplinar na diminuição de incidência de infecções em UTI em hospital de Belo Horizonte.

O estudo foi realizado com base em dados fornecidos pela CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar da referida instituição.

As medidas de intervenção implementadas foram estruturadas nos protocolos do *National Healthcare Safety Network* (NHSN), metodologia padronizada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) de Atlanta – EUA.


Como principal característica desse protocolo é realizada diariamente, busca ativa de casos de infecção hospitalar, com a monitorização de todos os pacientes.

Como resultados, o estudo observou que a infecção nosocomial mais incidente foi a pneumonia, seguida pela infecção do trato urinário e pela infecção da corrente sanguínea, totalizando 63% dos casos. Dos casos citados, 21% correspondem a ITU-AC.

As pesquisas foram realizadas com intervalo de quatro anos entre si. Durante esse período ocorreu a implementação do protocolo.

Com relação aos resultados alcançados referentes à ITU-AC, o estudo encontrou os seguintes dados: Taxa de utilização de SVD diminuiu de 45% para 31% e Densidade de incidência de ITU-AC diminuiu de 9,8% para 1,8%. Ambos os dados apresentaram tendência de redução do indicador.

O estudo concluiu que a adoção de medidas de intervenção ocasionou grande impacto na qualidade da assistência da instituição. Apresentando redução da incidência de todas as infecções nosocomiais pesquisadas, com destaque para a ITU-AC.



Miranda; Oliveira; Nacer e Aguiar (2016) preconizam em seu estudo pela comparação dos resultados da incidência de ITU-AC, antes e depois da implementação de protocolo assistencial em Unidade de Terapia Intensiva no estado de Mato Grosso do Sul.

A coleta dos dados foi realizada através de prontuário eletrônico e de dados diretos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Os dados foram comparados com um intervalo de seis meses entre si. Sendo este o período de vigência do protocolo. O primeiro mês foi excluído, sendo que este se refere a implementação do protocolo o que poderia desvirtuar os dados gerais do estudo.

O protocolo foi elaborado de acordo com as principais recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, sendo estas, resumidas em quatro medidas: 1) Técnica asséptica na inserção do cateter; 2) Rever a necessidade de manter o cateter diariamente e removê-lo assim que possível; 3) Evitar o uso desnecessário de cateteres urinários de longa permanência; 4) Manter a utilização de cateteres urinários somente com base em guias de orientação recomendados.

Um segundo protocolo também foi implementado com vistas a avaliar a conformidade diária do cateter, obedecendo as seguintes medidas: Correta fixação do cateter; identificação do dispositivo; manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga; volume de urina abaixo de 2/3 para evitar refluxo; fluxo urinário desobstruído; desinfecção adequada do *plug* para coleta de exames; justificativa diária de manter o cateter, por meio de prescrição de enfermagem e prescrição médica registradas em prontuários.

O estudo observou que houve leve diminuição na densidade de incidência de ITU-AC no período em questão, saindo de um indicador de 23,3, anterior ao protocolo, para 20,7, após o protocolo.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo é limitado principalmente pelo número reduzido de artigos elegíveis encontrados, o que pode levar a um retrato não fidedigno da literatura como um todo.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo contribui para a construção do conhecimento científico, reunindo diversos estudos em um único trabalho, capacidade típica da revisão integrativa. O estudo também elenca medidas práticas e preconizadas pelas instituições de saúde para o manejo da ITU-AC.

CONCLUSÃO

A seguir são elencadas algumas técnicas preconizadas que mostraram potencial positivo na diminuição da ITU-AC: técnica asséptica na inserção do cateter, correta fixação, identificação do dispositivo, manutenção da bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, esvaziamento da bolsa quando esta atingir dois terços de sua capacidade, fluxo urinário desobstruído e avaliação constante da necessidade de manter o cateter.

Conclui-se que as medidas de prevenção e controle da ITU-AC já preconizadas pela literatura são válidas para a assistência de enfermagem. O que dificulta a implantação dessas medidas é a não adesão dos profissionais e equipe de saúde aos protocolos preconizados. A implementação dessas medidas nas unidades hospitalares, a partir da utilização de protocolos reconhecidos, reduziram significativamente os números relacionados a ITU-AC.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

Brasil. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Módulo 3: Principais Síndromes Infecciosas/Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2013.

CHAVES, N. M. DE O.; MORAES, C. L. K. Controle de Infecção em Cateterismo Vesical de Demora em Unidade de Terapia Intensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2015 mai/ago; 5(2):1650-1657.


LOPES, I. L. Estratégia de busca na recuperação da informação: revisão da literatura. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 60-71, maio/ago. 2002.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p. 758-764, 2008.

MIRANDA, A. L.; OLIVEIRA A. L. L.; NACER, D. T.; AGUIAR, C. A. M. Results after implementation of a protocol on the incidence of urinary tract infection in an intensive care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2016;24:e2804. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/15188345.0866.2804>.

MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C. Catheter-associated urinary tract infection: why do not we control this adverse event? **Rev Esc Enferm USP.** 2019;53:e03452. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007503452>

MOTA, E. C.; OLIVEIRA, A. C. Prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: qual o GAP na prática clínica? **Texto & Contexto Enfermagem** 2019, v. 28: e20180050 ISSN 1980-265X DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0050>



PRATES, D. B.; VIEIRA, M. F. M.; LEITE, T. DOS S.; COUTO, B.R.G.M.; SILVA, E. U. Impacto de programa multidisciplinar para redução das densidades de incidência de infecção associada à assistência na UTI de hospital terciário em Belo Horizonte. **Rev Med Minas Gerais** 2014; 24(Supl 6): S66-S71.

REDEKER, G. Coherence and Structure in Text and Discourse. In *Abduction, Belief and Context in Dialogue: Studies in Computational Pragmatics*, ed. Harry Bunt, and William Black. Amsterdam, p.233-261, 2000.

MIRANDA, A. L.; DE OLIVEIRA, A. L. L.; NACER, D. T.; AGUIAR, C. A. M. Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. 2016;24:e2804




CAPÍTULO 25

“IMPLEMENTANDO BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS”: EXPERIÊNCIA DE AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO

Teodoro Marcelino da Silva, Graduando em Enfermagem, URCA/UDI
Rosely Leyliane dos Santos, Doutora em Enfermagem, URCA
Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira, Doutoranda em Enfermagem, UECE
Tiago Ribeiro dos Santos, Graduando em Enfermagem, URCA/UDI
Herlys Rafael Pereira do Nascimento, Mestrando em Enfermagem, URCA
Moziane Mendonça de Araújo, Doutoranda em Enfermagem, UFC
Ana Beatriz Alves de Oliveira, Graduanda em Enfermagem, URCA/UDI
John Herbert da Silva Brito, Graduando em Enfermagem, URCA/UDI

RESUMO

Dentre as boas práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial em Saúde que visam envolver a mulher grávida e suas parcerias cada vez mais no processo parturitivo, destaca-se a elaboração do plano de parto. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, em que as mulheres grávidas e seu/sua parceiro/a apresenta aos profissionais da equipe obstétrica que irão prestar assistência, as preferências dos cuidados obstétricos que devem ser realizados durante o parto e nascimento. Assim, o plano de parto configura-se como tecnologia do cuidado obstétrico que proporciona o envolvimento dos casais grávidos e auxilia nas tomadas de decisões do processo parturitivo. Este estudo, objetivou-se relatar experiência de ação educativa com mulheres grávidas sobre a importância da construção do plano de parto. Trata-se de relato de experiência de ação educativa em saúde sobre a importância da construção do plano de parto. A ação aconteceu em uma Estratégia Saúde da Família da zona rural de um município cearense. Participaram da ação 12 gestantes e um acadêmico de universidade pública cearense. A ação teve duração de uma hora e trinta e cinco minutos do turno matutino. Utilizou-se a dinâmica do repolho para operacionalização da ação. Para isso, utilizaram-se perguntas norteadoras sobre a temática. Adotou-se como metodologia do trabalho a roda de conversa baseada no referencial teórico-metodológico da Educação Popular de Paulo Freire. Foram entregues as participantes folhetos educativos sobre a violência obstétrica no parto institucionalizado e as medidas de prevenção. Finalizou-se ação educativa mediante o *feedback* positivo sobre a importância da continuidade das atividades educativas na rotina pré-natal. Evidenciou-se durante toda ação educativa, o desconhecimento das participantes sobre o plano de parto, contudo observou-se o interesse em saber sobre. A dinâmica oportunizou momento propício para (com)partilhamento dos saberes, experiências pessoais; interação entre facilitador-participantes e o repasse de informações sobre a temática proposta, tornando-se o processo de ensinar-aprender cada vez mais dinâmico e lúdico, o que por vez auxiliou positivamente na compreensão sobre as questões discutidas. Além disso, instigou a participação ativa das gestantes durante toda ação educativa. Diante disso, ação educativa foi essencial pois



promoveu a discussão de uma temática que pode ser discutida na rotina pré-natal, como também suscitou reflexões sobre as boas práticas obstétricas, enfatizando a importância da construção do plano de parto, bem como a necessidade de modificar o modelo obstétrico assistencial vigente.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia Pessoal, Educação em Saúde, Parto Obstétrico, Trabalho de Parto, Tomada de Decisões.


INTRODUÇÃO

O parto sempre foi considerado um marco no ciclo vital da mulher, representa uma experiência única repleta de sentimentos e significados, construídos mediante a cultura, a singularidade e as crenças de cada mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Até meados do século XIX, o processo de parir e nascer era considerado um evento íntimo e de caráter feminino, onde o trabalho de parto e parto ocorriam no âmbito domiciliar das parturientes, sendo assistido e acompanhado por parteiras, curandeiras ou comadres (ZANARDO *et al.*, 2017; SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Neste contexto, a partir do século XX, na década de 40, mudanças ocorreram no cenário obstétrico vigente, onde iniciou-se à apropriação, bem como o controle do processo parturitivo por parte da medicina obstétrica, o que resultou na institucionalização do parto; na inserção da figura médica e masculina neste processo e a perda da autonomia e protagonismo da mulher sobre seu próprio corpo, o que a tornou-se uma mera coadjuvante na parturição (ZANARDO *et al.*, 2017).

Nesta vertente, a incorporação da ciência médica e as tecnologias no processo parturitivo tiveram como objetivo controlar e/ou prevenir as complicações e intercorrências clínicas obstétricas que poderiam colocar em risco a saúde e a vida do binômio mãe-feto (MEDEIROS *et al.*, 2019). Estas transformações foram essenciais na assistência obstétrica, pois reduziram os altos índices de morbimortalidade materna e perinatal e os riscos hospitalares. Porém, o parto por via vaginal deixou de ser considerado a primeira opção, onde cedeu espaço para as cesarianas, como um parto seguro, rápido e indolor, o que justifica até os dias atuais a expressiva mercantilização do parto pelo setor privado (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Frente a este cenário, a mulher durante o trabalho de parto e parto começou a ser submetida a procedimentos e/ou intervenções desnecessárias, iatrogênicas e, por vezes, sem evidências científicas, culminando na medicalização do corpo feminino, esta caracterizada pela



perca da autonomia e empoderamento feminino sobre seu próprio corpo e os processos reprodutivos (GOMES *et al.*, 2018). Logo, o modelo obstétrico medicalizado oportunizou a patologização dos processos fisiológicos do parto, o que levou-se acreditar que a assistência intervencionista e medicalizada (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).


Dito isso, umas das propostas da Organização Mundial em Saúde (OMS) que tem como princípios humanizar as práticas obstétricas, resgatar o protagonismo feminino durante a parturição e modificar o atual modelo de cuidado obstétrico, refere-se a construção do Plano de Parto (PP). Trata-se de um documento escrito de caráter legal, na qual as gestantes e seus/suas parceiros/as expressam antecipadamente suas escolhas/preferências acerca dos cuidados obstétricos que gostariam de vivenciar e receber durante o trabalho de parto e parto (GOMES *et al.*, 2017).

Segundo Silva *et al.* (2019) o PP caracteriza-se como instrumento educativo, geralmente desenvolvido ainda durante o ciclo gravídico, a qual destaca a figura do profissional enfermeiro como facilitador nesta construção, apresentando as gestantes a importância da elaboração e sua finalidade, cujo objetivos é respeitar as decisões tomadas pelas mulheres durante o parto bem como implementar cuidados obstétricos pautados nas atuais evidências científicas (LOIOLA *et al.*, 2020).

Nesta perspectiva, a construção do plano de parto tem proporcionado às mulheres grávidas confiança em relação ao trabalho de parto e parto; fortalecido a comunicação com os/as profissionais da atenção pré-natal e da equipe obstétrica, bem como a prevenção da violência obstétrica institucional e (re)afirmado a garantia dos direitos sexuais e/ou reprodutivos e de assistência obstétrica digna, humanizada e sobretudo de qualidade. Posto a isso, verifica-se que quanto maior a aceitação e o cumprimento do plano de parto nos serviços, melhores são os resultados obstétricos e neonatais (SANTOS *et al.*, 2019).

Desse modo, destaca-se a importância das ações educativas em saúde na rotina pré-natal, visto que poderá ser uma ferramenta útil para abordar e discutir com as mulheres grávidas e seus/suas parceiros/as assuntos específicos do ciclo gravídico-puerperal, incluindo a construção do plano de parto. Com isso, as ações poderão viabilizar o empoderamento materno/paterno, aceitação e compreensão do período gestacional, resgatar a filosofia do parto fisiológico e o fortalecimento dos vínculos afetivos familiares (QUENTAL *et al.*, 2017).

Ao considerar que a construção do plano constitui tecnologia do cuidado obstétrico e possibilita melhorias e mudanças no modelo assistencial vigente, o estudo justifica-se mediante



as vivências acadêmicas do primeiro autor na Atenção Primária à Saúde (APS) onde foi possível identificar lacunas na realização de práticas de promoção da saúde no tocante ao ciclo gravídico, como também questionamentos das mulheres grávidas durante as consultas de pré-natais sobre a elaboração do plano de parto.

Assim, este estudo contribuirá ao suscitar reflexões sobre a importância da construção plano de parto e da implementação das boas práticas obstétricas, além de fornecer visibilidade à temática na atenção pré-natal e ressaltar a importância das ações educativas em saúde, objetivando a discussão de temáticas inerentes a gestação, parto e puerpério.

Diante da problemática apresentada, objetivou-se relatar experiência de ação educativa em saúde com mulheres grávidas sobre a importância da construção do plano de parto.


MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que consiste em descrever as experiências adquiridas em uma ação educativa em saúde com mulheres grávidas sobre a importância da construção do plano de parto. Este tipo de estudo caracteriza-se em uma descrição de uma experiência tida como exitosa ou não, a qual possa contribuir de forma significativa na formação profissional do(s) autor(es). Os resultados destes estudos e sua comparação com a literatura científica possibilita a proposição de ideias que permite melhorias do cuidado em saúde (UFJF, 2017).

O cenário da experiência foi uma Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na zona rural de um município cearense. Os participantes foram 12 gestantes de risco habitual, sendo que entre elas setes eram primíparas e cinco múltíparas, tendo como facilitador um acadêmico do curso de enfermagem de uma universidade pública. A ação educativa ocorreu em Fevereiro de 2020, durante o turno matutino com duração de uma hora e trinta e cinco minutos.

A ação foi operacionalizada mediante dinâmica educativa e reflexiva, denominada dinâmica do repolho que foi adaptada ao contexto proposto pelo facilitador, onde utilizou-se de perguntas norteadoras sobre a temática, que foram embaralhadas formando uma estrutura semelhante a um repolho; e uma caixa de som.

O intuito da dinâmica era solicitar que as participantes começassem a dinâmica passando em mão em mão o “repolho” ao passo que a música escolhida pelas participantes ia sendo tocada, de modo que ao pausar a música, acontecia a pausa da dinâmica. Assim, a participante que recebeu o repolho era convidada a retirar a pergunta e ler em voz alta, se



quisesse poderia expor sua visão e, em seguida, realizava-se a explanação pelo facilitador, que posteriormente, as participantes poderiam refletir sobre o assunto.

A roda de conversa utilizada como metodologia de trabalho durante toda atividade educativa, foi baseada no referencial teórico-metodológico da Educação Popular proposta pelo teórico Paulo Freire. Freire admite que a educação popular quando incorporada no campo de atuação da enfermagem, permite aos enfermeiros incorporar aspectos da subjetividade dos usuários, bem como estratégias visando a construção e potencialização dos conhecimentos e experiências coletivas, contrapondo o modelo tradicional de educar (DIAS *et al.*, 2018).

Neste contexto, as rodas de conversas são estratégias que proporcionam o aprofundamento teórico, a construção do saber compartilhado ao possibilitar que os participantes inseridos possam expressar suas percepções e experiências, além de sensibilizar sobre um determinado assunto com vista a melhoria da qualidade de vida (DIAS *et al.*, 2018). No contexto obstétrico, a abordagem freiriana proporciona reflexão, construção do saber, sensibilização, capacitação, autonomia feminina e transformação do modelo obstétrico hegemônico resgatando assim o princípio da humanização e a integralidade da assistência obstétrica (FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017).

Prévia a finalização da atividade educativa, realizou-se um lançamento de perguntas com vista a verificar a compreensão das participantes sobre a temática discutida. Assim, foram entregues folhetos educativos sobre as formas de violência obstétrica perpetrada na assistência hospitalar e estratégias preventivas, resgatando a importância da aplicabilidade do plano de parto na assistência obstétrica.

Finalizou-se a atividade educativa mediante o *feedback* positivo sobre a importância da continuidade das atividades educativas na rotina pré-natal e pelo esclarecimento de dúvidas. Os dados obtidos da experiência foram apresentados de forma descritiva, analisados de forma interpretativa e discutidos à luz da literatura científica pertinente a temática em estudo.

Salienta-se que por se tratar de relato de experiência não se fez necessário apreciação ética do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Entretanto, este estudo respeitou todas recomendações éticas e legais concernentes as pesquisas com seres humanos propostas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O anonimato e o sigilo foram garantidos a todas participantes envolvidas nesta ação educativa.



RESULTADOS E DISCUSSÃO


O ciclo gravídico representa uma etapa marcante no ciclo vital feminino, é acompanhado de transformações anatomofisiológicas, biológicas, bioquímicas, psicossociais, psicoemocionais e psicosexuais. Neste sentido, o cuidado pré-natal tem por finalidade assistir de forma integral a mulher, de modo a identificar possíveis doenças maternas e fetais; prevenir complicações e intercorrências durante a gravidez, trabalho de parto e parto; garantir a boa saúde do binômio mãe-feto; fornecer subsídios para uma boa vitalidade e desenvolvimento fetal, visando reduzir assim as taxas de morbimortalidade materna e perinatal (PRIMO *et al.*, 2015).

Neste contexto, o período gestacional é um momento propício para a realização de ações educativas em saúde, pois possibilitam intercâmbio de experiências e a construção do conhecimento. A realização de salas de espera e/ou grupos de gestantes possibilitam um momento oportuno para a discussão de temáticas pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal, buscando a compreensão destes, implementação de cuidados obstétricos integrais e a promoção da saúde mediante o processo de ensinar-aprender (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Diante disso, após apresentação do facilitador-participantes e com o início imediato da dinâmica com o lançamento da primeira pergunta “O que é plano de parto?”, observou-se pela análise da verbalização das participantes que demonstraram desconhecimento sobre o assunto. Contudo, observou-se o interesse das participantes em saber acerca do plano de parto. A discussão levantada pelo facilitador oportunizou tanto a participação ativa das participantes como chamou atenção das mesmas, sem contar do interesse do facilitador em prosseguir com a operacionalização da dinâmica educativa.

Acerca do plano de parto, Loiola *et al.* (2020) apontaram que a construção deste instrumento de cuidado obstétrico, deverá ser realizada pela gestante e/ou casal juntamente com os profissionais pré-natalistas (enfermeiros e médicos), destacando a atuação do enfermeiro neste processo. Este instrumento tem como princípios o resgate da autonomia da mulher durante o seu próprio trabalho de parto e parto, expressando suas escolhas e preferências que devem constar neste plano, de modo a vivenciar práticas benéficas e recomendadas ao parto e nascimento baseadas nas atuais evidências científicas.

Em continuidade a dinâmica, observou-se novamente desconhecimento dos participantes sobre as perguntas que estavam sendo lançadas relacionadas a temática em estudo. Contudo, a cada discussão e reflexão das perguntas, as participantes se mantinham atentas e



interessadas na obtenção das informações o que tornou a dinâmica uma ferramenta útil para o ensino e levantamento de questionamentos relacionadas à implementação das boas práticas obstétricas.


Analisou-se após a explanação da pergunta norteadora “quais os benefícios do plano de parto” que as mulheres grávidas verbalizaram que o plano de parto é uma alternativa de prevenir as intervenções desnecessárias e indesejadas na parturição, o que resultou na discussão sobre as formas de violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto na assistência hospitalar. Esse momento foi enriquecedor pois possibilitou identificar e refletir sobre as experiências das mulheres que já tiveram gestações anteriores, identificando situações de violência obstétrica.

Esse achado vai encontro com os resultados de Gomes *et al.* (2017), ao pontuarem que o plano de parto constitui uma das boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial em Saúde (OMS), caracterizado por ser um documento por escrito e que pode ser utilizado como elemento importante na prevenção e/ou redução violência obstétrica perpetrada no âmbito hospitalar.

Com isso, observou-se que a dinâmica oportunizou momento propício para (com)partilhamento dos saberes, experiências pessoais; interação entre facilitador-participantes e repasse de informações sobre a temática proposta, tornando o processo de ensinar-aprender cada vez mais dinâmico e lúdico, o que auxiliou positivamente na compreensão sobre as questões discutidas.

Corroborando aos achados, Cabral *et al.* (2015) pontuaram que a operacionalização de dinâmicas e jogos lúdicos constituem instrumentos capazes de proporcionar a disseminação de conhecimentos; facilita na compreensão e transmissão de um determinado assunto; construção e ampliação dos saberes; (com)partilhamento de experiências e o engajamento ativo dos sujeitos nas dinâmicas e/ou jogos educativos.

No lançamento da pergunta norteadora “Qual a importância do plano de parto?” na roda de conversa, observou-se que a pergunta provocou nas participantes interesse em responder e refletir, o que ocasionou compartilhamento de diferentes percepções e tornou-se um aspecto positivo, pois além de fortalecer a interação, contribuiu na disseminação de conhecimentos e a sensibilização das gestantes sobre a importância da construção do plano e suas repercussões na parturição. Além disso, oportunizou um momento para verificação de aprendizagem da ação, percebendo que os objetivos esperados estavam sendo alcançados.




Dito isso, Narchi *et al.* (2019), pontuaram que as práticas educativas em saúde durante atenção pré-natal são essenciais pois é o momento propício para discutir temáticas inerentes ao ciclo gravídico que, por vezes, não são (in)visibilizadas durante as consultas de pré-natais, destacando o plano individual de parto. Além disso, as ações educativas proporcionam espaço propício para o (com)partilhamento e repasse de conhecimento e esclarecimentos de dúvidas, pois geralmente dúvidas que não são expressadas e tão pouco esclarecidas na assistência pré-natal, poderão ser esclarecidas nos grupos educativos.

Ainda pode-se mencionar que, as práticas de educação em saúde propiciam o fortalecimento dos vínculos familiares entre trinômio mãe-pai-filho. Nota-se que quanto mais as mulheres grávidas e seu/sua parceiro/a participam ativamente das ações, mais a mulher se sente cada vez mais empoderada e segura e o parceiro (a) torna-se cada vez mais presente no ciclo gravídico-puerperal (QUENTAL *et al.*, 2017). Vale lembrar ainda que, quanto mais perguntas foram lançadas na roda de conversa e quanto mais informações as gestantes obtinham, mais participativas ficavam, o que transformou a roda um espaço de formação e capacitação. Entretanto, aponta-se como dificuldades encontradas durante a execução da ação educativa, ausência de um local específico para realização desta prática educativa em saúde, que por vez a presença de outros usuários na ESF, bem como a movimentação dos profissionais de saúde ocasionaram barulhos que dificultaram, de certa forma, a operacionalização da dinâmica e na explanação acerca das perguntas norteadoras.

Todavia, a ação foi de suma importância pois proporcionou a discussão de uma temática ainda (in)visível durante a rotina pré-natal, o que possibilitou capacitação e/ou sensibilização das participantes em tomar decisões conscientes e fundamentadas em evidências científicas.

Assim, a ação proporcionou para o facilitador o crescimento acadêmico-profissional, sensibilização da importância do desenvolvimento das atividades educativas durante assistência pré-natal, como também a utilização de métodos ativos na operacionalização destas ações, além da identificação profissional com assistência obstétrica.

Dito isso, Freitas *et al.* (2016), pontuaram que a extensão universitária constitui um processo de cunho educativo, cultural e científico que tem como objetivo a construção do conhecimento coletivo e articulação entre pesquisa e ensino. Pode-se mencionar ainda, a interação entre comunidade e universidade com vista a solucionar problemas na comunidade, além de proporcionar, ao sujeito enquanto facilitador, aproximação e identificação com o futuro exercício profissional sendo este um espaço fértil para potencialização dos saberes.



No momento dedicado a retirada de dúvidas, observou-se que as participantes não demonstraram dúvidas sobre a temática, contudo, solicitaram mais encontros com outras temáticas relacionadas ao ciclo gravídico. Este momento oportunizou perceber que as participantes/gestantes realmente compreenderam acerca da importância da construção do plano de parto. Isso ficou evidenciado mediante um novo lançamento de perguntas e pela análise dos comentários realizados pelas mulheres grávidas.

A entrega dos folhetos educativos propiciou potencialização dos conhecimentos das participantes e reflexão sobre a necessidade de se (re)pensar sobre a implementação das boas práticas obstétricas baseadas nas evidências científicas e modificar o atual modelo tecnocrático de parir e nascer.


Logo, as tecnologias educativas, incluindo os folhetos educativos, são ferramentas que tem como finalidade subsidiar as práticas educativas em saúde, contribuindo de maneira positiva no processo de ensino-aprendizagem, facilitando a transmissão das informações e tornando o processo de educar cada vez mais dinâmico e interativo (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, o desenvolvimento da ação educativa foi de suma importância, pois possibilitou um paronâma promissor para atenção obstétrica, implementou cuidados obstétricos integrais e incitou reflexões sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, destacando a importância da construção do plano de parto, bem como a necessidade de modificar o modelo de cuidado obstétrico vigente.

Ademais, a ação pode ter repercutido, positivamente, no processo de parir e nascer, uma vez que possibilitou às participantes refletirem a vivência no trabalho de parto e parto mais prazerosa e sobretudo feliz, livre de intervenções potencialmente iatrogênicas e indesejadas, as quais possam colocar em risco a saúde e a vida do binômio mãe-feto. Menciona-se ainda, o fortalecimento dos vínculos familiares entre o trinômio mãe-pai-filho.

A dinâmica do repolho constituiu ferramenta útil para elencar questionamentos e reflexões acerca do plano de parto e sua importância na assistência obstétrica, tornando-se o processo de ensino-aprendizagem cada vez mais lúdico e dinâmico. Logo, sugere-se a continuidade das práticas de educação e saúde durante atenção pré-natal, com vistas a discutir assuntos inerentes a gestação, parto e puerpério objetivando resgatar o empoderamento e autonomia feminina sobre o trabalho de parto e parto, como também a filosofia do parto natural.



As limitações do estudo refere-se ao tempo disponibilizado pelos profissionais pré-natalistas (enfermeiros e médicos) da UBS para realização da ação educativa em saúde, pois tornou-se incipiente para abordar outros pontos relacionados à temática em questão. Ademais, ausência de um lugar confortável para operacionalização da dinâmica educativa.

REFERÊNCIAS

CABRAL, Juliana da Rocha. et al. Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**. v. 1, n. 2, p. 71-75, jul/dez. 2015.

DIAS, Eliani Sayumi Motisuki. et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 10, n. 2, p.379- 384, abr./jun, 2018.

FAGUNDES, Daniely Quintão.; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de paulo freire. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 223-243, jan./abr. 2017.

FREITAS, Taísa de Paula Paiva. et al. Contribuições da extensão universitária na formação de acadêmicos de enfermagem. **Rev Enferm UFSM.**, v.6, n.3, p. 307-316, jul-set, 2016.

GOMES, Rebeca Pinto Costa. et al. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **Rev Min Enferm**, v. 21e-1033, p.1-8, 2017.

GOMES, Samara Calixto. et al. Renascimento do Parto: Reflexões sobre a medicalização de atenção obstétrica no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n.5, p. 2594-2598, set./out. 2018.

LOIOLA, Antonia Mara Rodrigues. et al. Plano de parto como tecnologia do cuidado: experiência de puérperas em uma casa de parto. **Cogitare enferm**, v. 25 e66039, p. 1-10, 2020.


MEDEIROS, Renata Marien Knupp. et al. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40e20180233, p. 1-12, 2020.

NARCHI, Nádia Zanon. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53 e03518, p. 1-7, 2019.

OLIVEIRA, Maria do Socorro Santos. et al. Práticas Assistenciais de Enfermeiros durante o Trabalho de Parto e Nascimento. **Enfermagem Revista**, v. 21, p. 63-77, 2018.

PRIMO, Cândida Caniçali. et al. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. **Enferm. Foco**, v. 6, n. 4, p. 17-23, 2015.

QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano. et al. Práticas educativas com gestantes na atenção primária à saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11 (Supl. 12), p. 5370- 5381, dez. 2017.



SANTOS, Fernanda Soares de Resende. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 1-11, 2019.

SANTOS, Rafaella Ayanne Alves.; MELO, Mônica Cecília Pimentel.; CRUZ, Daniel Dias. **Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura.** **Cad. Cult. Ciênc.**, v. 13 n. 2, mar. 2015.

SILVA, Wanessa Nathally de Santana. *et al.* Plano de parto como instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev baiana enferm**, v. 33 e32894, p. 1-10, 2019.

TEIXEIRA, Elizabeth. *et al.* Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016.

UFJF, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Instrutivo para elaboração de relato de experiência.** Governador Valadares-MG, 2017.

VARGENS, Octavio Muniz.; SILVA.; Alexandra Celento Vasconcellos.; PROGIANTI, Jane Márcia. **Escola Anna Nery**, v. 21, n.1, p. 1-8, 2017.

VASCONCELOS, Maristela Ines Osawa. *et al.* Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. **Expressa extensão.**, v.21, n.2, p. 108-118, 2016.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho. *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, (e) ed.155043 p. 1-12, 2017.



CAPÍTULO 26

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE DIABÉTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Caroline Botelho Da Silva Holanda, Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará
Glauciane Barros Jacaúna, Acadêmica de Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará
Larissa Nogueira Barrozo, Enfermeira, Centro Universitário Estácio do Ceará
Vanessa Barreto Bastos Menezes, Mestre em Saúde Pública, Professora Titular do Centro Universitário Estácio do Ceará

RESUMO


Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e/ou secreção de insulina. O estudo pretende contribuir para a reflexão crítica da atuação do enfermeiro em nível de atenção básica com o cliente diabético. Será possível compreender e pontuar aspectos importantes e relevantes dessa práxis. Uma vez que as consultas de enfermagem dispõem um papel essencial para estimular o autocuidado e todas as orientações sobre as medicações os riscos e benefícios. O objetivo desse trabalho é analisar as intervenções de enfermagem ao cliente diabético na atenção básica. A pesquisa de caráter descritivo com abordagem quantitativa foi realizada em unidades de atenção primária à saúde na cidade de Fortaleza, utilizando uma análise por meio de aplicação de um questionário estruturado, com profissionais de enfermagem atendendo assim aos critérios da pesquisa. De acordo com o ponto de vista dos profissionais de enfermagem 91% consideram importante a educação em saúde começar na primeira consulta, como também 73,2% deles dizem que desenvolvem um plano de ensino para o paciente, 87,3% avaliam o conhecimento dos clientes sobre Diabetes, porém 73,2% afirmam que mesmo com essas ações a prática de reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos não são bem aceitos. A equipe de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família exerce um papel fundamental para os pacientes com diabetes. Observou-se que se faz necessário um atendimento holístico com diálogo, escuta ativa, atenção humanizada e individualizada.

PALAVRAS-CHAVES: Diabetes Mellitus, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem em saúde comunitária.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação e/ou secreção de insulina. (SBD, 2016).

A insulina é secretada pelas células betas que constitui um dos quatro tipos de células das ilhotas de Langerhans do pâncreas, é um hormônio considerado anabólico ou de



armazenamento. Quando uma pessoa ingere uma refeição a secreção de insulina aumenta e induz o movimento da glicose no sangue para o músculo, fígado e as células adiposas. A insulina também tem ação de inibir a degradação da glicose armazenada, das proteínas e dos lipídios. (HINKLE et. al, 2018)


A situação do controle glicêmico no Brasil é altamente preocupante: 90% dos diabéticos tipo 1 e 73% dos diabéticos tipo 2 estão com o nível glicêmico fora de controle. Uma das principais causas dessa situação é a falta de uma prática adequada de automonitorização da glicemia, onde a principal dificuldade para realização do controle glicêmico é a falta de acesso aos monitores de glicemia e das tiras reagentes para essa prática, o que retarda o diagnóstico do descontrole e não permite a equipe de profissionais tomarem decisões terapêuticas mais eficazes (SBD,2015).

Dentre os que dispõem desse recurso, a grande maioria o utiliza de maneira equivocada, seja realizando os testes de forma totalmente aleatória e não frequente, seja realizando seus testes sempre à mesma hora do dia, geralmente em jejum. Dessa forma, o paciente jamais poderá conhecer o real estado de seu controle glicêmico: ele poderá estar bem controlado nas glicemias de jejum, mas totalmente fora de controle nas glicemias realizadas duas horas após cada refeição (SBD,2015).

No entanto, o diabetes mellitus pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade) (BRASIL,2013)

Houve um declínio regular no número de mortes atribuíveis a cetoacidose e à infecção em pacientes com diabetes, porém existe ainda um número alarmante por complicações cardiovasculares e renais. As complicações em longo prazo, que estão se tornando mais comuns à medida que um maior número de pessoas vive com diabetes, podem acometer quase todos os sistemas orgânicos do corpo e constituem uma importante causa de incapacidade, sendo que, dentre as categorias gerais de evolução crônica, incluem as doenças macrovasculares, as doenças microvasculares e as neuropatias (HINKLE et. al, 2018)

No diabetes mal controlado, observa-se uma resistência diminuída, onde se pode detectar um distúrbio neurológico precocemente na evolução de DM do tipo 2 (DM2), muitas



vezes desde o momento do diagnóstico, enquanto nos pacientes diabéticos do tipo 1 normalmente surge cinco ou mais anos após o diagnóstico. (SBD,2016).

Para a prevenção continuamente são feitos estudos que comprovam os benefícios de um estilo de vida saudável que significativamente melhorar ou retarda a deterioração da tolerância à glicose. Os resultados destes estudos são de grande importância, no sentido de investir nas populações de risco elevado, programas de estilo de vida saudável, difundir-se a essas pessoas informações sobre hábitos saudáveis e promoção de saúde, juntamente com escolas, universidades e clínicas da família. (MALHEIROS,2017).

Dessa maneira, a equipe de enfermagem tem papel fundamental entre os profissionais da saúde, pois, são estes profissionais os responsáveis por todo o cuidado e que devem orientar e educar os pacientes, familiares e/ou cuidadores. (HORTA et. al,2015). Tendo em vista a importância da enfermagem no cuidado com o paciente é preciso, investir em ferramentas para a qualificação do cuidado à pessoa com diabetes, modificando as formas de abordagem aos usuários e considerando as melhores evidências como guias para a prática clínica cotidiana. (BRASIL,2016).

O estudo pretende contribuir para a reflexão crítica da atuação do enfermeiro em nível de atenção básica com o cliente diabético. Será possível compreender e pontuar aspectos importantes e relevantes dessa práxis. Além disso, pode ser utilizado para a formulação de práticas de saúde pública que auxiliem na adesão ao tratamento do cliente com DM e que traga subsídios para a melhor prática profissional nos cuidados de enfermagem.

Baseado no levantamento dessas informações, surgiram os seguintes questionamentos: Quais as principais intervenções de enfermagem são prestadas a cliente com DM? Quais os cuidados desenvolvidos pelos profissionais a essa clientela? Quais orientações são repassadas a respeito da importância da adesão ao tratamento? Quais dificuldades são encontradas na assistência a esses pacientes pelos profissionais? Será que a práxis de enfermagem a essa clientela é desenvolvida de forma semelhante em todas as unidades básicas de saúde?

Nesse sentido, esse estudo tem por objetivo analisar as intervenções de enfermagem ao cliente diabético na atenção básica.



PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quantitativa. Esta modalidade de pesquisa focaliza uma quantidade pequena de conceitos, pois, enfatiza a objetividade. Na coleta e análise dos dados, a maioria das vezes são realizadas através de procedimentos estatísticos. (GERHARDT et. al., 2009)

A pesquisa descritiva quantitativa busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade quantificando os dados e generalizando os resultados da amostra para os interessados. (GERHARDT et. al., 2009)

Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve o levantamento bibliográfico, as entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e as análises de exemplos que estimulem a compreensão. (GERHARDT et. al., 2009)

Participantes

Para participar da pesquisa, o profissional deveria ser da equipe de enfermagem que atuasse no atendimento ao cliente diabético, desde a sua entrada na unidade até seus acompanhamentos de rotina na Atenção Primária à Saúde no município de Fortaleza, Ceará.


Coleta de Dados

A coleta de dados se deu entre os meses de agosto e outubro de 2018, em Unidades De Atenção Primária à Saúde, pertencentes a Secretária de Regional V, da cidade de Fortaleza, Ceará.

Após a autorização da prefeitura e com a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa, entramos em contato por telefone com os coordenadores das unidades para explicá-los a respeito da pesquisa e marcamos um horário para a nossa visita. Assim, deixamos uma cópia da carta de anuência na unidade.

Instrumento

No dia agendado para as entrevistas, os profissionais, técnicos de enfermagem e enfermeiros, foram abordados para explicar a pesquisa, e os mesmos foram convidados a participarem.



A participação se dava através do preenchimento de um questionário, no qual continha nove perguntas objetivas e uma subjetiva, voltadas para a identificação dos principais cuidados e intervenções de enfermagem aplicados ao paciente diabético, descrição das dificuldades encontradas nessa assistência e questões direcionadas a avaliação das orientações repassadas pelos profissionais a respeito da adesão ao tratamento.

Análise de dados

Ao final, as respostas obtidas a partir do preenchimento do questionário foram reunidos em uma planilha, para que os dados pudessem ser analisados e interpretados. Para isso foi utilizado o programa Microsoft Excel 2016.

Procedimentos éticos

A pesquisa não ofereceu riscos, por se tratar de um estudo à respeito do atendimento ao cliente diabético, contudo o entrevistado tinha a liberdade de não aceitar ou desistir da sua participação.

Foram entregues aos profissionais um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os mesmos concedessem a permissão para participar da pesquisa, de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A concessão para pesquisa foi obtida após parecer favorável, do Comitê de Ética e pesquisa (CEP), sob o número 2.557.081.

RESULTADOS

A amostra se deu com 71 profissionais, e 65, cerca de 91,54% dos entrevistados eram do sexo feminino, com idade em sua maioria entre 30 e 50 anos e com um tempo de profissão acima de sete anos, esses dados estão demonstrados na tabela a seguir.

TABELA 1: Características sociodemográficas dos enfermeiros atuantes na atenção básica com pacientes diabéticos no município de Fortaleza, 2018.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	%
SEXO		
Masculino	65	91,5
Feminino	6	8,5
IDADE		



10 a 39 anos	33	46,5
40 a 59 anos	27	38,0
Acima de 60 anos	2	2,8
Não responderam	9	12,7
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
Superior completo	7	9,9
Pós-graduação + mestrado	24	33,8
Técnico de enfermagem	40	56,3
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA		
Menos de 1 ano	8	11,3
Entre 1 ano e 3 anos e 11 meses	12	16,9
Entre 4 e 6 anos e 11 meses	5	7,0
Acima de 7 anos	41	57,8
Não responderam	5	7,0
ESPECIALIDADE		
Saúde da Família/Saúde Pública	16	22,5
Outros	11	15,5
Sem especialização	44	62,0
ÁREA DE IDENTIFICAÇÃO PARA ESPECIALIZAÇÃO		
Saúde da Família/Saúde Pública	2	2,8
Outros	20	28,2
Não responderam	49	69,0

Fonte: Elaboração própria.

Também foram identificados que nas unidades as equipes de enfermagem são em sua maioria de técnicos de enfermagem, sendo 40 profissionais de nível médio, e 31 enfermeiros,

desses 24 possuem pós-graduação ou mestrado; como também 41 (57,8%) dos entrevistados estavam na prática clínica a mais de sete anos, e apenas 16 (22,5%) tinham alguma especialização em saúde da família ou saúde pública.

Nas análises foi possível observar que 91% dos profissionais considera importante que na primeira consulta de enfermagem começar a educação em enfermagem sobre a doença, como também 73,2% deles dizem que desenvolvem um plano de ensino para o paciente, 87,3% avaliam o conhecimento dos clientes sobre Diabetes, porém 73,2% afirmam que mesmo com essas ações a prática de reeducação alimentar e a prática de exercícios físicos não são bem aceitos.

Os profissionais também foram questionados a respeito das orientações de enfermagem quanto aos cuidados com os pés diabéticos e 81,7% afirmaram que passam informações, sendo que eles também foram abordados sobre qual a complicação mais corriqueira em seu serviço e 15,4% afirmaram que ferimentos são mais frequentes, juntamente com hiperglicemia, 21,4.

O questionário também abordava questões como educação continuada dos profissionais sobre o Diabetes e 52,1% deles afirmaram que já fizeram algo para se aperfeiçoar.

Além disso haviam questionamentos a respeito da unidade se dispunham de recursos para atender as necessidades farmacológicas, e de materiais para o tratamento do diabético e 47,9% disseram que sim, como também realizavam buscas ativas de pacientes, 54,9%, e que há o controle de todos os pacientes diabéticos da unidade, 87,3%.4

TABELA 2: Intervenções de enfermagem segundo enfermeiros atuantes na atenção básica com pacientes diabéticos no município de Fortaleza, 2018.

Variáveis	N	%
Aspectos Clínicos:		
Pra você qual a importância da Educação em Saúde na 1º Consulta de Enfermagem		
Sim	71	100
Não	0	0
Não Responderam	0	0
Na Consulta é avaliado o conhecimento do paciente sobre o diabetes		
Sim	62	87,3
Não	5	7,0
Não Responderam	4	5,6
Complicação mais comum encontrada em pessoas diabéticas		
Desequilíbrio Glicêmico	24	33,8
Afecções relacionadas a diabetes	25	35,2
Outros	19	26,8


Não Responderam	3	4,2
É desenvolvido um plano de ensino para o paciente diabético		
Sim	52	73,2
Não	15	21,1
Não Responderam	4	5,6
Realizou algum curso sobre assistência ao paciente diabético		
Sim	37	52,1
Não	33	46,5
Não Responderam	1	1,4
Costuma dá orientações referente ao manuseio e cuidados com os pés		
Sim	58	81,7
Não	9	12,7
Não Responderam	4	5,6
É realizado o registro e controle de cada paciente diabético atendido na unidade		
Sim	62	87,3
Não	6	8,5
Não Responderam	3	4,2
A reeducação alimentar e a prática de exercícios são bem aceitas		
Sim	19	26,8
Não	44	62,0
Não Responderam	8	11,3
Os recursos oferecidos suprem a demanda da unidade		
Sim	34	47,9
Não	34	47,9
Não Responderam	3	4,2
São realizadas buscas ativas		
Sim	39	54,9
Não	24	33,8
Não Responderam	8	11,3
Total	71	100

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Para efeito mais didático, a discussão foi dividida em tópicos relevantes a prática do profissional enfermeiro.

Educação em saúde e avaliação do conhecimento do paciente



Estudos de intervenção educativa têm obtido resultados positivos como a mudança no comportamento para adesão a exercícios físicos, à terapia medicamentosa e recomendações de enfermagem, melhora do conhecimento e melhora no autocuidado (LIMA,2017).

Quando o paciente possui conhecimento sobre os riscos e benefícios para sua condição de saúde, se torna mais consciente e predisposto a modificar comportamentos prejudiciais, afirmando que a falta de conhecimento impede a mudança no comportamento humano. Além do conhecimento, as crenças de autoeficácia são extremamente importantes para que aconteçam as modificações de comportamento no âmbito da saúde, pois indivíduos que possuem crenças de autoeficácia acreditam mais em suas habilidades para alcançar seus objetivos, são essas crenças que determinam a visão que o indivíduo tem dos obstáculos e das dificuldades durante a busca do seu objetivo (LIMA,2017; LOPES, 2015).


A motivação em busca de um objetivo sobre sua condição de saúde é aumentada quando os pacientes são orientados a perceber que as mudanças nos hábitos de vida são do seu próprio interesse. A participação ativa, durante todas as fases das ações educativas, promove melhor envolvimento dos indivíduos e auxilia no desenvolvimento da autonomia e tomada de decisão dos indivíduos. O empoderamento do conhecimento sobre a doença influencia direta ou indiretamente no manejo adequado das patologias crônicas. Isso está diretamente relacionada com a escolha do paciente em fazer ou não algo, na motivação, na perseverança diante as dificuldades, na fragilidade no estresse e na depressão que o paciente pode enfrentar durante o tratamento instituído (LIMA,2017).

O empoderamento do conhecimento sobre os riscos e benefícios à própria saúde é condição inicial para a mudança de comportamento do indivíduo. É importante, propor a prática de uma ação educativa para o cuidado do indivíduo com diabetes mellitus (LIMA,2017).

Recorrência das comorbidades que aparecem nos serviços

No presente estudo, os enfermeiros foram abordados sobre qual a complicação mais corriqueira em seu serviço e 39,7% afirmaram que ferimentos são mais frequentes. As ulcerações são consideradas umas das comorbidades mais graves, com estimativa de que 15% dos clientes com DM irão desenvolver lesões no pé ao longo da vida (FILHO; et al, 2017), e é responsável por 40% a 70% de amputações de membros inferiores aos clientes com DM (BRASIL, 2016).

Neste sentido, destaca-se a importância do papel do enfermeiro para aprimorar a assistência aos clientes com DM, torna-se essencial a qualificação desses profissionais de



saúde, necessário planejar os cuidados que devem ser conduzidos pelos enfermeiros com práticas de ações educativas ressaltando a importância dos cuidados, necessário repassar todas as informações sobre a doença, com alerta para evitar as complicações severas do DM, orientações sobre hábitos de vida mais


Avaliação e orientações dos pés diabéticos

A respeito dos cuidados, avaliações e orientações pelos enfermeiros aos pacientes com DM, prevaleceram 74,4% relacionados com os cuidados ao pé diabético. Tais achados consolidam com outro estudo brasileiro que identificou a importância de proporcionar os cuidados de enfermagem para clientes com DM com pé diabético. Os autores citaram que os cuidados de enfermagem mais frequentes foram: orientar sobre como realizar a avaliação dos pés, orientar sobre a hidratar os pés, orientar sobre a secagem entre os dedos dos pés (VIEIRA; et al, 2017).

O papel do enfermeiro na consulta de enfermagem ao diabético é de suma importância, as orientações repassadas aos cuidados com pé diabético proporcionam ao paciente uma melhoria em sua qualidade de vida, evitando assim as lesões, como também futuras amputações. Os enfermeiros podem proporcionar ações de educação e detectar precocemente as alterações na pele e no pé do paciente com o exame físico, reduzindo a incidência do pé diabético e proporcionando o autocuidado pelo paciente (PEREIRA; et al, 2017).

As orientações repassadas pelos enfermeiros sobre o autocuidado do Pé diabético é uma forma de prevenir as lesões, já que a literatura ressalta que a falta de autocuidado é responsável por 40% a 70% de amputações de membros inferiores aos clientes com DM (BRASIL, 2016).

Seguindo a preconização da literatura, as principais orientações repassadas para autocuidado do Pé diabético são: realizar a inspeção diária dos pés, incluindo as áreas entre os dedos; realizar a higiene regular dos pés, seguida da secagem cuidadosa deles, principalmente entre os dedos; cuidado com a temperatura da água. ela deve estar sempre inferior a 37°C, para evitar o risco de queimadura; evitar andar descalço, seja em ambientes fechados ou ao ar livre; sempre use meias claras ao utilizar calçados fechados; usar, sempre que possível, meias com costura de dentro para fora ou, de preferência, sem costura; procurar trocar de meias diariamente; nunca usar meias apertadas e evite usar meias altas acima do joelho; inspecionar e palpar diariamente a parte interna dos calçados, à procura de objetos que possam machucar os pés; usar calçados confortáveis e de tamanho apropriado, evitando o uso de sapatos apertados ou com reentrâncias e costuras irregulares; usar cremes ou óleos hidratantes para pele seca,



porém, evitar usá-los entre os dedos; cortar as unhas em linha reta; não utilizar agentes químicos ou emplastos para remover calos; calos e calosidades devem ser avaliados e tratados pela equipe de saúde; fazer a reavaliação dos pés com a equipe de saúde uma vez ao ano (ou mais vezes, se for solicitado); procurar imediatamente a unidade de saúde se uma bolha, corte, arranhão ou ferida aparecer (BRASIL, 2016). Saudáveis, como práticas de exercício físico e reeducação alimentar proporcionando assim a possibilidade do paciente manter o autocuidado.

Educação continuada e permanente dos profissionais de enfermagem

Em suma a educação continuada e educação permanente são formas de aperfeiçoamento, que visam a ampliação do referencial metodológico, para que assim o profissional melhore suas formas de enfrentamento de suas atividades cotidianas, como também a melhora do atendimento ao cliente (CAVALCANTI; GUZARDI, 2018).

Vê-se então a importância de que os profissionais que na atenção básica estejam sempre buscando novos métodos e maneiras de melhorar ampliar seus conhecimentos, porque assim esses saberes também poderiam ser repassados para os clientes que são atendidos em suas unidades de atuação, desta forma promovendo saúde, como também melhora de seu julgamento social e empatia por seus clientes (TESSER; et al, 2011).

O enfermeiro em seu exercício profissional, em especial aquele atuante na atenção primária, tem por responsabilidade compreender as vertentes do diabetes mellitus, a partir da identificação da sintomatologia da doença, interpretação de exames, tratamento farmacológico, métodos de preventivos e de controle. Como também a parte familiar e psicológicas dos clientes, pois esses aspectos influenciam diretamente na aceitação e adesão ao tratamento da doença, para que haja também cuidados e intervenções eficazes e qualitativas (HERNANDEZ-PAZ; APONTE-GARZÓN, 2014).

Importância da busca ativa

A identificação e a busca ativa dos pacientes diabéticos é uma maneira de identificar e assim formar uma rede de atenção ao paciente diabético, fazendo com que haja uma melhora na qualidade do tratamento, pois a equipe de saúde pode ter conhecimento de como esse paciente evolui (GAMA; et al, 2017).

Para isso os agentes comunitários são a ponte de interligação entre os pacientes e a equipe de saúde e vice-versa, para que assim a terapêutica seja realizada da melhor forma (BRASIL, 2006).



CONCLUSÃO

Com esse estudo pode-se concluir que a equipe de enfermagem da Estratégia da Saúde da Família exerce um papel fundamental para os clientes com diabetes, ampliando para mais variadas práticas de cuidados, como um dos principais as consultas de enfermagem.

Observou-se que se faz cada vez mais necessário um atendimento holístico. As orientações no momento da consulta de enfermagem são de suma importância, favorecendo assim o retorno do paciente a unidade para uma próxima consulta.

Nesse estudo ressaltou-se a relevância de uma educação em saúde desde a primeira consulta referente a todos os aspectos da doença. No qual a maioria dos profissionais identificaram a importância de avaliar o conhecimento do cliente sobre o diabetes.

Por fim, ressalta-se a importância do desenvolvimento deste estudo, pelo grande valor que as intervenções de enfermagem exercem na Atenção Básica ao paciente diabético, devido às altas evidências de diabéticos em todo país. Espera-se que novas pesquisas acadêmicas sejam feitas e que contemplem essa temática, com novas coletas de dados, análises e interpretações de Intervenções de Enfermagem aos pacientes diabéticos. Espera-se que esse estudo sirva de incentivo para novas pesquisas com objetivo de qualificar o atendimento aos clientes diabéticos na Estratégia da Saúde da Família.

REFERÊNCIAS


BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Caderno de Atenção Básica, nº 36: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 1ed, 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pe_diabetico_estrategias_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRASIL, MINISTERIO DA SAUDE. Manual do Pé Diabético: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 1ed, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pe_diabetico_estrategias_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégia do cuidado para a pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)



CAVALCANTI, F de O.L; GUIZARDI, FL. Educação continuada ou permanente em saúde? análise da produção da organização pan-americana da saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 99-122, abril de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100099&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de junho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00119>.

DALCANALE TESSER, C. et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 16, n. 11, p. 4295–4306, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=foh&AN=69910662&lang=pt-br&site=eds-live>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

FILHO, A.C.A de A. et al. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus em um estado do nordeste brasileiro. *Rev Fund Care Online*. 2017 jul/set; 9(3):641-647. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.641-647>

GAMA, C.A.P da; GUIMARÃES, D.A; ROCHA, G.N.G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 12 (3), São João del Rei, setembro-dezembro de 2017. E 1398

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. Métodos de Pesquisa. Rio Grande do Sul, 1ed, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.


HERNANDEZ-PAEZ, R.F; APONTE-GARZON, L.H. Educação em diabetes: um aspecto fundamental na atual formação em enfermagem. *Orinoquia*, Meta, v. 18, n. 2, p. 78-92, dezembro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092014000200007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 22 de junho de 2019.

HINKLE, J.L. et al. Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p.1413-1459

HORTA, H.H.L. et. al. Investigação Saúde. Cuidados de enfermagem com o pé diabético: aspectos fisiopatológicos.v.14, n.1,2015. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/743/696>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

LIMA, C.R de. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. *Ciênc. Educ.*, Universidade Federal de Goiás, p. 141-156, 25 maio 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-73132018000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 jun. 2019.

MALHEIROS, Thaíza *et al.* A IMPORTÂNCIA DE INICIATIVAS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DIABETES MELLITUS. *Diabetes*, [s. l.], v. 11, ed. 3, p. 1-5, 2017. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4197/2371>>. Acesso em: 18 abr. 2020.



PEREIRA, L de F. et al. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4): 1008-1014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1008-1014>

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes 2015: varias visões e um objetivo: melhoria do tratamento do diabetes, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, dez., 2015. Disponível em:<http://www.diabetes.org.br/profissionais/revistas/1765_Revista_SBD_v22n05.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

VIEIRA, V.A de S. et al. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. Rev baiana enferm; (2017); 31(4):e18247. Disponível em <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.21498>

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.486-500, 2015. DOI 10.1590/S0104-12902015000200008



CAPÍTULO 27

PERCEPÇÃO DE MULHERES COM ENDOMETRIOSE SOBRE A DOENÇA

Antonia Valriliania de Oliveira Rodrigues, Enfermeira, Centro Universitário Estácio do Ceará

Adriana Dias Silva de Lima, Enfermeira, Centro Universitário Estácio do Ceará

Vanessa Barreto Bastos Menezes, Mestre em Saúde Pública, Professora Titular do Centro Universitário Estácio do Ceará

RESUMO


O profissional enfermeiro tem papel importante na atenção à saúde dessas mulheres. Ele pode empoderar essa população no sentido de fortalecer o autocuidado com a saúde através de técnicas específicas que fornecerão subsídios para que a mulher sinta que é responsável e protagonista desse processo. Objetivou-se analisar a percepção das mulheres com endometriose acerca da patologia. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual se utilizará para o percurso metodológico a fenomenologia. Foi desenvolvido com mulheres, sabidamente, com diagnóstico de endometriose que residiam no município de Horizonte e proximidades. Realizado no período de Abril a Maio de 2017 através de uma entrevista semiestrutura. Foram entrevistadas cinco mulheres. De posse das transcrições, emergiram cinco unidades, a saber: Sofrimento com a doença, Dificuldade no diagnóstico, Apoio psicossocial e espiritual, Tratamento da Endometriose e Qualidade de vida das mulheres com endometriose. Através dos relatos, observamos que a percepção das mulheres acerca dessa patologia tem pontos convergentes e divergentes. A qualidade de vida vem sendo afetada. As atividades diárias, como ir ao trabalho ou lazer com a família, ficam comprometidas por estarem em crise e as dores serem muito fortes. A partir desses achados, pretende-se contribuir com a construção de instrumentos educativos

Palavras-chave: Endometriose; Conhecimento; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença que acomete uma alta parcela das mulheres em sua fase reprodutiva, trazendo como consequências uma má qualidade de vida para a população feminina¹.

Se não ocorrer a fecundação, o endométrio descama e é eliminado através da menstruação. No entanto, algumas de suas células podem migrar no sentido oposto, subir pelas tubas, cair na cavidade abdominal, multiplicar-se e provocar uma reação inflamatória que caracteriza a endometriose³.



A Endometriose é uma condição ginecológica crônica, dependente de estrógeno, caracterizada pela presença de tecido endometrial em sítios extra-uterino. Sua prevalência varia de 5 a 15% nas mulheres no período reprodutivo e em torno de 3% na pós-menopausa. Esta revisão narrativa tem por finalidade abordar aspectos gerais dessa doença, com enfoque nos Sintomas, Diagnóstico, Tratamento, Custos, Etiopatogenia, Fatores associados à endometriose e Papel da Enfermagem, Saúde da Mulher e Endometriose⁷.

Para melhor compreensão da endometriose, vale lembrar a anatomia do útero. Trata-se de um órgão em forma de pêra constituído por espessa camada de musculatura lisa. A extremidade superior do corpo do útero chama-se fundo. A inferior é o colo que se projeta no interior da vagina, canal de ligação do aparelho ginecológico com o exterior². As tubas uterinas (conhecidas no passado como trompas uterinas) são duas estruturas que se localizam uma de cada lado do útero e conduzem os óvulos produzidos nos ovários até esse órgão. A cavidade interna do útero é revestida por uma mucosa, o endométrio, que sofre as alterações mensais do ciclo menstrual e onde o óvulo fertilizado se implanta³.


A prevalência da Endometriose na população feminina varia de 5 a 15%, chegando até 60% se estudarmos apenas pacientes com infertilidade. Mulheres com endometriose têm 20 vezes mais chances de serem inférteis⁴.

A história natural da endometriose permanece pouco conhecida, não havendo estudos observacionais prospectivos em longo prazo. Sabe-se que, geralmente, se apresenta em mulheres em idade reprodutiva, mantém-se estável ou regride em 50% das mulheres e progride lentamente no restante⁵.

Parece não haver relação com a idade no diagnóstico e gravidade da doença, assim como a presença de focos assintomáticos, não aumenta o risco para desenvolver sintomas em 10 anos de observação⁶.

O quadro clínico das pacientes com endometriose é bastante variável. Uma pequena proporção das pacientes é assintomática (3 a 22%) e a maioria apresenta como sintomas mais comuns dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica (DPC), disúria, disquezia e infertilidade. Um estudo retrospectivo avaliou os aspectos clínicos e epidemiológicos de 892 pacientes portadoras de endometriose⁸.

Um estudo recente mostrou que 81 das 111 pacientes com endometriose avaliadas exibiram disfunção sexual, resultando em uma prevalência de 73%¹⁰. A existência de dor durante o intercursos sexual (dispareunia), a dor crônica como um dos principais sintomas da



doença, a interferência da doença na capacidade reprodutiva da mulher (infertilidade), os sintomas psicológicos (ansiedade/ depressão), os atrasos no diagnóstico estão associados com deterioração da QV e/ou função sexual em pacientes com endometriose¹⁰.

Nos últimos anos, tem crescido a necessidade de formular e implantar ações que proporcionasse uma prática ativa, consciente, comprometida com a prevenção e promoção em saúde, proporcionando qualidade de vida ao sujeito assistido, bem como à família. Seria como um sistema dinâmico que contribuísse como um todo para que a equipe de enfermagem e colocasse em prática seu plano de cuidados com a mulher e sua família¹.

Pode-se inferir a grande importância de um diagnóstico e tratamento eficaz para as mulheres, proporcionando uma atenção especial afim de que elas vivam sem o desconforto causado pela doença, sem comprometer a reprodução, assim como suas atividades diárias e laborais.¹¹

Nesse sentido, o profissional enfermeiro tem papel importante na atenção à saúde dessas mulheres. Ele pode empoderar essa população no sentido de fortalecer o autocuidado com a saúde através de técnicas específicas que fornecerão subsídios para que a mulher sinta que é responsável e protagonista desse processo.

Para tanto, é imperativo que conheçamos o olhar das clientes acometidas por Endometriose. Através desse olhar, podemos ter informações consistentes e formular melhorias na qualidade da assistência à saúde com uma atenção mais qualificada e sensível a essa patologia através do entendimento dos profissionais da saúde da população estudada.


Tendo em vista o alto índice de casos de mulheres com essa patologia, esta pesquisa possui relevância para a saúde pública e seu desenvolvimento poderá implicar em impactos positivos para a melhor compreensão da importância e dos cuidados com a Endometriose.

Para tanto, este estudo tem por objetivo analisar a percepção das mulheres com endometriose acerca da patologia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Para esse estudo, é fundamental compreender a percepção da mulher no caminhar diário após o diagnóstico da Endometriose.

A pesquisa qualitativa precisa, a princípio, situar o fenômeno, tendo em vista, que há sempre um sujeito, em uma situação. Uma pesquisa científica pressupõe uma posição, uma



postura que torna possível investigar os fenômenos a partir de certa perspectiva, a qual habilita o pesquisador a encontrar respostas para sua problemática. Porém, essa perspectiva adotada pode mudar completamente, dando origem a novos meios de olhar os fenômenos e de esclarecer resultados já obtidos¹².

O estudo foi desenvolvido com mulheres, sabidamente, com diagnóstico de endometriose que residiam no município de Horizonte e proximidades. A escolha pelo local foi realizada a partir da facilidade de acesso às mulheres com esse tipo de diagnóstico. Foram selecionadas as mulheres de forma aleatória através de uma busca ativa.

A amostra foi definida com base nos seguintes critérios: pacientes com diagnóstico de endometriose que estivessem em tratamento e residissem no município descrito.


A coleta de dados foi realizada em abril e maio de 2017 por meio de um encontro, previamente agendado, com cada participante em suas residências. Foi realizada, então, uma entrevista semiestruturada e o relato da mulher era gravado através de um recurso de um gravador.

Ao início da entrevista, tiveram como questões norteadoras: Como foi para a senhora vivenciar o diagnóstico da Endometriose? O que significou esta doença para a senhora? Como está sendo o tratamento? A entrevista foi realizada através de uma escuta ativa na qual se buscou investigar as informações repassadas pela cliente no momento da entrevista permitindo falar o tempo que quiser, sem interrompê-la.

Nos momentos em que o silêncio surgia e quando sentir necessidade, recorrerá a algumas técnicas de comunicação terapêutica, como: repetição das últimas expressões citadas para incentivá-la a continuar o discurso, bem como frases: O que você sentiu? Como foi para a senhora viver isso? O que significou para a senhora? A senhora gostaria de falar mais alguma coisa?

As percepções advindas dessas questões foram organizadas e analisadas por meio de abordagem qualitativa dos depoimentos. Para a operacionalização da referida técnica estabeleceu-se 3 etapas, conforme seguem: 1. Pré – análise, 2. Exploração do material, 3. Tratamento dos dados.

Após as entrevistas com as mulheres, houve a transcrição de suas falas, cuidadosamente, para que não se perdessem nenhuma informação. Depois das transcrições, foi realizada a leitura e re-leitura continuadas a fim de que fossem extraídas as unidades de significado para melhor compreensão do fenômeno estudado. Neste sentido, emergiram cinco unidades que serão descritas abaixo, a saber: *Sufrimento com a doença, Dificuldade no diagnóstico, Apoio*



psicossocial e espiritual, Tratamento da Endometriose e Qualidade de vida das mulheres com endometriose.

Para não identificação das mulheres e preservação de sua privacidade, foram escolhidos nomes de flores. Assim, cada mulher recebeu o nome de um tipo de flor. Tivemos, então, 5 flores, identificadas como: Margarida, Bromélia, Orquídea, Girassol e Rosa.

Em obediência à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, a participação do estudo foi voluntária, mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Além do mais é garantido, o anonimato, bem como a liberdade de desistência a qualquer momento do estudo, sem nenhum prejuízo em seu atendimento¹².

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da coleta de dados, ascinto mulheres com diagnóstico de endometriose entrevistadas, mostraram-se bem receptivas e abertas ao diálogo sobre o tema.

Das mulheres pesquisadas, uma delas encontram-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, duas delas na faixa de 35 a 40 anos e duas com mais de 40 anos de idade. Com escolaridade de ensino médio completo. A maioria são dona de casa, uma delas tem comércio próprio e outra trabalha como técnica de enfermagem. A maioria das entrevistadas, são casadas, apenas duas têm filhos, as demais estão tentando engravidar. Todas seguem uma determinada crença. O diagnóstico da doença ocorreu entre o período de 2010 a 2016 para estas mulheres.

Abaixo serão descritas as cinco unidades de significado, a saber: *Sofrimento com a doença, Dificuldade no diagnostico, Apoio psicossocial e espiritual, Tratamento da Endometriose e Qualidade de vida das mulheres com endometriose.*

Sofrimentos com a doença


A Maioria das mulheres apresentou sofrimento físico em todo processo da doença. A sintomatologia, foi indicada de forma de diferente por cada uma. Algumas indicaram a localização das dores no processo da doença. Relataram que sentiam dores nos membros e nos órgãos, diminuição da pressão arterial durante as crises e até mesmo náuseas e muito mal estar. Conforme observamos nas falas a abaixo:

[...] dores não só na barriga como também nos meus ossos, nas pernas e nos meus rins[...] (Margarida).

[...] as crises vinham e baixava a pressão, vomitava, dava náuseas, diarreia, muito, muito mal estar[...] (Rosa).

[...] as dores voltavam muito mais forte ai eu chorava muito, muito mesmo [...] (Orquídea).

[...] e é muito o fluxo da menstruação, é muito grande, é muito intenso[...] (Bromélia).



[...] sentir também dores no ato sexual, muita dor mesmo[...] (Girassol).

Percebemos que essas mulheres passaram por dores muito fortes durante as crises de endometriose, que o grande sofrimento afeta o sono e seu bem estar. Como foi observado nas falas:

[...] senti fortes dores[...] (Margarida).
[...] eu ia esvaindo de dor pro hospital[...] (Rosa).
[...] as dores não parava, só aumentava, tinha noites que passava em claro[...] (Orquídea).
[...] muita dor do lado esquerdo[...] (Bromélia).
[...] minhas dores é pior a cada menstruação[...] (Girassol).
[...] meu sofrimento é diário”. “Sinto dor todo santo dia[...] (Margarida).

A paciente com endometriose pode ser assintomática, referir apenas infertilidade. Mas pode também ter sintomas como dismenorréia severa, dispareunia profunda, dor pélvica crônica, sintomas urinários ou evacuatórios perimenstruais³.


Apoio psicossocial e espiritual

Diante de tanto sofrimento em consequência da patologia, a maioria das mulheres, foram em busca de um apoio que as fortalecessem. Expressaram sentimento de muita fé e esperança ao ser superior (DEUS). Durante toda entrevista, afirmavam sempre que estavam ali suportando tudo porque Deus estava dando força. Como podemos observar nas falas abaixo:

[...] minha esperança é Deus o que me move é Deus [...] (Margarida).
[...] mas tenho fé em Deus, eu vou me livrar dessas dores e ser mãe [...] (Orquídea).
[...] mas eu sei que Deus vai me ajudar [...] (Girassol).
[...] Deus Está sendo meu refúgio [...] (Rosa).
[...] Deus me dará forças [...] (Bromélia).
[...] tenho fé que um dia ainda serei mãe novamente [...] (Girassol).
[...] as vezes acho que só ele entende a minha dor que sinto[...] (Margarida).

A dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente, relacionados ao processo de saúde-doença. Desse modo, os princípios dos cuidados espirituais e social, são valorizados e relatados pelos pacientes que se encontram em cuidados, independente da cultura, tradição religiosa e referência espiritual.¹⁷

O sofrimento contínuo provocado pela endometriose faz com que muitas mulheres paguem um preço pessoal imensurável. Falta às atividades escolares e de lazer, ausência ao trabalho, baixo rendimento profissional, dificuldades conjugais e familiares relacionados aos sintomas físicos e emocionais da doença comprometem profundamente a qualidade de vida destas mulheres^{14,15}.



Uma dessas mulheres relatou que a doença não afeta só o corpo, afeta também o psicológico, o que acarreta a baixa da autoestima. Conforme foi observado na fala abaixo:

[...] essa doença maltrata muito não só a nossa auto estima, nosso psicológico e o nosso corpo também[...](Margarida).

Além dos sintomas dolorosos, a paciente pode relatar ciclos irregulares e sangramento menstrual excessivo crônico, que pode causar prejuízos físicos, psíquicos e sociais, assim como qualquer doença crônica, pois restringe e modifica o convívio diário da paciente com sua rotina¹⁵.

Observamos que essas mulheres passaram por transtornos psicológicos como a depressão e ansiedade. Ao descobrir a endometriose, muitas se deparam com o medo de se tornarem inférteis. Conforme foi observado na fala abaixo:

[...] eu sofri muito, eu entrei até em depressão eu tinha muita ansiedade em saber o que eu realmente tinha[...](Margarida)
[...] meu maior medo é ficar infértil, sabe por que eu muito ser mãe [...]. (Orquídea).


Percebeu-se que as pacientes com endometriose exibem níveis de depressão e ansiedade, evidenciando a necessidade de um tratamento psicológico. A literatura diz que um tratamento médico clínico e/ou cirúrgico não é suficiente para suprir as necessidades de saúde das pacientes com endometriose. Ainda, considerando a íntima relação entre dor e depressão, a primeira deveria ser considerada na análise de depressão. Caso as pacientes com endometriose apresentem ansiedade e depressão, essas condições deveriam ser tratadas logo após o diagnóstico, com a finalidade de não influenciarem negativamente a qualidade de vida das pacientes com a doença¹⁶.

Dificuldade no diagnóstico

A maioria das mulheres apresentou dificuldade na descoberta do diagnóstico. Algumas realizaram exames que não acusam sua real problemática, como a prevenção ginecológica. Passaram por vários médicos até chegar o diagnóstico de endometriose. Conforme observamos nas falas:

[...] comecei a ir pro hospital fazer os exames e nada de diagnóstico sempre suspeita passei por mais de 20 médicos[...](Margarida)
[...] e eu fazia três prevenção e não dava em nada[...](Rosa)
[...] os exames não dava nada[...]. (Orquídea)
[...]ai é muito difícil esse diagnóstico, é muito difícil chegar[...](Bromélia)
[...] disse que eu estava com ovário esquerdo aderido à parede do abdômen[...](Girassol).

O problema da endometriose costuma surgir no início da adolescência ou em mulheres jovens e que, o grande problema consiste na demora do diagnóstico da doença. É apontado que



segundo evidências em estudos brasileiros e estrangeiros, o tempo que a mulher leva para suspeitar de algum sintoma até a descoberta por meio do especialista costuma ser de 8 a 10 anos.¹⁸

Essas mulheres relataram que passaram vários anos para descobrir o diagnóstico da doença, pois os médicos encontraram dificuldade na identificação do diagnóstico. Conforme foi relatado na fala abaixo:

[...] eu passei sete anos para descobrir[...] (Rosa).
[...] passei por vários médico até chegar o diagnóstico de endometriose[...] (Margarida).
[...] como foi difícil diagnóstica o que eu tenho[...] (Girassol).
[...] se tivesse descoberto antes não tinha passado por tanto sofrimento[...] (Orquídea).
[...] deveriam ter estudos para o diagnóstico dessa doença, para que mais mulheres não passem pelo mesmo sofrimento que passei[...] (Margarida).
[...] não sei porque foi tão difícil para os médicos diagnóstica essa doença[...] (Bromélia)


A dificuldade no diagnóstico da endometriose é muito prejudicial às suas portadoras, pois por ser uma doença progressiva, quanto mais tempo se leva para descobri-la e começar a tratá-la, pior o prognóstico. Estudos apontam para uma grande importância de um diagnóstico e tratamento eficaz para as mulheres com endometriose. Proporciona, assim, uma atenção especial afim de que essas clientes vivam sem o desconforto causado pela doença, sem comprometer a reprodução, suas atividades diárias e laborais¹⁹.

Tratamento da endometriose

Com relação ao tratamento essas mulheres passaram por alguns exames como laparoscopia, colonoscopia, biopsia, transvaginal e várias cirurgias como cirurgia exploratória e operando ovário, bexiga, trompas, colón e apêndice. Passando também a ser tratadas com medicamentos para a diminuição da dor e forma de tratamento para essa doença. Conforme será observado nas falas:

[...] fiz a cirurgia passei a sentir fortes dores e até depois da cirurgia muita dor
[...] (Margarida)
[...] eu operei, bexiga, os ovários, as alças, as trompas, o cólon, a apêndice[...]
(ROSA)
[...] fiz a cirurgia e exame de sangue[...] (Orquídea)
[...] tomava Buscopam, tomava Dipirona, tomava bocado, um monte de remédio[...]
(Bromélia)
[...] procurei um ginecologista e ele passou uma transvaginal [...] (Girassol)

Pode-se inferir a grande importância de um diagnóstico e tratamento eficaz para as mulheres, proporcionando uma atenção especial afim de que elas vivam sem o desconforto causado pela doença, sem comprometer a reprodução, assim como suas atividades diárias e laborais.¹¹



Atualmente, o tratamento da endometriose tem como principal objetivo o alívio das queixas e dos sintomas, de acordo com as necessidades individuais das mulheres. Em geral, busca-se o alívio da dor pélvica crônica e a recuperação da fertilidade, por meio de medicação e/ou cirurgia²⁰.

Apesar de todo conhecimento atual sobre a endometriose, ainda não existe uma conduta ideal sem recidiva de sintomas e da doença. Muitas mulheres mantêm a queixa de dor ou de perda da fertilidade mesmo após se submeterem a diversas intervenções, gerando assim, um desgaste emocional devido ao longo caminho percorrido entre o início dos sintomas, diagnóstico e várias tentativas de tratamento da endometriose²⁰.

As mulheres pesquisadas passaram a tomar vários medicamentos para aliviar a dor e também como forma de tratamento da doença. Conforme será observado nas falas abaixo:

*[...] comecei a tomar Isoladex e Dectrovera[...] (Margarida).
[...] quando eu sinto dor tomo tramal ou morfina[...] (Margarida).
“Passei um tempo tomando isoladex”[...] (Rosa).
[...] Hoje estou reagindo melhor com PIETRA”[...] (Rosa)
[...] Tomava Buscopam, tomava Dipirona, tomava bocado, um monte de remédio[...] (Bromélia).*

Com relação ao tratamento essas mulheres passaram por alguns exames até diagnosticar a doença. Conforme será relatado nas falas abaixo:

*[...] mapeamento de endometriose[...] (Margarida).
[...] eu fiz biópsia[...] (Rosa).
[...] fiz exame de sangue (CA125) [...] (Rosa).
[...] fiz uma laparoscopia, fiz uma colonoscopia [...] (Rosa).
[...] fiz a cirurgia e exame de sangue [...] (Orquídea).
[...] fiz ultrassonografia abdominal [...] (Bromélia).
[...] fiz ultrassonografia pélvica [...] (Bromélia).
[...] procurei um ginecologista e ele passou uma transvaginal [...] (Girassol).*

Foi observado que para conseguir o tratamento de endometriose foi muito difícil. Apesar de ter vários locais para tratamento, estes são muito caros. Como podemos observar nas falas:

*[...] ele é muito caro [...] (Margarida).
[...] fiquei assustada como o valor da cirurgia [...] (Orquídea).
[...] difícil de encontrar o tratamento [...] (Girassol).
[...] estou com dois anos correndo atrás desse tratamento [...] (Girassol).*

Embora seja mais complexo e caro a confirmação do diagnóstico é sempre dependente da microscopia, mas a análise diagnóstica é feita por parâmetros clínicos, laparoscópicos, ultrassonográficos, bioquímicos e também através da ressonância magnética, que tem demonstrado ser mais confiável, apresentando 90% de sensibilidade e 98% de especificidade para lesões endometrióticas ocultas à laparoscopia^{20,21}.

Qualidade de vida das mulheres com endometriose

Com base nas entrevistas, podemos perceber que todas essas mulheres passaram e passam até hoje sofrimento com a dor e a infertilidade que essa doença causa. Elas ficam impossibilitadas de fazer suas obrigações como atividades diárias domésticas, trabalho e lazer com a família, pois relatam que afeta o psicológico e auto estima, relatam que essa doença maltrata muito. Como podemos observa nas falas das entrevistadas:

[...] não vou trabalhar e não consigo fazer nada e só em casa[...] (Margarida)
[...] quando tem crises, para tudo, para trabalho, para vida social, para tudo[...]
(Rosa)
[...] afetou meu psicológico[...] (Orquídea)
[...] fiquei sem trabalhar[...] (Bromélia)
[...] eu tava tentando engravidar e não conseguia tava com mais de três anos[...] (Girassol)

Considerando que a doença e a dor são condições crônicas, as pacientes com endometriose exibem redução da qualidade de vida (QV). A função sexual, considerada um dos principais aspectos da QV também é comprometida em mulheres com endometriose⁹.

A redução da qualidade de vida nessa população pode ser explicada pela complexidade da etiologia e manifestação dessa doença, não responsividade de alguns pacientes a intervenções. A dor é um dos principais sintomas, além da interferência da endometriose na capacidade reprodutiva da mulher²².


CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos relatos, observamos que a percepção das mulheres acerca dessa patologia tem pontos convergentes e pontos divergentes. A principal convergência foi relacionada aos sintomas e ao sofrimento com a doença. E a divergência, foi relacionada aos tipos de tratamentos realizados e ao sofrimento emocional.

Podemos perceber que todas essas mulheres sofreram e sofrem até hoje por conta da endometriose. A dificuldade da descoberta do diagnóstico e o fato de algumas ter desenvolvido vários nódulos, aumentaram o sofrimento e geraram um sentimento de revolta e angustia.

O psicológico começou a ser afetado o que pode acarretar problemas psíquicos, como a depressão. O sentimento de culpa por não ter sido tratada com antecedência e o fato dos profissionais não terem detectado previamente ao início das consultas e dos exames realizados.

A qualidade de vida dessas mulheres vem sendo afetada. As atividades diárias, como ir ao trabalho ou até mesmo lazer com a família, ficam comprometidas por estarem em crise e as dores serem muito fortes.



Através desse olhar, podemos perceber o quanto a assistência à saúde precisa ser fortalecida. O profissional enfermeiro tem papel importante na atenção à saúde dessas mulheres. Ele pode empoderar essa população no sentido de fortalecer o autocuidado com a saúde para que a mulher sinta que é responsável e protagonista desse processo.

A partir desses achados, pretende-se contribuir com a construção de instrumentos educativos, como uma cartilha acerca da endometriose. A intenção é que possa ser de fácil acesso a essas mulheres portadoras da doença, com estrutura e literatura de fácil compreensão, podendo ser aplicada também nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

Ischkanian PC, Pelicioni MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 22(2), p. 233-238, 2012.

Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia científica*. São Paulo: Printice-Hall, 2002.

Figueredo J, Nascimento R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). *Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina.* 37(4)p.20-26, 2012.

Minayo MC, Deslandes SF. (Org.) *O desafio do conhecimento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2009.

Minayo MC, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes; 2010.

Passos EP, Freitas F, Schmidt AP, Filho JSLC, Facin AC. Endometriose. In: Freitas; Menk. (Org.). *Rotinas em ginecologia/ – 5.ed.* Porto Alegre: Artmed; 2011.


Leopardi MT, Souza MMT, et al. Reflexões sobre saúde do trabalhador de instituição de ensino superior. *Rev Cuidado Fundamental.* 2009.

Souza MMT. Uma experiência educativa na formação do enfermeiro do trabalho: a humanização no cenário de prática. Niterói (RJ): Centro Universitário Plínio Leite. 6(2) p. 805-811, 2014.

Spigolon DN, et al. Endometriose: impacto econômico e suas perspectivas. *Rev. FEMINA,* 2012; 40(3)p.129-134, 2012.

Spigolon DN, Moro CMC. Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. *Rev. Gaúcha Enferm;* 33(4) p.22-32, 2013.

Ribeiro MAL, Santos SR, Cabral RWL. Sistematização da Assistência na Perspectiva dos Enfermeiros: Uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. *Rev. Gaúcha de Enfermagem;* 33(3) p.174-181, 2012.



Silva JMO, Lopes RLM, Diniz NMF. Fenomenologia. Rev. Brasileira de Enf. Salvador, Dez,2016.

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.

Ribeiro, SC, Pinotti, JA; Barros, ACSD. Endometriose. In: Pinotti; Menk. (ORG.). Ginecologia moderna – condutas da clínica ginecológica da faculdade de medicina da USP/ Cáp.:12- São Paulo: Revinter, 2004.

Damario MA, Rock JA. Recorrência da dor: um problema de qualidade de vida na endometriose. Int J Gynaecol Obstet.50 p.27-42. 2012.

Botão RBS, Soares MRZ, Haydu VB. Endometriose e análise do comportamento: Como o psicólogo clínico pode atuar, Setembro, 2015.

Lorençatto C, Vieira MJN, Marques A, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. Rev. Bras.Vol 53 no 5 São Paulo 2007.

Santos AM. Demora para diagnosticar a endometriose pélvica em serviço público de ginecologia em Campinas. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 12 (2)p.123-129, abr/jun.2003.

Petrelluzzi KFS. Dor, estresse e qualidade de vida em mulheres com endometriose: avaliação de um protocolo de intervenção. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Minson FP, Abrão MS, Junior JS, Krayderte DC, Podgaec S, Assis F. Importância da qualidade de vida em pacientes com endometriose, Ver. Bras. Ginecol. Vol 14, no 1, Rio de Janeiro. Jan. 2012.

Rampinelli H, Melanese BC, Madeira k. Perfil epidemiológico das pacientes atendidas em um consultório privado e submetidas à vídeo laparoscopia para tratamento de endometriose na região de criciúma. Arq Ltanin med, abr-jun. 2013.

Rampinelli H, Melanese BC, Madeira k. Perfil epidemiológico das pacientes atendidas em um consultório privado e submetidas à vídeo laparoscopia para tratamento de endometriose na região de criciúma. Arq Ltanin med, abr-jun. 2013.

Minson FP, Abrão MS, Junior JS, Kraychete DC, Podgaec S, Assis F. Importância da qualidade de vida em pacientes com endometriose, Rev. Bras. General. Vol 14 no Rio de janeiro.Jan.2012



CAPÍTULO 28

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA HEMOTRANSFUSÃO NO RECÉM-NASCIDO

Sara Marina de Oliveira Marques, Especialista em Pediatria e Neonatal, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Erica Vanessa Matos de Freitas, Especialista em Pediatria e Neonatologia, Preceptora da Unifametro, Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Thays Bezerra Brasil, Mestre em Saúde Coletiva, Professora da Unifametro, Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/UFC)

Larissa Nadally da Conceição Feitoza, Enfermeira, Preceptora da UniAteneu. Gestarcare Consultoria

Vanessa Barreto Bastos Menezes, Mestre em Saúde Pública, Professora Titular do Centro Universitário Estácio do Ceará

Nadja Trévia dos Santos, Enfermeira, Gestarcare Consultoria

Soraia De Almeida Da Luz, Enfermeira


RESUMO

O estudo tem como objetivo principal descrever as evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido durante o processo de hemotransfusão. Trata-se de uma revisão integrativa, onde foram consultadas três bases de dados para a seleção das publicações, a saber: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline). O período da coleta de dados correspondeu ao mês de julho de 2020. Para apresentar a categorização dos estudos selecionados foram utilizados dois quadros sinópticos com a descrição dos principais aspectos relevantes para a pesquisa. A partir dos resultados encontrados, foi visto que o profissional de enfermagem atua no processo de hemotransfusão do neonato como protagonista principal intervindo de início para se ter um processo satisfatório e alcançar o objetivo principal, que é oferecer uma assistência positiva para o neonato e seus familiares. Concluiu-se que a enfermagem tem um importante papel no processo de hemotransfusão do neonato, acerca de assegurar um processo seguro e eficaz.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Transfusão de Sangue.

INTRODUÇÃO

A transfusão de sangue e hemocomponentes é considerada uma tecnologia de suma importância na terapêutica moderna. Utilizada de maneira correta, em situações de morbidade ou mortalidade significativa, não preveníveis ou controladas efetivamente de outra forma, pode ajudar a salvar vidas ou melhorar o estado de saúde de muitos pacientes. Entretanto, assim como



outras intervenções terapêuticas, podem ocorrer complicações agudas ou tardias, como o risco de transmissão de agentes infecciosos entre outras complicações clínicas (BRASIL, 2008).


De acordo com Júnior e Garcia (2017), as transfusões são classificadas em: programada (estipulado dia e horário); não urgente (deve acontecer entre as próximas 24 horas); urgente (deve ocorrer entre as próximas 3 horas); e extrema urgência (quando qualquer espera na administração da transfusão pode trazer risco para a vida do paciente).

A transfusão sanguínea é um procedimento no qual os antígenos do doador, sejam eles de membranas celulares ou plasmáticos, são colocados em contato com os anticorpos do receptor. Deste modo, para se evitar reações transfusionais, é importante considerar a compatibilidade entre os antígenos das hemácias do doador (sistema ABO e Rh) e os anticorpos do plasma do receptor. Para que aconteça uma transfusão segura, é necessário ter conhecimento da doença do receptor e da função do hemoterápico a ser transfundido (ANVISA, 2007).

E quando se trata de um público específico como os recém-nascidos (RN) a elegibilidade deste procedimento, os cuidados e a abordagem são diferenciados e especialmente os pré-termos. De acordo com Bianchi e Papacci (2018), a necessidade de transfusão sanguínea em recém-nascidos pré-maturos e de extremo baixo peso ainda permanecem alta, devido suas condições metabólicas, imunológicas e fisiológicas estarem comprometidas.

A necessidade de doações de sangue a partir de um doador se configura como uma prática que gera gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, este processo está embasado na Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 (BRASIL,2001), e em regulamentos técnicos editados pelo Ministério da Saúde, que regulamenta: coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, além de estabelecer o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades (SILVA; SOARES; IWAMOTO, 2009).

Segundo o estudo de Barbosa et al. (2011), o serviço de hemoterapia é um setor especializado que exige conhecimento do enfermeiro para atuar com responsabilidade e competência. Os avanços tecnológicos ocorrem em grande escala e velocidade, exigindo que o profissional se empenhe e se atualize permanentemente. Ainda que o enfermeiro seja cada vez mais requisitado nas diversas atividades ligadas à terapêutica transfusional, não existe reconhecimento por parte da própria categoria, pelo fato de desconhecerem a complexidade do serviço. Nesse contexto, a hemoterapia não é exceção e as inovações são contínuas e ilimitadas.



É preciso cumprir com eficiência todas as etapas do ciclo do sangue, o ciclo hemoterápico, cujo processo inicia-se com a captação e seleção de doadores, seguindo-se as triagens sorológica e imunohematológica no sangue do doador, processamento e fracionamento das unidades coletadas, dispensação, transfusão e avaliação pós-transfusional (FREITAS; FRANCESCHINI, 2012).


É uma terapia complexa que exige conhecimento pela equipe multiprofissional, e principalmente do enfermeiro, que está em contato direto com o paciente, acompanhando e prestando um cuidado especializado, para tornar seguro e ter a sua intervenção se houver alguma intercorrência.

E voltando os cuidados de enfermagem para os neonatos o enfermeiro deve atentar-se com a minimização dos riscos de infecção na hemotransfusão e dentre as formas de assistência está a utilização de um cateter exclusivo para as transfusões não associando a outras infusões ou medicações. Segundo Danski e Mingoranci (2016), o uso do mesmo cateter para a via de transfusão sanguínea e de outros fluidos aumenta em 1,23 vezes o risco de complicações como a infecção, porém o uso exclusivo do cateter diminui em 0,37 vezes esses riscos no RN. Portanto, a utilização do acesso venoso único para esse procedimento é fundamental para proporcionar segurança nesse processo.

A enfermagem tem participação fundamental nos processos que visam garantir e melhorar a qualidade de assistência a ser oferecida, desde a captação do doador até a transfusão. A Resolução nº 306, de 25 de abril de 2006, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (CONFEN, 2006), que define a normatização da atuação do enfermeiro em hemoterapia, onde se preza que todas as unidades de saúde que faz uso do ato transfusional tenha uma equipe de enfermagem capacitada para realizar o procedimento que o enfermeiro é o responsável técnico no planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação de procedimentos de hemoterapia nas unidades de saúde (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010).

Esta resolução determina a responsabilidade do enfermeiro, cujo deve garantir que esses processos sejam livres de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e que a enfermagem deve garantir assistência com segurança. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários relacionados aos cuidados da saúde dos pacientes (SILVA *et al.*, 2016).

Portanto, os cuidados de enfermagem são de suma importância na realização da terapia transfusional e na prática do plano de cuidados nas unidades neonatais. No entanto, o modelo



de cuidado de enfermagem relacionado à terapêutica transfusional varia muito de uma instituição para outra. Dessa forma, o profissional de enfermagem deve buscar conhecimento técnico-científico, adaptando-o corretamente à prática, isentando de riscos todos os envolvidos.

Diante desse contexto, surgiu o interesse das autoras acerca da temática a partir da observação de situações vividas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com enfermeiros frente ao processo de hemotransfusão. O estudo se torna relevante no âmbito de descrever a atuação da classe de enfermagem na realização do citado procedimento.

Então, desenvolveu-se o presente artigo com o objetivo de descrever as evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) durante o processo de transfusão de sangue e hemocomponentes.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Dentre as possibilidades de análise de publicações, a revisão integrativa foi a escolhida para a realização deste trabalho, pois é um método de pesquisa que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2016).

O termo “integrativa” origina-se da união de opiniões, conceitos ou ideias advindas da pesquisa utilizada no método (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Ela pode categorizar de acordo com a incidência, cronologia ou características da amostra, bem como em algum tipo de classificação conceitual pré-determinada e pode ser considerada um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE) (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A integrativa pode ser classificada como uma revisão bibliográfica sistemática (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). O desenvolvimento da revisão integrativa é composto por seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Etapas Metodológicas da Revisão Integrativa

Primeira Etapa: Identificação do Tema e Seleção da Hipótese ou Questão de Pesquisa

O estudo trata-se de uma revisão integrativa que será guiado pela seguinte questão norteadora: Quais os cuidados de enfermagem ao recém-nascido no processo de hemotransfusão?

Segunda Etapa: Estabelecimento de Critérios Para Inclusão e Exclusão e Determinação da Amostra ou Busca na Literatura

Foram consultadas, a partir do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), as seguintes bases de dados para a seleção das publicações: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), sendo utilizadas diferentes estratégias de busca com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o operador booleano *and*.

Os descritores e as combinações identificadas foram: unidade de terapia intensiva neonatal *and* transfusão de sangue, cuidados de enfermagem *and* transfusão de componentes sanguíneos, recém-nascido *and* transfusão de sangue, recém-nascido *and* reação transfusional e cuidados de enfermagem *and* transfusão de sangue. A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2020.

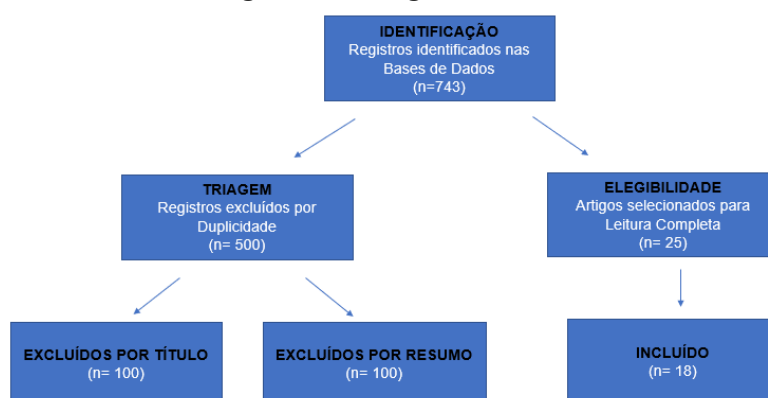
Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponíveis na íntegra *on-line*, em língua portuguesa e inglesa que abordassem a temática acerca dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido no processo de hemotransfusão. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos em mais de uma base de dados e com informações necessárias para a análise não disponíveis.

Fluxograma Prisma

Esta revisão seguiu as orientações propostas no checklist *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA, que compreende as etapas de identificação do material com busca nas bases bibliográficas, seleção de elegibilidade (exclusão de artigos duplicados e aplicação dos critérios de exclusão) e definição das publicações analisadas (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

Abaixo será representado o passo-a-passo da pesquisa até se chegar na amostra final.

Figura 1 – Fluxograma Prisma.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).



Terceira Etapa: Definição das Informações a Serem Extraídas Dos Estudos Seleccionados e Categorização Dos Estudos

Para apresentar a categorização dos estudos seleccionados, foram utilizados dois quadros sinópticos com a descrição dos principais aspectos relevantes para a pesquisa.

O primeiro quadro aborda as características bibliométricas dos estudos seleccionados na amostra da pesquisa: título, autores, ano, país/estado e periódico de publicação. Já o segundo quadro traz as características do conteúdo das publicações: objetivo, tipo de estudo/amostra, intervenções realizadas/principais resultados encontrados e nível de evidência científica desses achados.

O objetivo desta etapa, de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), é sumarizar as informações de maneira concisa, para obter um banco de dados de acesso fácil. Além disso, os artigos deste estudo receberão uma numeração para melhor categorização e contextualização da análise temática.

Quarta Etapa: Avaliação Dos Estudos da Revisão Integrativa

Esta etapa o pesquisador deverá avaliar os resultados de maneira imparcial, com explicações para cada estudo. Contudo, também pode-se abordar a avaliação crítica que é competência do pesquisador e esclarece também quanto a tomada de decisão na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Quinta Etapa: Interpretação Dos Resultados

Há, nesta etapa, a comparação entre o conhecimento pesquisado, as conclusões e implicações da revisão integrativa. Os dados isolados serão unidos e responderão ao problema ou questão orientadora do estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sexta Etapa: Apresentação Da Revisão/Síntese Do Documento.

A apresentação compõe uma explicação clara dos procedimentos empregados em todas as etapas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A exposição dos achados pode acontecer através de meios visuais, como tabelas, gráficos e quadros, e, dessa forma, promover a comparação entre todos os estudos seleccionados, bem como a identificação de padrões, diferenças e a sublocação dos tópicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Questões Éticas Do Estudo

Os direitos autorais dos estudos expostos neste trabalho serão respeitados, ao tempo em

que as devidas referências foram realizadas seguindo as normativas vigentes.

RESULTADOS

A seguir serão representados em dois quadros as principais características dos artigos selecionados para a amostra deste estudo.

Quadro 01: Caracterização dos estudos nacionais e internacionais selecionados quanto ao título, autor, ano/país e periódico de publicação. Fortaleza-Ceará, 2020.

ARTIGO	TÍTULO	AUTORES	ANO/PAÍS	PERIÓDICO
01	Caracterização dos recém-nascidos hemotransfundidos na unidade de terapia intensiva neonatal	MELO, W.S.; et al.	2015 BRASIL	Revista de Enfermagem UFPE Online
02	<i>Lead exposure in premature babies receiving blood cell transfusions</i> <i>Red</i>	ZUBAIRI, H.; et al.	2015 EUA	<i>Pediatric Research</i>
03	Cuidados de enfermagem para segurança do paciente em hemoterapia	PEREIRA, C.S.; et al.	2016 BRASIL	Revista de Enfermagem da UFPI
04	<i>Copper, zinc and iron levels in premature babies after red blood cell transfusion</i>	KISILGÜN, M.; et al.	2016 TURQUIA	<i>Journal of Trace Elements in Medicine and Biology</i>
05	Cuidado pós-transfusional na unidade de terapia intensiva neonatal	CHEREM, E.O.; et al.	2016 BRASIL	Revista Baiana de Enfermagem
06	<i>Outcomes of a quality improvement initiative for</i>	LINDSAY, A.; BENIWAL, M.S.; RNC, N.A. et al	2016 EUA	<i>Advances in Neonatal Care</i>

	<i>prevent unnecessary red blood cell transfusions packaged among extremely newborns low</i>			
07	Hemoterapia e reações transfusionais imediatas: atuação e conhecimento de uma equipe de enfermagem	CARNEIRO, V.S.M.; BARP, M.; COELHO, M.A.	2017 BRASIL	Revista Mineira de Enfermagem
08	<i>Comparison of the heel puncture sample with placenta blood sample for pre-transfusion test</i>	AYSOLA, A.E.; et al.	2018 EUA	<i>Transfusion</i>
09	Saberes do enfermeiro para o cuidado no processo transfusional em recém-nascidos	CHEREM, E.O.; et al.	2017 BRASIL	Revista Gaúcha de Enfermagem
10	<i>Restrictive guideline for transfusion of red blood cells in neonates premature babies: effect of a protocol change</i>	HEEGER, L.E.; et al.	2018 HOLANDA	<i>Vox Sanguinis</i>
	Hemovigilância: a experiência da notificação de reações	GRANDI, J.L.; et al.	2018 BRASIL	Revista da Escola de Enfermagem da USP

11	transfusionais em Hospital Universitário			
12	Processo de terapia transfusional em unidade de terapia intensiva neonatal: o conhecimento do enfermeiro	CHEREN, E.O.; et al.	2018 BRASIL	Texto Contexto Enfermagem
13	Reações de transfusão de sangue e cuidados peritransfusionais	DINIZ, D.P.R.; MORENO, A.H.	2018 BRASIL	CuidArt Enfermagem
14	Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional	FORSTER, F.; et al.	2018 BRASIL	Enfermagem em Foco
15	Educação permanente de equipe de enfermagem em reação transfusional	NAZÁRIO, S.S.; et al.	2019 BRASIL	Revista de Enfermagem UFPE Online
16	<i>What's new in baby transfusions premature? An atualization</i>	KIRPALANI, H.; WHYTE, R.K.	2019 EUA	<i>Neonatology</i>
17	<i>Red blood cell transfusion in neonates: effect on FiO₂ and PaO₂ / SaO₂ ratio and implications for targeting neonatal saturation</i>	NITZAM, Y.; et al.	2017 EUA	<i>The Journal of Pediatrics</i>

18	<i>Impact of sex with a blood donor on transfusion-related outcomes in Premature</i>	MURPHY, T.; et al.	2018 Providence, RI	<i>The Journal of Pediatrics</i>
----	--	--------------------	------------------------	----------------------------------

Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020).

A seguir, será discutido os principais pontos dos artigos expostos no quadro acima.

O artigo 1 trouxe como ideia principal o perfil dos recém-nascidos que tem a indicação da realização de transfusão de sangue ao nascer, e a maioria são bebês que nascem com baixo peso. O concentrado mais visto no estudo foi o de hemácias com indicações para anemia e sepse. Portanto, a prematuridade pode ser uma das indicações para a realização da transfusão sanguínea.


O artigo 2 expõe sobre o risco da exposição dos recém-nascidos ao chumbo ao realizarem a transfusão de concentrado de hemácias. O estudo concluiu que essa exposição pode levar a consequências futuras no desenvolvimento desses bebês.

No artigo 3, trata-se da visão dos acadêmicos de enfermagem acerca das intervenções de enfermagem realizadas para a segurança do paciente que está sendo submetido ao procedimento de hemoterapia, a partir dos resultados encontrados, pode-se identificar que é um assunto ainda pouco abordado em sala de aula e que é considerado de grande importância para a formação desses futuros profissionais.

No artigo 4, o objetivo principal foi averiguar a relação entre os níveis de Cobre, Zinco e Ferro dos bebês após a realização da transfusão de suspensão de eritrócitos, a mesma apresentou resultados significativos, mas que precisam de atenção para se evitar as transfusões repetitivas.

O artigo 5 vem abordando a questão do conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre os principais cuidados na hemotransfusão, têm-se como destaque: a aferição dos sinais vitais, o cuidado com o acesso venoso e o descarte, o que foi visto que ainda é considerado como desconhecimento da equipe de enfermagem é a realização do registro durante o procedimento.

O artigo 6 fala da importância de se seguir um protocolo e uma diretriz específica correta para uma melhor realização da hemotransfusão em bebês, reduzindo assim ao máximo as taxas de erros.



Nos artigos 7 e 11, os autores trazem o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a hemoterapia, principais reações e cuidados. De acordo com os relatos, a maioria das respostas giraram em torno de: a equipe na maioria das vezes acompanha o procedimento em si, mas em compensação relataram poucos sintomas que podem vir a acontecer, os mais vistos foram, febre, prurido e tremor. Em relação, as intervenções que podem ser feitas, após alguma reação adversa, é a interrupção do procedimento seguido da comunicação ao médico responsável.

O artigo 8 demonstra a relação entre a amostra de sangue da placenta e do calcanhar para realização dos testes de pré-transfusão, a partir do estudo feito foi possível verificar que as amostras de sangue da placenta são mais indicadas para os testes de pré-transfusão.

Os artigos 9, 12 e 14, trabalham com o conhecimento do enfermeiro acerca do processo de hemotransfusão no recém-nascido, conclui-se que, a legislação existe contudo os profissionais não sabem da existência de tais dispositivos jurídicos, ou seja, é uma área que a equipe de enfermagem ainda não domina por completo, em relação as principais reações adversas e as intervenções necessárias caso seja preciso interromper o processo, é importante que esses profissionais estejam sempre se atualizando acerca dessa temática para assim oferecer uma melhor assistência aos seus pacientes.

O artigo 10 fala sobre a importância de se adotar um protocolo mais restritivo em relação a realização de transfusões em bebês prematuros, ou seja, com a validação dessas diretrizes é possível diminuir o número de transfusões neste grupo e reduzir também os gastos.

O artigo 13 fala da necessidade de se identificar as principais reações transfusionais e como intervir diante delas. A participação dos profissionais é essencial nessa tomada de decisões, entretanto essa equipe tem que estar capacitada e treinada para atuar nesta área que é considerada tão complexa.

No artigo 15, os autores falam sobre a importância da educação permanente e da atualização dos profissionais diante da prática no processo transfusional, os treinamentos são essenciais para a testagem do conhecimento dos profissionais, pois auxilia na assistência em si.

O artigo 16 conclui que os profissionais tem que tomar conhecimento acerca de quando os bebês irão precisar de transfusão sanguínea, pois, assim, irá reduzir o número de procedimentos desnecessários e os gastos.

O estudo 17, fala sobre a necessidade de se avaliar a relação das transfusões realizadas em neonatos com a pressão de oxigênio no sangue arterial e saturação de oxigênio de

hemoglobina arterial, como resultado foi visto que, há divergências entre os valores encontrados.

No estudo 18, os autores falam que, o sexo do doador pode interferir no processo de transfusão sanguínea para os neonatos, e o sexo feminino é o mais recorrente nesses episódios.

Quadro 02: Caracterização dos estudos nacionais e internacionais selecionados quanto ao objetivo, tipo de estudo/amostra, intervenções realizadas e principais resultados. Fortaleza – Ceará, 2020.

ARTIGO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO/AMOSTRA	INTERVENÇÕES REALIZADAS E PRINCIPAIS RESULTADOS
01	Caracterizar o perfil dos recém-nascidos hemotransfundidos em unidades hospitalares de médio e alto risco.	Quantitativo, retrospectivo e documental n = 57	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria das transfusões (75,44%) foram realizadas em RN de muito baixo peso, média de peso ao nascer de 1344,47 gramas. A idade da primeira transfusão 10,02 dias ($\pm 8,1$), entre 0,38 e 28 dias de vida. ➤ O hemocomponente mais infundido foi concentrado de hemácias (54,97%) e as indicações para transfusão: anemia (28,07%), causas associadas à anemia (19,3%) e sepse (8,77%).
02	Quantificar a exposição em prematuros ≤ 30 semanas de idade gestacional (IG).	Coorte prospectivo n = 75	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os BLLs infantis pós-transfusão se correlacionam significativamente com o nível de chumbo pRBCs transfundidos.
03	Averiguar os cuidados de enfermagem sobre segurança do paciente em hemoterapia na percepção dos graduandos.	Descritivo, qualitativo n = 9 alunos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A abordagem do tema é ministrada superficialmente através de aulas explicativas, na maioria das vezes, teóricas. ➤ Alguns relataram não ser um tema abordado e que o conhecimento adquirido se restringiu a uma aula durante visita.
04	Investigar o efeito da transfusão de suspensão de eritrócitos sobre os		<ul style="list-style-type: none"> ➤ As diferenças antes e depois da transfusão nos níveis de Cu, Zn e Fe foram significativas. ➤ A correlação entre os níveis plasmáticos e eritrocitários de Fe

	níveis de Cu, Zn e Fe.	Qualitativo n = 53 RNPT	foi significativa antes e depois da transfusão de ES.
05	Identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem no processo pós-transfusional na unidade de terapia intensiva neonatal.	Qualitativo n = 35 Enfermeiras	<ul style="list-style-type: none"> ➤ As enfermeiras têm conhecimento da importância da aferição e do registro dos sinais vitais, da manutenção do acesso venoso periférico após a transfusão sanguínea, do adequado descarte da bolsa de sangue e do equipamento da terapêutica, mas desconhecem a necessidade do registro de enfermagem previsto na legislação que trata do assunto.
06	Desenvolver e Implementar uma diretriz de transfusão de PRBC baseada em evidências para bebês ELBW tratados na unidade e então medir a adesão do provedor a esta diretriz.	Retrospectivo Amostra = bebês ELBW (6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ao extrapolar o protocolo recém-desenvolvido para os dados de 2012, menos de 15% das transfusões entre bebês ELBW teriam atendido ao padrão atual baseado em evidências. ➤ Por outro lado, durante os primeiros 6 meses de 2014, 61% das transfusões foram administradas em conformidade com a diretriz ($P < 001$). ➤ Usando as estimativas de custo atuais, isso representa uma economia de custo projetada de \$ 31.000 naquele período de 6 meses
07	Verificar o conhecimento da		<ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos participantes (62%) informou se sentir preparada para

	<p>equipe de enfermagem sobre hemoterapia, reações transfusionais imediatas e cuidados indicados diante desses casos.</p>	<p>Descritivo, quantitativa n = 29 enfermeiros</p>	<p>acompanhar o paciente durante a terapia transfusional e 65,38%.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Em relação aos sinais e sintomas das reações transfusionais, poucos foram citados. As principais respostas foram: febre (62,07%), seguida de prurido (44,83%) e tremor (37,93%). ➤ Pequena parte (28%) soube informar o período em que esses sinais podem surgir. ➤ Sobre os cuidados que devem ser tomados diante das reações transfusionais imediatas, a resposta mais citada foi interromper a transfusão (93,10%), seguida de comunicar o médico (86,21%) e comunicar o banco de sangue (48,28%)
08	<p>Mostrar a concordância entre a punção do calcanhar e pares de amostras de sangue da placenta para testes de pré-transfusão e validar o tubo e o método de gel para amostras de placenta</p>	<p>Coorte n = 32 RN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Este estudo mostra 100% de concordância em 32 pares de amostra para testes ABO, D e DAT. ➤ Os resultados da triagem de anticorpos foram comparados em 29 pares de amostras. 28 pares de amostras foram concordantes, mas uma amostra de sangue da placenta foi mais sensível para detectar um anticorpo materno fraco do que sua picada de calcanhar correspondente.
09	<p>Analisar o conhecimento do enfermeiro acerca do processo transfusional para o cuidado do</p>	<p>Descritivo, exploratório, qualitativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Com a identificação do conhecimento do enfermeiro neonatologista a respeito do processo transfusional, é possível promover a sua capacitação tendo

	recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal	n = 15 enfermeiras	em vista a qualidade e a segurança dos cuidados relacionados ao processo transfusional em recém-nascidos
10	Avaliar as práticas de transfusão de hemácias em neonatos prematuros antes e depois da mudança de protocolo	Coorte, retrospectivo Neonatos Amostra = 1584 recém-nascidos pré-termo (<32 semanas de gestação) internados entre 2008 e 2017	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A percentagem de recém-nascidos prematuros que requereram uma transfusão de sangue foi de 37,5% antes e 32,7% após a mudança de protocolo (P = 0,040). ➤ O número médio de transfusões dadas a cada RN diminuiu de 2,93 (desvio padrão (DP) – 2,26) a 2,20 (SD – 1,29) (P = 0007). ➤ Não observamos associação entre as mudanças nas práticas transfusionais e os resultados neonatais
11	<i>Analisar as ocorrências de reações transfusionais em pacientes internados, receptores de sangue e hemocomponentes.</i>	<i>Descritivo, retrospectivo Amostra = 1.548 Fichas, de um total de 1.559</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Reações imediatas, associadas ao Concentrado de Hemácias (72,5%), a mais comum foi a Reação Febril Não Hemolítica Leve, e, entre as graves e moderadas, a Reação Alérgica.</i> ➤ <i>Os sinais e sintomas mais notificados foram a hipertermia, a sudorese, os calafrios e as lesões em derme.</i> ➤ <i>Não foram observadas diferenças entre sexo e idade,</i> ➤ <i>90,7% das reações ocorreram em pacientes com Fator Rh+</i>
12	Analisar o conhecimento do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal acerca do processo da terapia transfusional.		<ul style="list-style-type: none"> ➤ A categoria temática o processo pré-transfusional na atenção ao recém-nascido e sua interface para o cuidado obteve duas subcategorias: “Contextualizando a prática na indicação transfusional e nos exames de compatibilidade sanguínea”; e

		Descritivo, qualitativo n = 35 enfermeiros	<p>“Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido ante o procedimento transfusional”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os enfermeiros citaram a importância da conferência da bolsa de sangue, punção do acesso venoso periférico e a não administração de antibiótico no momento da infusão.
13	Identificar o conhecimento do profissional envolvido no serviço de hemoterapia.	Estudo de campo Quali-quantitativo n= 65 profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A análise dos resultados mostra que os profissionais desempenham papel decisivo para tomar atitudes corretas diante do aparecimento de reações.
14	Conhecer a percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional.	Qualitativa, exploratória e descritiva. n = 18 enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Emergiram três categorias: o papel do enfermeiro no processo transfusional; assistência de enfermagem na transfusão sanguínea e suas reações; facilidades e dificuldades do enfermeiro no processo transfusional.
15	Identificar o conhecimento dos profissionais de Enfermagem sobre a reação transfusional, antes e após atividade de educação permanente.	Quali-quantitativo n = 37 profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quanto às avaliações, o percentual de acerto foi de 56% no pré-teste, enquanto, no pós-teste, esse percentual subiu para 87%, uma melhora de 31% no percentual de acerto.
16	Descrever as conclusões dos relatórios existentes de RCT.	Ensaio Clínico Randomizado n = 614 bebês	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A conclusão de 2 grandes estudos comparando os limiares de transfusão de hemoglobina ajudará os médicos a responder à pergunta de quando bebês prematuros devem ser transfundidos.

17	Avaliar o efeito das transfusões de sangue em neonatos sobre a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (PaO ²), saturação de oxigênio da hemoglobina arterial (SaO ²) e saturação de oxigênio de hemoglobina arterial medida por oximetria de pulso (SpO ²).	Retrospectivo Amostra = neonatos pós-transfusionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pós-transfusão, os neonatos tinham menor concentração de hemoglobina de oxigênio finidade. Eles receberam FiO² mais alto e teve maior PaO² no mesmo SpO², Estudos prospectivos maiores são necessários para confirmar as descobertas.
18	Explorar o papel do sexo do doador de glóbulos vermelhos nos resultados neonatais de bebês prematuros.	Coorte retrospectivo, n = 462	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os resultados preliminares sugerem que o sangue doador feminino foi associado à vulnerabilidade do prematuro às morbidades neonatais


Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020).

A seguir serão discutidos a importância de uma equipe de enfermagem atuante e especializada e os principais cuidados que esses profissionais realizam na terapia transfusional.

DISCUSSÃO

A técnica da medicina transfusional é considerada um processo complexo, e requer serviços de hemoterapia bem equipados, com recursos humanos bem qualificados com sistema de gestão de qualidade implementados e uma estrutura gerencial planejada entre os setores da área técnica e administrativa (COLSAN, 2011).

Os recém-nascidos internados nas UTIN são considerados um grupo de pacientes que, proporcionalmente, mais consome hemocomponentes. A hemotransfusão em Neonatologia se diferencia da do adulto, pelo o fato das seguintes características: aumento da sensibilidade ao frio do que o adulto; maior risco de anóxia tecidual; imaturidade metabólica e imunológica,



fisiologia hematológica peculiar e patologias próprias do RN. Desta forma, o conhecimento por parte do enfermeiro torna-se primordial para assegurar esse cuidado especializado (DINIZ *et al.*, 2001).

É de suma importância que o profissional acompanhe o paciente nos primeiros minutos durante a transfusão, pois caso aconteça algum evento adverso como, por exemplo, uma reação transfusional, ele o identifica de maneira precoce e diminui possíveis danos ao paciente. O profissional responsável (enfermeiro) pela realização do procedimento transfusional deve dar início a infusão de forma lenta, certificando-se de que o acesso venoso periférico é satisfatório; deve manter o fluxo de infusão após ver as condições clínicas do RN, observando possíveis riscos de sobrecarga de volume (infusões rápidas) e atentando também para o edema no local ou em volta do acesso venoso (SILVA; SOARES; IWAMOTO, 2009; ANDRZEJEWSKI *et al.*, 2012).

Nesse sentido, os valores dos sinais vitais podem ser um indicativo para monitorar os RN's e “alertar” os enfermeiros que estão realizando os cuidados diretos para a possibilidade de suspeitas de reações transfusionais (SOUZA *et al.*, 2014).


Portanto, o RN deve ser mantido sob vigilância pelo enfermeiro para facilitar a detecção precoce de eventuais reações transfusionais, conforme exigência da Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

A equipe de enfermagem deve ter o conhecimento de não só realizar as transfusões, mas também precisam reconhecer as suas indicações, providenciar a checagem de informações importantes na prevenção de erros, orientar os clientes sobre a transfusão, detectar, informar e agir no atendimento das reações transfusionais e documentar todo o procedimento (FERREIRA *et al.*, 2007)

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que as evidências científicas revelam que o uso de hemocomponentes no recém-nascido traz benefícios, mas o risco de complicação é alto quando estamos tratando de uma questão fisiológica que pode ser alterada pela idade e quadro clínico.

A equipe de enfermagem, que são os profissionais mais diretamente responsáveis pelo o resultado satisfatório da transfusão, trabalham desde o primeiro contato com o paciente até a finalização do processo transfusional. Esta assistência exige competência e cuidados específicos por parte de todos os profissionais envolvidos.



Uma das principais exigências do processo transfusional é garantir a qualidade e segurança com o intuito de reduzir o maior número de erros e complicações nos pacientes que irão se submeter a este tipo de procedimento.

Portanto, as evidências científicas acerca dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido durante o processo de hemotransfusão, mostra um melhor resultado na assistência de enfermagem quando se tem empoderamento do assunto. A partir dos resultados encontrados pode-se identificar que a presença do enfermeiro nos primeiros minutos de transfusão é essencial para um processo satisfatório na vida no RN, pois iniciando uma maneira correta e segura seguindo todos os protocolos se alcança os resultados positivos.

REFERÊNCIAS

AYSOLA, A.E.; DUQUE, M.A.; WILLIAMS, P.; ALISSA, R. Comparison of heel stick sample with placental blood sample for pretransfusion testing. **National Library of Medicine**, v. 58, n. 9, p. 2227-2231, 2018.

BARBOSA, S.M.; TORRES, C.A.; GUBERT, F.A.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C. Hemotherapeutic practice in Brazilian nursing: an integrative review. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 132-6, 2011.

BENIWAL, L. A.; KLEVEN, K.L.; MOODY, L.T.; MOLIN, B.M.; KANTOLA, S.J.; CARLSON, M.L.; SCHUNING, V.S.; JAIN, S.; BUSKIRK, C.M.; HARRIS, M.N.; CAREY, W.A.; ELLSWORTH, M.A. Outcomes of a Quality Improvement Initiative to Prevent Unnecessary Packed Red Blood Cell Transfusions Among Extremely Low Birth-Weight Neonates. **National Library of Medicine**, v. 16, n. 1, p. 3-9, 2016.


BIANCHI, M.; PAPACCI, P.; VALENTINI, C.G.; BARBAGALLO, O.; VENTO, G.; TEOFILI, G. **Umbilical cord blood as a source for red- blood- cell transfusion in neonatology: a systematic review**. **Wiley Online Library**, v. 113, n. 8, p. 713-725, 2018.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas**. Brasília: Anvisa, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. Brasília, 21 mar. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110205.htm. Acesso em: 17 set. 2020.

BRASIL. Guia para uso de Hemocomponentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 03 jul. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2011 jun 14;148 (113 Seção 1):27.



CARNEIRO, V.S.M.; MILARA, B.; COELHO, M.A. **Hemoterapia e reações transfusionais imediatas**: atuação e conhecimento de uma equipe de enfermagem. *REME rev. min. Enferm*, v. 21, p. 1-8, 2017.

CHEREM, E.O.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; PIMENTA, P.C.O.; SOUZA, F.D.L.; GUERRA, J.V.V. Processo de terapia transfusional em unidade de terapia intensiva neonatal: o conhecimento do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, v. 27, n. 1, 2018.

CHEREM, E.O.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; SOUZA, F.D.L.; GUERRA, J.V.V.; MACIEL, V.L. Saberes do enfermeiro para o cuidado no processo transfusional em recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 38, n. 1, 2017.

CHEREM, E.O.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; SOUZA, F.D.L.; GUERRA, J.V.V.; MACIEL, V.L. Cuidado pós-transfusional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 30, n. 4, p. 1-8, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 306. Brasília, 25 abr. 2006. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3062006_4341.html. Acesso em: 14 set. 2020.

COLSAN, Associação Beneficente de Coleta de Sangue. Manual de Hemoterapia. 7ª ed. São Paulo; 2011.

CUNHA, C.C.A.; BOTELHO, L.L.R.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais gestão e sociedade. *Revista eletrônica gestão e sociedade*. Belo Horizonte, v. 5, n.11, p. 121-136, Mai./Ago. 2011.

DANSKI, M.T.R.; MIGORANCE, P.; ATHANASIO, J.D.; VAYEGO, S.A.; JOLLINE, L.; Incidence of local complications and risk factors associated with peripheral intravenous catheter in neonates. *Rev. Esc. Enferm*, v. 50, n. 1, p. 22-28, 2016.

DINIZ, D.P.R.; MORENO, A.H. **Reação de Transusão de Sangue e Cuidados Peritransfusional**. *Cuid Arte, Enferm*, v. 12, n. 1, p. 59-66, 2018.


DINIZ, E.M.A.; ALBIERO, A.L.; CECCON, M.E.; MARIA ESTHER, J.; VAZ, F.A. **Uso de sangue, hemocomponentes e hemoderivados no recém-nascido**. Rio de Janeiro, v. 77, p. 104-14, 2001.

DUARTE, E.D.; SENA, R.R.; TAVARES, T.S. Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática. *Rev Eletrôn Enferm*, v. 12, n. 3, p. 539-46, 2010.

ERCOLE, F.F; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem – REME*, v. 18.1, 2014.

FERREIRA, O.; MARTINEZLL, E.Z.; MOTALL, C.A.; SILVA, A.M. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de enfermagem. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter*, v. 29, n. 2, 2010.

FORSTER, F.; CÂMARA, A.L.; MORAES, C.L.K.; HONÓRIO, M.T. **Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional**. *Enferm. Foco*, v. 9, n. 3, p. 71-75, 2018.



FREITAS, B.A.C.; FRANCESCHINI, S.C.C. Fatores associados à transfusão de concentrado de hemácias em prematuros de uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 24, n. 3, p. 224-9, 2012.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. **Principais itens para relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-342, jun. 2015.

GRANDI, J.L.; GRELL, Mariana Cabrera.; ARECO, Kelsy Catherina Nema.; BARBOSA, Dulce Aparecida. Hemovigilância: a experiência da notificação de reações transfusionais em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, 2018.

HEEGER, L.E.; COUNSILMAN, C.E.; BEKKER, V.; BERGMAN, K.A.; ZWAGINGA, J.J.; PAS, A.B.T.; LOPRIORE, E. Restrictive guideline for red blood cell transfusions in preterm neonates: effect of a protocol change. *National Library of Medicine*, v, 114, n. 1, p. 57-62, 2018.

KIZILGÜN, M.; TAKCI, S.; ERKEKOGLU, P.; ASCI, A.; BALCI, A.; VIGIT, S.; GUMUSEL, B.K. Copper, zinc and iron levels in premature infants following red blood cell transfusion. *Science Direct*, v. 38, p. 126-130, 2016.

MELO, W.S.; BEZERRA, C.M.; MAGALHÃES, M.F.P.; LEITÃO, C.V.M.; CAMELO, E.M. Caracterização dos recém-nascidos hemotransfundidos na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, n. 2, p. 902-9, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.4, n.17, p. 758-64, Out./Dez. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 1.353. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília, 13 jun. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1353_13_06_2011.html. Acesso em: 17 set. 2020.


NAZÁRIO, S.S.; BARANCELLI, M.D.C.; GANDOLFI, M.; MARCONDES, C.; SPAGNOLO, L.M.L. Educação permanente de equipe de enfermagem em reação transfusional. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, n. 2, p. 307-14, 2019.

NITZAN, I.; HAMERMANN, C.; MIMOUNI, F.B.; NUN, A.B. Packed red blood cells transfusion in neonates: effect on FiO₂ and PaO₂/SaO₂ ratio, and implications for neonatal saturation targeting. **National Library of Medicine**, v. 38, n. 6, p. 693-695, 2018.

PEREIRA, C.S.; SILVA, F.C.; MONTEIRO, M.G.S.; RODRIGUES, A.M.U.; ABREU, R.N.D.C. Nursing care for safety patient in hemotherapy. **Rev Enferm UFPI**, v. 5, nº 1, p. 28-33, 2016.

SILVA, K.F.N.; SOARES, S.; IWAMOTO, H.H. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**, v. 31, n. 6, 2009.

SILVA, A. T.; ALVES, M.G.; SANCHES, R.S.; TERRA, F.S.; RESCK, Z.M.R. **Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro.** Saúde Debate, v. 40, n. 111, p. 292-301, 2016.



SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Morumbi : **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, G.F.; NASCIMENTO, E.R.P.; LAZZARI, D.D. Good nursing practices in the intensive care unit: care practices during and after blood transfusion. **Revista Mineira de Enfermagem – REME**, v. 18, n. 4, p. 939-946, 2014.

THOMAS, M.D.; CHAWLA, A.; TUCKER, R.; VOHR, B. Impact of Blood Donor Sex on Transfusion-Related Outcomes in Preterm Infants. **The Journal Pediatrics**, v. 201, p. 215-220, 2018.

ZUBAIRI, H.; VISINTAINER, P.; FLEMING, J.; RICHARDSON, M. Lead exposure in preterm infants receiving red blood cell transfusions. **Pediatric Research**, v. 77, n. 6, p. 814-818, 2015.



CAPÍTULO 29

CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR EM SAÚDE PARA A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Emilly Gabrieli Oliveira Bogo, Graduando em Enfermagem pela Faculdade Adventista Paranaense, FAP

Wanderson Rocha Oliveira, Mestrando pelo Programa de Biociências e Fisiopatologia na Universidade Estadual de Maringá

Márcio Fraiberg Machado, Doutor em Educação, Pontifícia Universidade Católica


RESUMO

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo de responsabilidade do enfermeiro a implementação de práticas de educação em saúde em sua assistência, como promotor de saúde. Este estudo teve como objetivo apontar o papel do enfermeiro na adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. Como questão norteadora: “Quais as ações do Enfermeiro para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo?” Realizou-se a busca dos artigos por meio das bases de dados BDNF e LILACS, considerando os anos de 2015 a 2020, utilizando os descritores do DeCS: ‘Hipertensão Arterial’, ‘Enfermagem’, ‘Promoção de Saúde’ e ‘Educação em saúde’. Como critérios de inclusão foram utilizados trabalhos que estivessem de acordo com a temática, publicados em língua portuguesa, que estivessem completos e não fossem fotocópias. Excluíram-se teses e dissertações. Foi utilizada a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), como instrumento para identificação das ações de Enfermagem. A análise revelou que os idosos portadores de HAS manifestaram uma qualidade de vida em seus domínios físicos, psicológicos, ambientais, de autonomia e participação social menores, com relação aos pacientes que não são hipertensos. O conhecimento do enfermeiro acerca desta realidade possibilita a organização e gerenciamento da assistência, gerando estratégias de promoção e prevenção, na intenção de amenizar possíveis riscos provenientes da HAS no qual os pacientes estão expostos. O uso do CIPESC promove agilidade e prontidão nas ações de Enfermagem, possibilitando as práticas de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro para minimizar dificuldades na adesão ao tratamento do indivíduo hipertenso.

PALAVRAS – CHAVE: Hipertensão Arterial, Enfermagem, Promoção de Saúde, Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como sendo uma doença caracterizada por elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica. Essa doença é frequentemente associada a modificações funcionais ou estruturais de órgãos dos quais são alvos, como (rins, vasos sanguíneos, encéfalo e coração), além de frequentes alterações metabólicas (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).




Possui uma alta prevalência e baixos percentuais de controle, sendo considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas de saúde pública. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

No Brasil as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Para controle desta, o estilo de vida dos indivíduos portadores de HAS, necessita de modificações, não apenas curativas, mas principalmente, preventivas. Desta forma, o entendimento acerca dos possíveis impactos causado na qualidade de vida do indivíduo deve ser adquirido, pois mudanças realizadas no estilo de vida, podem controlar potencialmente os níveis da Pressão Arterial (PA), diminuindo assim a mortalidade cardiovascular (BRITO et al., 2008).

Sendo assim, faz-se necessário mudanças de hábitos em relação à alimentação, ao uso de tabaco e de bebida alcoólica, bem como a prática de exercícios físicos. Mudar o hábito de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria concepção de saúde que o indivíduo possui (JARDIM et al., 1996).

Para Pierin e Mion (2001), a relação dos membros da equipe de saúde com o paciente hipertenso, é um fator altamente necessário no processo da adesão ao tratamento. O profissional deve se aperfeiçoar recursos e estratégias junto aos hipertensos, com a participação ativa dos mesmos, visando a melhoria da qualidade de vida. O estabelecimento de uma relação aberta com o paciente bem como a identificação de seu conhecimento e as suas preferências, permite uma maior adesão ao tratamento.



De acordo com Moura e Nogueira (2013), a educação em saúde é um método que os profissionais de saúde devem adotar com vistas ao atendimento integral do indivíduo patologizado. Por meio da educação em saúde, pode se gerar oportunidades de reflexão sobre saúde, práticas de cuidados e mudanças de costumes, constituindo-se um dos pilares da promoção da saúde.

Nesse caso, cabe ao profissional Enfermeiro a elaboração de métodos que incentivem o auto cuidado para possibilitar a diminuição das taxas de não - adesão ao tratamento, ressalta – se também que, para a efetividade das ações de educação em saúde é preciso repensar a comunicação desenvolvida entre o profissional e o paciente, pois essas práticas utilizadas, são capazes de proporcionar ao enfermeiro aproximação necessária ao paciente ou comunidade, posteriormente, a diminuição das dificuldades quando diligenciarem com pacientes, nos quais necessitam de autocuidado e adesão a melhores hábitos de vida.

Este estudo teve como objetivo apontar o papel do enfermeiro na adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática elaborada a partir dos seguintes passos: formação da hipótese e objetivos da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; exposição das informações a serem extraídas dos artigos que foram selecionados; verificação dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e; a apresentação da revisão.

À fim de dar um seguimento à revisão, formulou-se o seguinte questionamento: “Quais as ações do Enfermeiro para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo?”

Realizou - se a busca dos artigos por meio das bases de dados: BDNF (Base de dados de Enfermagem e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), considerando os anos de 2015 a 2020, utilizando os descritores do DeCS: ‘Hipertensão Arterial’, ‘Enfermagem’, ‘Promoção de Saúde’ e ‘Educação em saúde’.

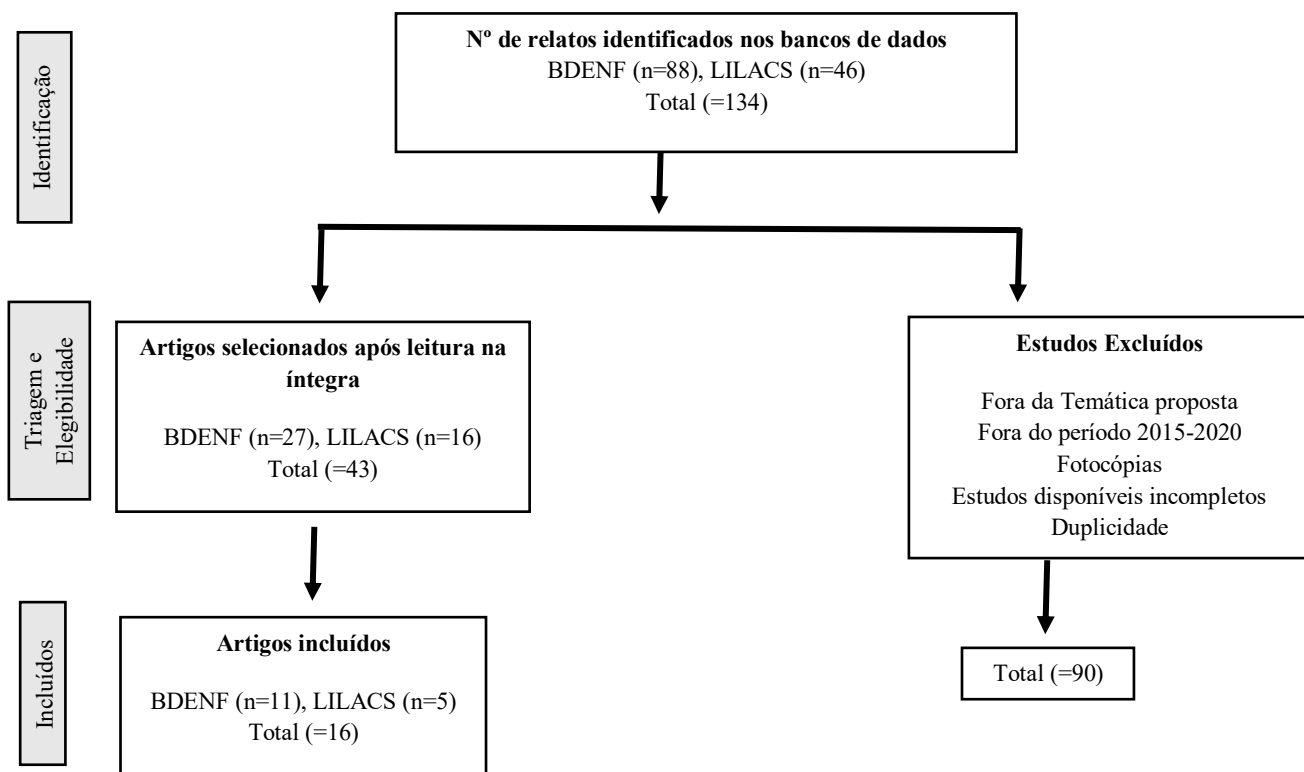
Como critérios de inclusão foram utilizados trabalhos que estivessem de acordo com a temática, publicados em língua portuguesa, que estivessem completos e não fossem fotocópias. Excluíram-se teses e dissertações.

Foram encontrados artigos abordando a temática educação em saúde, entretanto, após a revisão dos resumos e análise realizada a partir de uma seleção para identificação de aplicações de práticas de promoção de saúde, foram selecionados artigos que avaliaram a prática de

educação em saúde desenvolvida pelos profissionais de enfermagem com pacientes hipertensos, concluindo -se entre artigos nacionais. Posteriormente à essa etapa foi iniciada a leitura dos artigos para por fim, haver a organização dos mesmos.

O processo de seleção dos artigos é descrito no Diagrama 1.

Diagrama 1. Processo de Seleção dos Artigos



Fonte: os autores (2020)

Foi utilizado a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), como instrumento para identificação das ações de Enfermagem na educação em saúde do paciente hipertenso. O CIPESC é um instrumento de trabalho do Enfermeiro na saúde coletiva, auxiliando na assistência direta ao paciente, na gerência e investigação, permitindo a captura dos padrões de práticas de Enfermagem de forma multifacetadas e realizados por multiagentes (CUBAS; EGRY, 2008).

RESULTADOS

No que concerne à autoria e áreas do conhecimento dos artigos incluídos na revisão sistemática, dezesseis (16) são estudos da Enfermagem, produzidos por especialistas e acadêmicos de Enfermagem. Todos os artigos incluídos passam por uma departamentalização, na qual, são referidos a sub áreas de Atenção à Saúde, Saúde Pública, Promoção de Saúde e Educação em Saúde.

Tabela 1 - Disposição dos artigos selecionados

AUTORES (ANO) PERIÓDICO	TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
MANTOVANI et al., 2017 - Cogitare Enfermagem	Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão	Investigar a relação entre a depressão e a qualidade de vida em adultos com hipertensão.	Conhecer esta relação pode contribuir para o enfermeiro no planejamento do cuidado à pessoa com hipertensão, na melhora dos sintomas depressivos e consequentemente na qualidade de vida.
GHELMAN et. Al., 2018 - Rev Enferm UFPE online.	Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados.	Identificar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso de portadores de hipertensão arterial sistêmica.	A adesão ao tratamento medicamentoso para a hipertensão arterial é influenciada por múltiplos fatores, o que revela a necessidade de intervenções individualizadas e inovadoras que contemplem a realidade de cada sujeito, favoreçam a aderência à terapia e a consequente melhoria da qualidade de vida.
RESENDE et al., 2018 - Rev Enferm UFPE online.	Dificuldade de idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial.	Analisar as dificuldades de idosos na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.	Observou-se que os aspectos sociodemográficos, as alterações do estado emocional, a falta de acessibilidade e rede de apoio, a ausência de sintomatologia da hipertensão arterial e a violência urbana influenciaram a adesão à terapêutica por parte dos idosos. Espera-se que este estudo sirva de subsídio para nortear a assistência a esses pacientes, no âmbito da atenção primária, priorizando o cuidado holístico.
GOIS et al., 2016 – Rev Min Enferm	Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de saúde da família.	Traçar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) acompanhados por uma equipe de saúde da família.	Os participantes do estudo eram adultos jovens e idosos, casados, com baixa escolaridade e renda. Os fatores de risco que mais se destacaram foram: dislipidemia, sedentarismo, IMC, RCQ acima do normal, assim como a circunferência da cintura entre as mulheres e pressão arterial sistólica elevada.
FERREIRA; IWAMOTO; 2017 - Rev Min Enferm.	Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde.	Descrever os determinantes da adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos usuários da atenção primária à saúde.	Os dados apresentados evidenciaram a interferência de fatores econômicos na adesão ao tratamento bem como a valorização e o aprimoramento da atenção básica em saúde na prevenção, no tratamento e controle da HAS.
LIMA et al., 2017 - Rev Enferm UFPE online.	Atividades educativas sobre saúde cardiovascular para idosos em domicílio	Relatar a experiência sobre o desenvolvimento de atividades educativas referentes à saúde cardiovascular com idosos em seu domicílio	Foi possível verificar que as visitas domiciliares aos idosos atuam como estratégia eficaz na educação em saúde da população-alvo, proporcionando estabelecimento de vínculo e relação de confiança com os idosos.
LIMA et al., 2016 - J. Res.: Fundam. Care. Online	Percepção de usuários com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária.	Conhecer a percepção de pessoas com hipertensão acerca da assistência recebida na atenção primária.	A forma como o usuário percebe o serviço está relacionada ao recebimento de medicamentos, disponibilidade e flexibilidade nos horários de atendimento, e relação com profissionais de saúde.

LEONELLO; OLIVEIRA, 2010 - Rev. Bras. Enferm.	Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro	Identificar os sentidos de integralidade presentes nos discursos dos sujeitos envolvidos na formação inicial em Enfermagem, referentes a atividades educativas.	Conclui-se que promover a integralidade do cuidado à saúde é uma competência fundamental a ser desenvolvida na formação inicial em Enfermagem.
CARVALHO et al., 2016 - Rev Enferm UFPI.	Experiência de acadêmicos de enfermagem em atividades voltadas para a saúde do trabalhador.	Relatar a experiência de uma atividade prática da disciplina Saúde Pública na Central de Abastecimento do Piauí, vivenciada por alunos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí.	A atividade proporcionou ao público a oportunidade de dirimir dúvidas e adquirir maiores conhecimentos sobre os temas abordados.
PAIVA et al., 2016 - Rev Enferm Atenção Saúde Online	Impacto da hipertensão arterial na qualidade de vida dos idosos residentes na zona rural.	Descrever as variáveis relacionadas com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e comparar com os escores de qualidade de vida (QV) entre idosos com e sem HAS da zona rural de Uberaba – MG	Os idosos com HAS apresentaram menor escore de QV em relação aos sem HAS. São necessárias medidas que minimize os impactos que a HAS causa na QV.
PINTO; RODRIGUES; 2018 - Revista Nursing	Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à pessoas portadoras de hipertensão arterial.	Analisar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aos pacientes hipertensos com alto risco cardiovascular.	A sistematização da assistência ao hipertenso em alto risco cardiovascular na Atenção Primária representa uma metodologia para subsidiar as ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos.(AU)
SILVA et al., 2018 - Rev Enferm UFPE Online	Ressignificação do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica.	Analisar a resignificação do cuidado prestado por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família às pessoas com hipertensão arterial sistêmica na perspectiva histórico-cultural.	A equipe da Estratégia de Saúde da Família conseguiu resignificar o cuidado prestado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica, o que permitiu a reelaboração do modelo assistencial.
BARRETO et. al 2015 - Rev Bras Enferm	Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados.	Verificar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e sua associação com fatores bio sócio-econômicos e assistenciais	Esses achados reforçam que hipertensos com características socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de acesso ao serviço necessitam de intervenções diferenciadas, a fim de estimulá-los a aderirem ao tratamento medicamentoso.
SOUZA et al., 2015 - Rev Enferm UERJ.	Adoecimento por hipertensão arterial e diabetes mellitus: concepções de um grupo de hospitalizados .	identificar as necessidades de aprendizado em saúde de pacientes hipertensos e diabéticos hospitalizados.	O enfermeiro deve implementar educação em saúde no plano de cuidados a essa clientela.

TOLEDO et al., 2017 - O Mundo da Saúde	Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na atenção primária à saúde	Verificar a realização de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida por profissionais de saúde da Atenção Primária, segundo percepção dos usuários, e os fatores associados a esta prática.	O aconselhamento sobre modos saudáveis de vida precisa ser revisto de forma a promover a equidade e a integralidade do cuidado em saúde, tendo em vista o papel e o potencial da Atenção Primária.
ALMEIDA et al., 2019 - Rev Rene	Crenças de indivíduos com hipertensão arterial sistêmicas relacionadas ao tratamento medicamentoso.	Analisar as crenças comportamentais, normativas e de controle relacionadas ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial.	A análise das crenças permitiu a elucidação daquelas que podem influenciar positiva ou negativamente o comportamento “tomar os comprimidos prescritos para controle da hipertensão”, alvo de diferentes intervenções em serviço de saúde

Fontes: Os autores (2020)

DISCUSSÃO


De acordo com Ghelman et al., (2018), grande parte dos hipertensos manifestaram média ou baixa adesão ao recurso terapêutico medicamentoso, influenciando assim na HAS, bem como dificultando o seu controle e submetendo o indivíduo a possíveis complicações.

Há fatores psicológicos, físicos, culturais e sociais foram relevados na avaliação da construção da proposta terapêutica, envolvendo – o com responsabilidade e autonomia. Em conformidade com Resende et al., (2018), o esquecimento da medicação é um dos fatores de maior prevalência na vida dos idosos, bem como o receio da ocorrência de interações medicamentosas e a carência de um sistema de apoio social e familiar.

Além disso, a relação entre o profissional de saúde e o paciente, pode o influenciar na adesão ao tratamento, assim como maior acessibilidade às medicações e a postos de saúde.

Os pacientes que são confrontados com complicações consequentes da HAS, possuem maior adesão ao tratamento medicamentoso, e muitos deles, utilizam somente a terapia medicamentosa, abstendo – se da terapia não medicamentosa, realizada através de atividade física e uma alimentação saudável. De acordo com o estudo, deve haver consideração as modificações ocorridas no estado emocional do paciente idoso, pois esses desafios são fortes influenciadores no controle dos níveis pressóricos.

Os fatores econômicos são fortes influenciadores no processo de aceitação do paciente hipertenso ao tratamento. Possuir uma renda própria é um fator determinante no tratamento quando se é comparado a um indivíduo que possui renda própria, estas são associadas ao motivo de abandono ou a dificuldade enfrentada pela indisponibilidade de medicamentos fornecidos pelo SUS, ocorrida até mesmo por sua falta (FERREIRA et al., 2017).



Barreto et al., (2015), afirma que a não adesão ao tratamento medicamentoso é influenciado por fatores biológicos e socioeconômicos. Além disso, os pacientes hipertensos que não frequentam constantemente consultas médicas, que manuseiam medicamentos para controle pressórico diferentes e que não possuem acesso ao sistema particular de saúde evidenciam essa dificuldade na aceitação ao tratamento.

Para Almeida et al., (2019), há crenças que influenciam na aceitação dos indivíduos, foram divididas em crenças comportamentais, normativas e crenças de controle. As crenças comportamentais são caracterizadas por indivíduos que utilizam a medicação com motivos para se sentirem bem, evitarem sintomas da HAS (cefaleia, náusea), e com o intuito de proporcionar segurança a saúde.


As crenças normativas são caracterizadas por indivíduos que tendem a ser instigados à adesão ao tratamento medicamentoso por meio de médicos ou familiares. Já as crenças de controle são caracterizadas por indivíduos que aderem o medicamento por serem de fácil deglutição e possuírem um baixo custo ou até mesmo, gratuitamente. No entanto, quando esses fatores influenciadores não estão presentes na vida do indivíduo a adesão ao tratamento por medicamentos é mais dificultosa (ALMEIDA et al., 2019).

As estratégias focadas na transformação de crenças negativas para positivas são necessárias, afim de que efetive o controle pressórico do paciente favorecendo ao tratamento terapêutico medicamentoso.

De acordo com Paiva et al., (2016), os idosos portadores de HAS manifestaram uma qualidade de vida em seus domínios físicos, psicológicos, ambientais, de autonomia e participação social menores, com relação aos pacientes que não são hipertensos. Além disso, essa disparidade reflete no número de doenças provenientes da Hipertensão.

No entanto, existem ações competentes a enfermeiros nas quais visam o controle e tratamento da HAS, essas ações de saúde incentivam o hipertenso a possuir uma alimentação com regulação do sal, a conhecerem sua doença e aderirem a medicação, desenvolverem autonomia e participação social por meio de interações com a comunidade, abrangendo profissionais de saúde, familiares e idosos, submetendo –os a uma melhor qualidade de vida (PAIVA et al., 2016).

Segundo Mantovani et al., (2017), a depressão está consideravelmente associada a diminuição da qualidade de vida do indivíduo portador de Hipertensão Arterial, atuando nos domínios de vitalidade, aspectos físicos e estado geral de sua saúde.




Aspectos emocionais, físicos e de saúde mental relacionados a indivíduos que não são depressivos, possuem um maior índice em seus efeitos, garantindo os a uma melhora na qualidade de vida. Evidencia-se que estratégias interventivas e singulares a indivíduos hipertensos, fazem necessárias a participação do profissional Enfermeiro, uma vez que estes estão em maior contato com os pacientes e possuem linguagem facilitadora na compreensão. Essas estratégias tendem a auxiliar o profissional a efetivar a melhora nos sintomas da depressão, promovendo melhoria na qualidade de vida do indivíduo hipertenso (MANTOVANI et al., 2017).

As visitas realizadas em domicílios de idosos agem como métodos de educação em saúde, pois os auxiliam na compreensão de sua doença e esclarece dúvidas com relação a ela. Além disso, é imprescindível no cuidado de enfermagem, estratégias educativas como incentivo aos indivíduos aderirem hábitos saudáveis para o controle e prevenção de doenças cardiovasculares (LIMA et al., 2017).

O desenvolvimento de estratégias com os idosos promovem uma boa relação e envolvimento, criando relações de confiança, conseqüentemente, proporcionando os indivíduos a consciência da importância de estabelecerem hábitos saudáveis para o controle de doenças cardiovasculares como hipertensão arterial. São relevantes e efetivas na contenção e prevenção de doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, incluindo a HAS, atividades desenvolvidas por enfermeiros, no intuito da promoção de saúde nos domicílios dos idosos, considerando a individualidade e o ambiente em que ele se encontra (LIMA et al., 2017).

Através das consultas de enfermagem foram possíveis identificar os principais problemas de saúde dos hipertensos subsequentes de altos riscos de complicações cardiovasculares, obtendo assim os resultados esperados e gerando possíveis intervenções de Enfermagem (PINTO; RODRIGUES, 2018).

O conhecimento do enfermeiro acerca desta realidade possibilita a organização e gerenciamento da assistência, gerando estratégias de promoção e prevenção, na intenção de amenizar possíveis riscos provenientes da HAS no qual os pacientes estão expostos. A relação do cuidado de Enfermagem deve ser vinculada por confiança, respeito e comprometimento entre o paciente e o profissional de saúde. Atuar através dessa perspectiva permite ao enfermeiro maior efetividade no cuidado, garantindo que as necessidades dos pacientes sejam supridas (PINTO; RODRIGUES, 2018).



Carvalho et al., (2016), afirma que a educação em saúde possui um elevado grau de relevância, pois reforça e orienta os indivíduos a adquirirem práticas de saúde melhores para a possuírem uma melhora em sua qualidade de vida. Por meio disso, os indivíduos obtiveram respostas as dúvidas e ampliaram seus conhecimentos acerca de assuntos de saúde.

Em conformidade com Silva et al., (2018), quando os pacientes com HAS possuem uma relação com diálogos e escutas da parte dos profissionais de saúde, eles estão sujeitos a serem responsáveis com a saúde, através do autocuidado, construindo autonomia. Ademais, a quebra da visão dos profissionais de saúde centrada na doença e a substituição por uma visão preventiva e promotora de saúde faz –se necessária, pois ações como essas podem contribuir para transformações no estilo de vida de pacientes portadores de Hipertensão.

De acordo com Toledo et al., (2017), relatou –se que indivíduos com falta de alimentação saudável e com consumo diário de frituras e doces, estão suscetíveis a riscos de complicações metabólicas, dentre esses, indivíduos hipertensos.

Além disso, esses indivíduos possuem maior índice de aconselhamento sobre modos saudáveis de vida, no qual uma atuação multiprofissional é necessária. Contudo, é de considerável relevância a promoção de saúde para efetividade das práticas dos profissionais de saúde a indivíduos portadores ou não de Hipertensão Arterial (TOLEDO et al., 2017).

Tabela 1. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na hipertensão

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
<i>Controle do regime terapêutico inadequado</i>	<ul style="list-style-type: none">• Estimular o autocuidado;• Identificar um agente cuidador;• Incentivar a socialização;• Investigar o uso da medicação;• Observar efeito adversos da medicação;• Orientar o uso correto da medicação ao paciente/ família.
<i>Conhecimento deficiente</i>	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilizar as informações através de recursos didáticos;• Estabelecer vínculo com o usuário;• Estimular a participação em oficinas;• Estabelecer escuta ativa• Selecionar as informações e repasse de forma clara, favorecendo a compreensão pelo paciente/ família;



Ingestão alimentar alterada

- Programar monitoramento domiciliar.
- Investigar perda de peso;
- Orientar a adaptação da dieta ao modo de vida do paciente;
- Orientar a importância da dieta fracionada;
- Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos com grande teor de gorduras.

Processamento de informação limitado

- Avaliar contexto familiar;
- Disponibilizar as informações através de recursos didáticos;
- Estabelecer escuta ativa;
- Estabelecer vínculo entre US, escola e família;
- Estimular a participação em oficinas;
- Manter vínculo com o usuário;
- Oferecer as informações de maneira clara e centrada na dúvida presente;
- Programar monitoramento domiciliar;
- Selecionar as informações mais importantes e repassa-las de forma clara para a mulher/família.


Fonte: Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos apontaram que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. As práticas educativas com usuários portadores de hipertensão realizadas pelos profissionais de saúde, mais especificamente o enfermeiro, são incipientes que em pequena medida se reportam à perspectiva de adesão ao tratamento e conseqüente melhora na qualidade de vida do paciente.

Para o norteamento na elaboração das práticas de cuidados em enfermagem, bem como seus possíveis diagnósticos e intervenções, utilização da CIPESC (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva), propicia atuação sólida dos Enfermeiros na assistência de enfermagem ao indivíduo hipertenso.

Esta padronização promove agilidade e prontidão nas ações de Enfermagem, possibilitando as práticas de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro para minimizar



dificuldades na adesão ao tratamento do indivíduo hipertenso, proporcionando-lhe autonomia e interação, permitindo-lhe uma melhora em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M. et al. Cipecando em Curitiba: construção e implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde. Curitiba: ABEn, 2005.

ALMEIDA, Taciana da Costa Farias et al. Crenças de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica relacionadas ao tratamento medicamentoso. Rev. Rene, Fortaleza, v. 20, e41585, 2019.

BARRETO, Mayckel da Silva et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 1, p. 60-67, Feb. 2015.

BRITO, Daniele Mary Silva de et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 933-940, Apr. 2008.

CARVALHO, Nalma Alexandra Rocha de et al. Experiência de acadêmicos de enfermagem em atividades voltadas para a saúde do trabalhador. Rev. enferm. UFPI, p. 84-88, abr – jun 2016. ISSN: 2238-7234.

CUBAS, Marcia Regina; EGRY, Emiko Yoshikawa. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 181-186, Mar. 2008.


DE LIMA, Juliana Cristina; SANTOS, Aliny de Lima; MARCON, Sonia Silva. Perception of users hypertensive fence of assistance program received in primary care. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 3945-3956, jan. 2016. ISSN 2175-5361.

DE PAIVA, Mariana Mapelli et al. Impacto da hipertensão arterial na qualidade de vida de idosos residentes na zona rural. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v. 5, n. 1, jan – jun 2016 ISSN 2317-1154.

DE TOLEDO, Mariana Tâmara Teixeira et al. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. 2017.

FERREIRA, Maysa Alvarenga, IWAMOTO, Helena Hemiko. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no Programa Hiperdia da Atenção Primária à Saúde. REME – Rev Min Enferm. [S.I.], v: 21, e: 1037, out 2017, ISSN (on-line): 2316-9389

GHELMAN, Liane Gack e col. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial e fatores associados. Revista de Enfermagem da UFPE on-line, [SI], v. 12, n. 5, p. 1273-1280, maio de 2018. ISSN 1981-8963.



GOIS, Cristiane Franca Lisboa et al. Perfil sociodemográfico e clínico de hipertensos atendidos por equipe de Saúde da Família. REME – Rev Min Enferm. [S.I], v: 20, e: 960 maio 2016; ISSN (on-line): 2316-9389.

JARDIM, P.C.B.V, SOUZA, A.L.L, Monego, E.T, Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. Medicina. 1996; 29: 232-38.

LIMA, Paula Alves de et al. Atividades educativas em saúde cardiovascular para idosos em casa. Revista de Enfermagem da UFPE on line , [SI], v. 11, n. 11, p. 4498-4504, nov. 2017. ISSN 1981-8963.

MANTOVANI, Maria de Fátima et al. DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS COM HIPERTENSÃO. Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 22, n. 3, sep. 2017. ISSN 2176-9133.

MOURA, A.A de, NOGUEIRA, M.S. , Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. J Manag Prim Health Care [Internet]. 17º de abril de 2013 [citado 25º de maio de 2020];4(1):36-1.

PIERIN MG, MION J.D, Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: Instituto para o desenvolvimento da Saúde, USP, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família. Brasília.2001; p. 149-54

PINTO, Eliangela Saraiva Oliveira; RODRIGUES, Weliton Nepomuceno. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. Nursing (São Paulo), p. 2036-2040, 2018.

RESENDE, Amanda Karoliny Meneses e cols. Dificuldades dos idosos na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Revista de Enfermagem da UFPE on-line , [SI], v. 12, n. 10, p. 2546-2554, out. 2018. ISSN 1981-8963.

SOUZA, Natália Pimentel Gomes et al. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados [Conceptions of illness from hypertension and Diabetes Mellitus among a group of hospital inpatients]. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 52-57, mar. 2015. ISSN 0104-3552.

SILVA, Patrícia Costa Santos; NEGRÃO, Maria de Lourdes Barbosa; SOUSA, Fernanda Raphael Escobar Gimenes de; et. al. Ressignificação do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica. Revista de Enfermagem UFPE OnLine, Recife, v. 12, n. 7, p. 1940-1948, 2018.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, setembro de 2007.



CAPÍTULO 30

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PAIS DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Clara Cellarius Carvalho, Graduanda em Enfermagem, FAP
Isabelle Oliveira Damasceno, Graduanda em Enfermagem, FAP
Larissa Christine Diaz, Graduanda em Enfermagem, FAP

Wanderson Rocha Oliveira, Mestrando pelo Programa de Biociências e Fisiopatologia,
Universidade Estadual de Maringá

Márcio Fraiberg Machado, Doutor em Educação, Pontifícia Universidade Católica


RESUMO

Os estudos afirmam que no Brasil 1 em cada 700 nascimentos são de bebês com Down, somando cerca de 270 mil casos (FBASD, 2011). A família tem extrema importância e influência sobre uma criança, principalmente nos primeiros anos de educação e criação; na síndrome de Down, a relação paterna-filho é vivenciada com ampla dependência dos cuidados dos pais. Neste contexto, o enfermeiro, como profissional de saúde mais próximo à comunidade, tem um papel fundamental nas orientações aos pais e apoio a família até aos cuidados para a melhoria da qualidade de vida da criança. Este estudo possui como objetivo i) apontar os sentimentos de ter um filho com Síndrome de Down; ii) identificar o papel da assistência da enfermagem aos familiares do SD. Trata-se de revisão integrativa da literatura, norteadas pela questão: “Qual a assistência de Enfermagem no suporte aos familiares da criança com Síndrome Down?”. Realizadas buscas nas bases de dados SCIELO, LILACS e BDEF, utilizando os descritores do DeCS: ‘assistência de enfermagem’, ‘família’ e ‘síndrome de Down’. Foram excluídas publicações fora do tema, duplicadas, não disponíveis completas, fotocópias ou em língua que não a portuguesa, bem como teses e dissertações. Foi apontado a existência de sentimentos distintos ao receber o diagnóstico, fazendo-se necessário a presença do profissional enfermeiro no auxílio para compreensão e mudança de perspectiva da gestação. A família foi apontada como impactada também pela notícia, exigindo assistência de enfermagem de forma acolhedora. O Enfermeiro deve trabalhar em conjunto com a equipe multiprofissional a fim de auxiliar nas diversas demandas apresentadas. Foi possível inferir a necessidade de maior sensibilização por parte dos membros da equipe de enfermagem a fim de que a assistência seja prestada de forma adequada.

Palavras-chave: assistência de enfermagem, relação parental, síndrome de Down, saúde coletiva.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Down, também chamada de Trissomia do 21, é uma condição genética caracterizada pela presença adicional do cromossomo 21. Os primeiros estudos sobre o assunto foram em 1866, por John Langdon Down, caracterizando como responsável por 25% dos casos de retardos mentais. Além do atraso no desenvolvimento, outros problemas podem ocorrer



como problemas de audição, de visão, distúrbios na tireoide, obesidade e outros. Os estudos afirmam que no Brasil 1 em cada 700 nascimentos são de bebês com Down, somando cerca de 270 mil casos (FBASD, 2011).

A família tem extrema importância e influência sobre uma criança, principalmente nos primeiros anos de educação e criação; na síndrome de Down, a relação paterna-filho é vivenciada com ampla dependência dos cuidados dos pais (MARIA et al., 2010)

Muitas dessas crianças permanecem sobre os cuidados dos pais/responsável por muito mais anos do que uma criança não downiana. Sendo assim, o responsável por essas crianças torna-se as pessoas que mais tem conhecimento sobre a própria experiência de criar uma criança com Síndrome de Down, destacando a importância da necessidade de serem assistidos (MARIA et al., 2010).

Além do cuidado familiar, é possível encontrar suporte na equipe de profissionais de saúde. Neste contexto, o enfermeiro, como profissional de saúde mais próximo à comunidade, tem um papel fundamental nas orientações aos pais e apoio a família até aos cuidados para a melhoria da qualidade de vida da criança (GASPARINO; SILVA; SILVA, 2015).

Estes devem apropriar-se de uma visão integral dos sujeitos para exercer uma enfermagem que se aproprie dos subsídios da sua profissão, capazes de atender as necessidades da população e, considerando as condições de vida de cada família, desenvolver planos de cuidados (MIRANDA et al., 2014).

O presente estudo possui como objetivo i) apontar os sentimentos de ter um filho com Síndrome de Down; ii) identificar o papel da assistência da enfermagem aos familiares do SD.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura, norteadas pela questão: “Qual a assistência de Enfermagem no suporte aos familiares da criança com Síndrome Down?”.

A revisão baseada em pesquisa bibliográfica é baseada em um material já elaborado, capacitando o investigador ter uma visão mais ampla e completa. Esta forma de revisão permite uma maior facilidade de produção de pesquisa diminuindo os obstáculos e dificuldade de coleta de dados, sendo necessário apenas averiguar a segurança da veracidade dos dados e suas fontes (GIL, 2008).

Realizados buscas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de

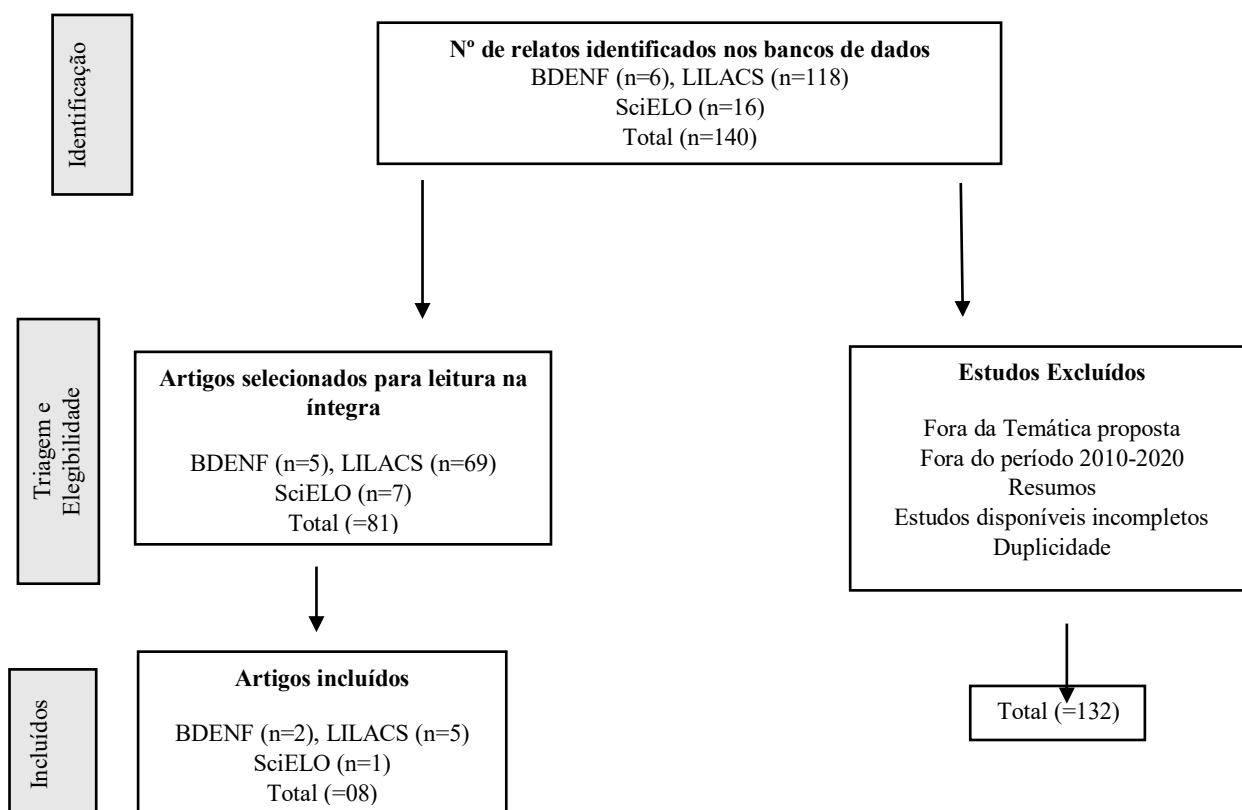
Enfermagem (BDENF), utilizando os descritores do DeCS: ‘assistência de enfermagem’, ‘família’ e ‘síndrome de Down’. Foram encontradas 16 publicações na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); 118 publicações na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); 6 publicações na base de dados Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Foram excluídas publicações fora do tema, duplicadas, não disponíveis completas, fotocópias ou em língua que não a portuguesa, bem como teses e dissertações.

Após a leitura exploratória do título e do resumo das publicações, foram selecionadas 1 publicação na base de dados Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); 5 artigos na base de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); 2 artigos na base de dados Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

O **Diagrama 1** apresenta os procedimentos realizados para a seleção do material utilizado para a revisão bibliográfica.

Diagrama 1: Processo de Seleção dos Artigos



Fonte: Os autores (2020).

RESULTADOS

O levantamento bibliográfico apresentou como resultado para a presente pesquisa: BDENF (6 referências), LILACS (118 referências) e SciELO (16 referências). Totalizando 140 artigos finais. Após aplicação de critérios de seleção, selecionou-se 8 artigos.

Tabela 1 – Artigos selecionados

NOME DO ARTIGO	AUTORES	MÉTODO	RESULTADOS	REVISTA
Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down	(NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011)	Pesquisa com abordagem qualitativa	A família vive períodos de altos e baixos, momentos bons e ruins e, apesar do desgaste e esforço, encara tudo com otimismo e confiança	Revista Brasileira de Enfermagem
A visão que o irmão mais velho de uma criança diagnosticada com síndrome de Down possui da dinâmica da sua família	(PEREIRA; FERNANDES, 2010)	Pesquisa qualitativa	A maior parte dos irmãos mais velhos do sexo masculino entrevistados quase não apontou alterações no dia-a-dia deles, e as irmãs mais velhas aparentaram ter maior consciência sobre as alterações nos seus cotidianos	Estudos e Pesquisas em Psicologia
Conhecendo a vivência de mães de crianças com síndrome de Down	(DE OLIVEIRA et al., 2018)	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa	A descoberta de um filho downiano ocorre como um choque durante a gravidez ou após o parto. O cuidado de um filho com Síndrome de Down é cansativo e exige muito da figura materna	Revista Online De Pesquisa Cuidado É Fundamental
Famílias e síndrome de Down: Estresse, coping e recursos familiares	(PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018)	Pesquisa quantitativa	Os dados do presente estudo indicam que essas famílias, apesar de apresentarem sintomas de estresse, tanto pais como mães, têm utilizado, no geral, estratégias de enfrentamento adequadas quando lidam com situações-problema	Psicologia: Teoria e Pesquisa
Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida	(MARIA et al., 2010)	Abordagem Qualitativa	Todos os casais entrevistados tiveram pouca ou nenhuma informação sobre a síndrome de Down no momento da notícia, sendo que nenhum médico que transmitiu a notícia atendeu às expectativas dos pais	Ciência & Saúde Coletiva
Interações familiares: observação de diferentes subsistemas em família com uma criança com Síndrome de Down	(GRISANTE; AIELLO, 2012)	Pesquisa qualitativa	Apesar de dificuldades socioeconômicas, apresentaram baixos níveis de estresse, o ajustamento marital é adequado e positivo na perspectiva dos pais; todos os membros	Revista Brasileira de Educação Especial



			participantes relataram presença de rede de apoio	
Relação fraternal e Síndrome de Down: um estudo comparativo	(PEREIRA-SILVA, 2017)	Pesquisa qualitativa	Há uma similaridade no funcionamento das famílias com filhos com Síndrome de Down	Psicologia: Ciência e Profissão
Síndrome de Down: Reação das Mães Frente à Notícia e a Repercussão na Intervenção Fisioterapêutica da Criança	(SILVA FILHO; GADELHA; CARVALHO, 2017)	Abordagem qualitativa	Os pais que mais apresentam conhecimento sobre a situação dos filhos downianos conseguem executar com mais facilidade os cuidados à criança	Revista Brasileira de Ciências da Saúde

Fonte: os autores (2020)


DISCUSSÃO

A descoberta do diagnóstico da doença durante a gestação pode ser encarada pelos pais e familiares de duas maneiras: *uma positiva*, de maneira que estes desenvolvam uma rotina que busque oferecer o melhor cuidado à criança que irá chegar; e *outra negativa*, onde os pais sofrem antecipadamente, pois durante o período de gestação precisam conviver com a consciência da necessidade de adaptação familiar para o cuidado à criança. É apontado ainda o surgimento de sentimentos negativos como o choque pela notícia, a frustração por não ter um filho como o idealizado, e até mesmo revolta (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011).

Deve-se considerar que durante a gravidez os pais sonham com uma realidade distinta da que agora são levados a compreender. No entanto ao perceberem a necessidade de adaptação, causando medo, angústia e desespero, por não possuírem conhecimento a respeito da síndrome e não se sentirem preparados para oferecer o cuidado adequado para o filho (PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018).

Esses pais são acometidos pelo senso de extrema responsabilidade por serem peças fundamentais para o desenvolvimento da criança, garantindo sua sobrevivência e subsistência; porém, essa mesma responsabilidade os torna suscetíveis a desequilíbrio emocional, cansaço físico, esgotamento psicológico, sobrecarga. Por isso as famílias devem desenvolver estratégias para o enfrentamento do estresse e buscarem (PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018).

Essas estratégias são distintas, uma vez que são de acordo com as necessidades apresentadas, podendo ser de confronto com a situação, aceitação do fato presente, afastamento da família e da sociedade (PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018).



A aceitação da nova realidade é necessária apesar do o manejo do estresse gerado, evidenciado por falha nos mecanismos de fuga e esquiva - quando a família se exime da responsabilidade de participar do desenvolvimento dessa criança – dando lugar ao início da adaptação para a recepção do bebê, considerando os pontos positivos e quais merecem ser reavaliados para que o estresse não venha interferir no desenvolvimento da criança portadora de SD (PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018).

Entretanto, os estudos de Grisante e Aiello (2012), apontam que alguns familiares apresentam baixa porcentagem de stress pós recepção do diagnóstico. Isso ocorre devido ao apoio recebido. Seus estudos apontam que os familiares demonstram preocupação sobre a criança SD não alcançar a autossuficiência.


A inclusão de vários membros familiares neste estudo enriqueceu a análise dos dados no sentido em que tornou possível a comparação entre as interações a partir do número de membros e revelou quais membros participam das sessões de interação, a avó materna tem contato com a criança e exerce influência em seu desenvolvimento (GRISANTE; AIELLO, 2012).

Os pais caracterizaram a relação entre seus filhos (SD e não SD) de caráter intermediário, marcado por conflitos e amizade. A sobrecarga é um aspecto fundamental sobre a saúde da pessoa que mais tempo dispõe para o cuidado, bem como para a estrutura familiar. As mães que exercem atividade trabalhistas fora de casa e são responsáveis pelos trabalhos domésticos e cuidados do filho relatam sentirem-se sobrecarregadas (PEREIRA; FERNANDES, 2010)

Os pais caracterizam a relação familiar conflituosa. As mães relatam que quando recebem a notícia de que terão um filho com síndrome de Down são acometidos por diversos sentimentos, dentre eles, tristeza, frustração, medo, choque momentâneo e por vezes, inclinações ao abandono, após o nascimento do filho, em conformidade com outros achados em estudos (PEREIRA; FERNANDES, 2010).

Quando as mães recebem a notícia, pela equipe médica, muitas vezes ocorre uma má informação oferecida à essa mãe, o que potencializa esses sentimentos e dificulta para a mãe e para a família administrar o sentimento de frustração por ter ciência de que não terá o filho que foi até então idealizado (SILVA FILHO; GADELHA; CARVALHO, 2017).

Portanto, o acompanhamento dos profissionais de saúde é um diferencial no momento em que recebem a notícia. O profissional Enfermeiro é o citado entre aqueles que demonstram



apoio, cuidado, e auxiliam na mudança de percepção do diagnóstico. É este profissional que permanece em contato direto com essas famílias no ambiente hospitalar e extra-hospitalar, portanto devem se dispor a ouvir, aconselhar, apoiar e cuidar da família (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011).

Por se tratar de um momento de muita angústia, tensão e preocupação para a família, a equipe de enfermagem deve estar presente a fim de auxiliar na compreensão. Esses profissionais devem agir com humanização, considerando os sentimentos que acometem essa família, oferecendo a atenção e apoio necessários (NUNES; DUPAS; NASCIMENTO, 2011).

Porém alguns profissionais não oferecem um maior apoio por se sentirem incapacitados para tal, uma vez que para realizá-lo de maneira efetiva, com orientação e aconselhamento, é necessário que o profissional possua conhecimento a respeito da doença (SILVA FILHO; GADELHA; CARVALHO, 2017).


O enfermeiro conta com o auxílio da equipe multiprofissional com o psicólogo, e deve atuar em equipe buscando contribuir para realizar o cuidado devido com preparo técnico e emocional de maneira especial ao comunicar a notícia do nascimento de uma criança com SD (GASPARINO; SILVA; SILVA, 2015).

Há a necessidade de dar a notícia transmitindo as informações de forma clara e manter-se disponível para responder dúvidas. As informações apresentadas pelos profissionais servem para esclarecer e orientar, deixando os pais mais seguros em relação aos cuidados com a criança com SD, contribuindo para enxergarem o diagnóstico de maneira mais positiva (CARVALHO; FILHO; GADELJA,

A mãe deve receber apoio e suporte por parte dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, que possuem maior contato, como também com todos os familiares envolvidos no ciclo familiar dessa criança (GASPARINO; SILVA; SILVA, 2015).

O encaminhamento a participação de grupos de apoio e atendimento psicológico permite que haja melhor suporte às mães e contribui para que a mesma possa desempenhar seu papel com instrução e orientação (GASPARINO; SILVA; SILVA, 2015).

No artigo de Pereira-Silva (2017), as mães entrevistadas apresentavam pouco conhecimento a respeito do assunto, porém relataram que sentiam a necessidade da criação de programas com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento das crianças com SD desde os primeiros anos de vida.



Há portanto, necessidade de desenvolver programas de educação familiar que ofereça auxílio e suporte a essas famílias que possuem um filho com SD e que necessitam reorganizar-se após receberem essa criança no ciclo familiar. Com presença de profissionais qualificados para realizar orientações aos pais e familiares, auxiliando-os a reestruturarem suas estratégias de enfrentamento ao estresse e para a educação bem sucedida dessa criança (PEREIRA-SILVA; ANDRADE; ALMEIDA, 2018).

O apoio aos pais proveniente das instituições sociais (escola, médicos, igreja e outros profissionais de saúde) foi citado como colaborativos. Para todos os familiares envolvidos (mãe, pai, irmã e avó), o apoio principal da própria família e de amigos e vizinhos (SILVA FILHO; GADELHA; CARVALHO, 2017).


A mãe sente-se confortável em receber ajuda de todos, mas de pedir ajuda apenas ao marido. O esposo sente-se confortável em receber ajuda, mas de pedir, apenas a esposa. A irmã sente-se confortável em receber e pedir ajuda e a avó sente-se confortável em receber, confortável em pedir para as filhas, desconfortável em pedir ao esposo e nada confortável em pedir para as vizinhas (GRISANTE; AIELLO, 2012).

De acordo com Pereira-Silva (2018), o acesso a programas de estimulação precoce à criança portadora de SD, e de outras intervenções, além do compromisso dos responsáveis pelo desenvolvimento dessa criança é possível observar a crescente autonomia desenvolvida pelas mesmas. No ambiente familiar, no lar, as crianças na maioria dos casos citados possuem apoio do irmão/irmã o que também contribui para que haja um maior desenvolvimento dessa independência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise revelou que as redes de suporte aos familiares relatadas pelos pais e responsáveis, nas quais é possível analisar a importância para a autonomia da criança quando há um acesso a rede de apoio, porém, a maioria das famílias não possuem conhecimento de redes de apoio e indicam a necessidade de ajuda multiprofissional e uma colaboração para a inclusão social. O apoio adquirido para as famílias com crianças downianas tratasse do próprio núcleo familiar, parentes e amigos.

Através dos artigos estudados e revisados foi possível observar a atuação do enfermeiro como um dos principais profissionais como apoio às famílias no momento da notícia por possuir grande contato com as famílias no momento do nascimento, pré-natal e cuidado do recém-nascido, sendo assim necessário o conhecimento do enfermeiro na importância de seu trabalho.



Contudo, é citado que em alguns casos esse auxílio da equipe de enfermagem não ocorreu, desenvolvendo um sentimento de não acolhimento pela equipe e percepção de uma necessidade de maior suporte.

Deve haver, portanto, maior sensibilização dos profissionais de Enfermagem no que se refere a atenção/acolhimento dessa população. Os centros de formação devem cada vez mais incentivarem o desenvolvimento de ações de humanização a fim de que haja assistência de enfermagem qualificada e que respondam às necessidades sociais.

REFERÊNCIAS

FBASD - Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down, 2011.

DE OLIVEIRA, Rayzza Helena Sousa et al. Conhecendo a vivência de mães de crianças com síndrome de Down. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. Especial, p. 276-281, 2018.

GASPARINO, O.; SILVA, L. P.; SILVA, R. Cuidado de enfermagem à criança portadora de síndrome de down. p. 1–16, 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. [s.l: s.n.]. v. 10

GRISANTE, P. C.; AIELLO, L. R. Observação de diferentes subsistemas em família com uma criança com Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educacao Especial**, v. 18, n. 2, p. 195–212, 2012.

MARIA, A. et al. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida Impact of delivering the news about Down syndrome on parents: life stories. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 445–451, 2010.


MIRANDA, L. P. et al. Artigo De Pesquisa O Cuidado De Enfermagem À Pessoa Com Síndrome De Down Na Estratégia Saúde Da Família El Cuidado De La Enfermería a Las Personas Con Síndrome De Down En La Estrategia Salud De La Familia Nursing Care To Person With Down’S Syndrome in Fam. v. 4, n. 2, p. 1076–1089, 2014.

NUNES, M. D. R.; DUPAS, G.; NASCIMENTO, L. C. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora da Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 227–233, 2011.

PEREIRA-SILVA, N. L. Relação Fraternal e Síndrome de Down : um Estudo Comparativo Sibling Relationship and Down Syndrome : A Comparative Study Relación Fraternal y Síndrome de Down : Un Estudio Comparativo Introdução. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, p. 1037–1050, 2017.

PEREIRA-SILVA, N. L.; ANDRADE, J. C. M.; ALMEIDA, B. R. Famílias e síndrome de Down: Estresse, coping e recursos familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, n. 0, 2018.

PEREIRA, A. P. A. DE; FERNANDES, K. F. A visão que o irmão mais velho de uma criança diagnosticada com síndrome de Down possui da dinâmica da sua família. **Estudos e Pesquisas**



em Psicologia, v. 10, n. 2, 2010.

SILVA FILHO, J. A. DA; GADELHA, M. DO S. N.; CARVALHO, S. M. C. R. DE. Síndrome De Down: Reação Das Mães Frente À Notícia E a Repercussão Na Intervenção Fisioterapêutica Da Criança. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 157–164, 2017.



CAPÍTULO 31

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COMO NORTEADOR DA ASSISTÊNCIA AO ESQUIZOFRÊNICO E SEU CUIDADOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Cleonice da Silva Fernandes, Graduada em Enfermagem, FAP

Fernanda Silva Ribeiro, Graduada em Enfermagem, FAP

Wanderson Rocha Oliveira, Mestrando pelo Programa de Biociências e Fisiopatologia na Universidade Estadual de Maringá

Marcio Fraiberg Machado, Doutor em Educação, Pontifícia Universidade Católica


RESUMO

A esquizofrenia é um transtorno crônico, que causa intenso sofrimento tanto para o paciente quanto para a família; o período de crises gera desorientação, desagregação, agitação e mudanças relacionadas ao comportamento. A figura do Enfermeiro destaca-se neste contexto, por ser o profissional mais próximo ao paciente e família, podendo compreender melhor sua vivência. A assistência deve estar baseada no Processo de Enfermagem. Este estudo objetiva i) Identificar os impactos da Esquizofrenia na qualidade de vida do paciente; ii) Identificar os impactos da Esquizofrenia na qualidade de vida do cuidador; iii) Apontar a assistência do Enfermeiro na esquizofrenia norteada pelos Diagnósticos de Enfermagem. Trata-se de revisão sistemática da literatura. Como questão norteadora: “Quais os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes para a assistência ao cuidador e ao paciente esquizofrênico?” Foi realizada pesquisa online em três bases de dados: Portal Busca Integrada (PBI-USP), Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF) no período de 2010 a 2020, com os descritores do DeCS: ‘esquizofrenia’, ‘enfermeiro’, ‘qualidade de vida’, ‘geriatria’, ‘cuidado de Enfermagem’. Critérios de inclusão: texto completo disponível, artigos, nos últimos 10 anos, idioma: português. Os sintomas negativos da esquizofrenia como embotamento afetivo, apatia, anedonia e isolamento social. A família é muito importante nesse processo, e é necessário ter auxílio do enfermeiro para saber como lidar com problemas que podem afetar o tratamento do paciente esquizofrênico, como influência negativa da religião entre outros. Há pouco conhecimento voltado a diminuir a sobrecarga que o cuidador sofre nos momentos de avanço da doença onde as crises se tornam mais evidentes; as evidências mesmo que limitada mostra o benefício das intervenções familiares na diminuição da sobrecarga do cuidador.

Palavras chaves: esquizofrenia; saúde coletiva; qualidade de vida; geriatria; cuidado de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno crônico, que causa intenso sofrimento tanto para o paciente quanto para a família; o período de crises gera desorientação, desagregação, agitação e mudanças relacionadas ao comportamento (SHIRAKAWA, 2000). Por ser uma doença complexa, possui manifestações psicopatológicas variadas. Os sintomas apresentados são



identificados como positivos e negativos que perpassam da realidade a fantasia, da sobriedade e alucinação (SOUZA; COUTINHO, 2006).

Decorre de diversos fatores biopsicossociais, subsequente da genética, irregularidade das estruturas cerebrais ou de neurotransmissores, ligados a individualidade psíquica, convívio social, ansiedade e estresse agudo, para os predispostos fatores ambientais, sociais e emocionais podem se tornar gatilhos para o desenvolvimento do transtorno (GIACON; GALERA, 2006).

O surgimento varia em homens entre os 25 anos de idade e em mulheres por volta dos 30 anos, pelo fato das mulheres ter uma variação hormonal diversificada se comparado aos homens por vezes sofrerem mais cedo com os fatores estressores, existem poucos casos relatados em crianças e pessoas com idade acima de 50 anos (MARI; LEITÃO, 2000).

O Portador da doença passa por uma drástica mudança em sua rotina, com o uso contínuo de medicações para que possa se obter um controle eficaz sobre os sintomas, além de precisar colaborar com o tratamento para que encontre a estabilidade. Seus cuidadores precisam ter uma rotina dedicada aos cuidados para que possam dar o suporte necessário a intervenção e evitar que o paciente venha a se ferir ou até mesmo cometer suicídio. Como citado acima existe um vínculo de sofrimento na relação familiar -paciente (GIACON; GALERA, 2006) .

A figura do Enfermeiro destaca-se neste contexto, por ser o profissional mais próximo ao paciente e família, podendo compreender melhor sua vivência. Como profissional de saúde, suas intervenções devem contemplar as necessidades decorrentes da patologia e seus impactos na qualidade de vida (GIACON; GALERA, 2006).

A assistência deve estar baseada no Processo de Enfermagem é constituído por cinco etapas: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Os diagnósticos de Enfermagem devem ser compreendidos como um modo de pensar a prática assistencial que auxilia no julgamento clínico do Enfermeiro e permite suas ações de acordo com este julgamento, melhorando a qualidade do cuidado de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA; CARVALHO, 2004).

Este estudo tem por objetivos i) Identificar os impactos da Esquizofrenia na qualidade de vida do paciente; ii) Identificar os impactos da Esquizofrenia na qualidade de vida do cuidador; iii) Apontar a assistência do Enfermeiro na esquizofrenia norteadas pelos Diagnósticos de Enfermagem.

METODOLOGIA

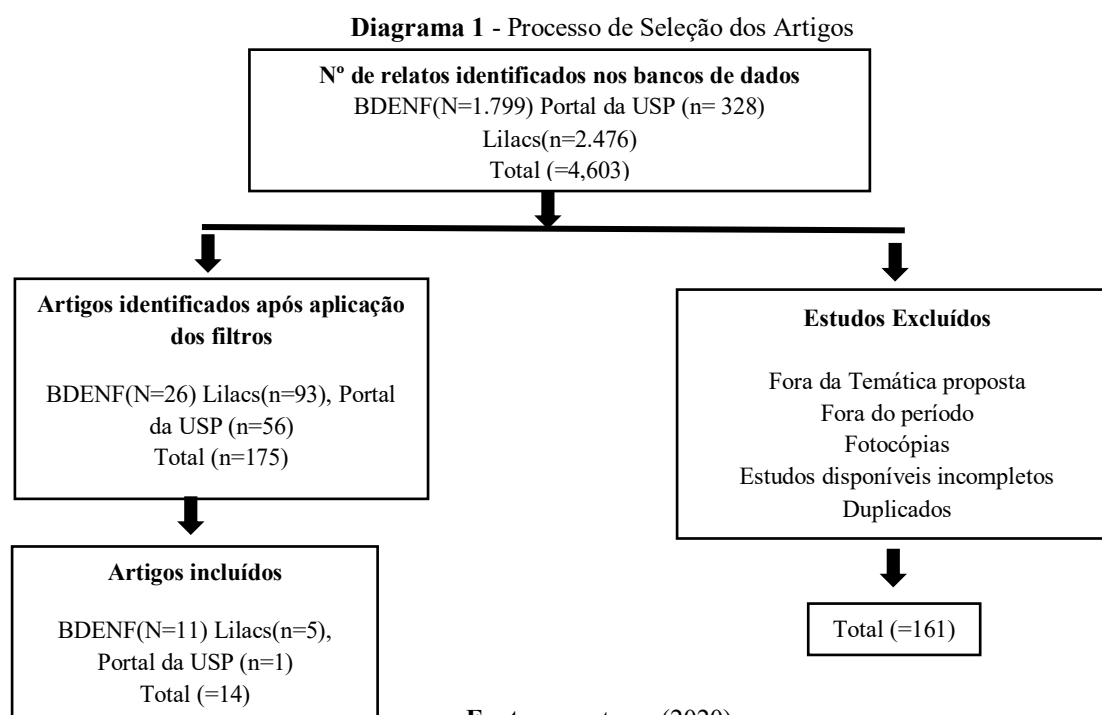
Trata-se de revisão sistemática da literatura. A questão que norteou o estudo foi: “Quais os diagnósticos de Enfermagem mais frequentes para a assistência ao cuidador e ao paciente esquizofrênico?”

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo (GIL, 2008)

Foram pesquisadas duas palavras-chave no sistema Descritores em Ciências da Saúde (DECS), tais como: ‘esquizofrenia’, ‘enfermeiro’, ‘qualidade de vida’, ‘geriatria’, ‘cuidado de Enfermagem’ que foram utilizados operados em si com o booleano and.

Foi realizada pesquisa online em três bases de dados: Portal Busca Integrada (PBI-USP), Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF) no período de 2010 a 2020. Para a categorização e a seleção das publicações específicas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível, artigos, nos últimos 10 anos, idioma: português.

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos.



RESULTADOS

A seguir, será apresentada uma análise sistemática geral dos artigos finais avaliados classificados com as informações: título do artigo, autores/ano, resultados, conclusões e revista.

Tabela 1: Dados dos artigos selecionados

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES / ANO	RESULTADOS	CONCLUSÕES	Revista
Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores	(LIMA; DE ANDRADE LIMA, 2017)	A categoria “Dos sentimentos às fragilidades que envolve a sobrecarga do cuidar em esquizofrenia” demonstrou haver solidão, angústia e medo em decorrência da responsabilização do cuidar ser atribuída a um familiar exclusivo	Os profissionais poderão planejar melhor sua prática terapêutica, dando relevância para a vivência do cuidador, levando em consideração os sentimentos e as fragilidades que envolvem a sobrecarga do cuidado	Revista Online De Pesquisa: Cuidado É Fundamental
A percepção da enfermagem sobre o relacionamento com os cuidadores dos portadores de Esquizofrenia: o olhar de um serviço de referência	(D' ASSUNCAO, CINTHIA; SANTOS, ANA; LINO, FABIANE; SILVEIRA, 2016)	Os sentimentos de respeito, empatia, amizade e paciência surgem como importantes e positivos durante o contato com o cuidador	A partir do que se observou neste estudo, a equipe de saúde pode auxiliar a família e cuidadores a compreender o transtorno e enfrentar as demandas, contribuindo, assim, para o empoderamento.	Revista De Enfermagem Do Centro Mineiro
O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia	(PEIXOTO; MOURÃO; DE SERPA JUNIOR, 2016)	As narrativas estudadas foram organizadas em cinco grandes categorias temáticas: participantes e desenvolveram os seguintes assuntos: construção conjunta do cuidado; o desejo de conhecer o diagnóstico contrastado com a hesitação em informá-lo; o manejo entre o controle dos sintomas e efeitos colaterais para a negociação da medicação; o esforço por se aproximar da experiência do usuário; e a crise como um limite da empatia.	Consideramos que apostar na dimensão empática da relação médico-paciente é dar possibilidade de inclusão do usuário	Ciência & Saúde Coletiva
Sobrecarga e satisfação dos familiares de pacientes com esquizofrenia	(SOARES et al., 2019)	A média de satisfação foi 4,37, a média global para a sobrecarga objetiva foi 2,26 e a sobrecarga subjetiva foi de 2,09	Embora muito satisfeitos, diferenças nos escores de sobrecarga revelaram que os familiares recebem bom suporte psicoeducativo, mas a sobrecarga gerada pela preocupação com o ente familiar é o aspecto que mais gera sofrimento.	Cogitare Enfermagem



Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Cuidadoras de Pessoas com Esquizofrenia	(FÉLIX MAGALHÃES et al., 2018)	Os fatores desencadeantes de estresse relatados pelas mulheres foram: o desgaste físico e psicológico pelo cuidado diário com o portador de esquizofrenia; a dificuldade de lidar com a doença, sua aceitação e medo de morrer e; deixar o seu ente sozinho	É importante que as instituições de saúde, em especial aquelas que prestam cuidados à pessoa com transtorno mental, ofereçam apoio ao cuidador.	Revista Online De Pesquisa: Cuidado É Fundamental
Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia	(CARVALHO et al., 2018)	Revelaram que os familiares sofrem profundos desgastes físicos e emocionais decorrentes do exercício do cuidar da pessoa com esquizofrenia	Aponta para a necessidade de elaboração de estratégias de cuidado ao binômio cliente-cuidador.	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas
Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família	(GOMES; MELLO, 2012)	A totalidade de familiares morando com o paciente e sendo os principais cuidadores contribui para aumentar a frequência de tarefas de assistência prestadas ao doente, visto que é sobre os principais cuidadores que recaem as tarefas mais árduas do cuidado ao esquizofrênico, que se encontra debilitado para realizar seus cuidados pessoais.	Foram encontradas sobrecargas elevadas na rotina diária do familiar e intenso abalo da sua saúde mental, sendo fundamental que a enfermagem inclua as famílias no tratamento, diminuindo as sobrecargas	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas
O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio	(SCHÜLHI; WADMAN; SALES, 2012)	Após a análise dos depoimentos, utilizando do método proposto, emergiu o tema “Vivenciando a esquizofrenia no lar”, que deu origem aos subtemas “Sentindo necessidade de compartilhar seu pesar”, “Compartilhando o preconceito” e “Sentimento de desesperança”.	O familiar se vê envolto em sentimentos muitas vezes incompreendidos por ele mesmo, sentimento do sobrecarregado com os cuidados diários ao seu familiar com transtorno mental, chegando a preferir a morte à experiência de lidar com a “loucura”.	Revista Eletrônica De Enfermagem
Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso	(VEDANA et al., 2013)	A interpretação dos dados do presente estudo foi norteadada pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico, portanto, pressupõe que a vivência do transtorno e do tratamento farmacológico envolve indivíduos em interação simbólica	A compreensão das motivações relacionadas à seleção das estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente é fundamental para subsidiar a assistência fornecida a esta clientela. Palavras	Revista Ciência Cuidado Saúde
Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência	(MUNIZ et al., 2014)	Abordou-se a identificação, súmula, histórico, patologias e projeto terapêutico para os cuidados de enfermagem	É preciso que os profissionais e acadêmicos de enfermagem aproximem-se do sujeito portador de sofrimento mental e permitam-se aprender a cuidar deste de acordo com sua história	Revista Pesquisa Cuidado Fundamental



O significado da internação psiquiátrica para pacientes com esquizofrenia	(IPOCHIMA; ANDREOTTI; SCHNEIDER, 2019)	Para os pacientes com esquizofrenia a internação psiquiátrica significa segurança. Ele acredita que a internação traz segurança, porque é algo diferente do que ele está acostumado, entende que ele sozinho não consegue conviver com seus sintomas, por isso necessita de ajuda para aprender a lidar com eles.	A partir das colocações de Merleau-Ponty, foi possível compreender de que forma o paciente com esquizofrenia observa seus avanços ou retrocessos durante o tratamento.	Enfermagem Em Foco
Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia	(GIACON; GALERA, 2013)	A análise das entrevistas permitiu descrever três momentos do processo de ajustamento nos primeiros cinco anos de aparecimento da doença: “Percebendo a mudança”, “Diagnóstico e início do tratamento” e “Seguindo em frente	A literatura nos mostra que a família, ao vivenciar o adoecimento de seu jovem, inicia um processo de arranjos e desarranjos, visando manter a integridade do grupo. Porém, eles apontam que este processo de mudança na família varia de acordo com a experiência familiar, o tempo de diagnóstico, o tempo de convívio com o doente, o conhecimento acerca da doença e o quadro clínico em que o doente se encontra.	Revista Brasileira De Enfermagem
A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia	(DE ALMEIDA et al., 2010)	Os resultados mostraram que os motivos para a ocorrência da sobrecarga estão associados à sintomatologia da esquizofrenia, ausência de apoio social, preocupações com o futuro, alterações na vida social, cuidados diários, fase inicial da esquizofrenia, mudanças na rotina, preconceito, fatores sociodemográficos e fatores socioeconômicos, como as dificuldades financeiras	Esses achados contribuem para o embasamento da implantação de intervenções efetivas direcionadas aos cuidadores, com vistas à diminuição da sobrecarga ocasionada pela esquizofrenia e melhora do prognóstico do paciente.	Revista Eletrônica De Enfermagem
Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental	(FONSECA; GALERA, 2012)	A análise realizada pelo ALCESTE forneceu quatro classes agrupadas duas a duas: Classe 2 -- início da doença e Classe 4 -- início do tratamento; Classe 1 -- convivência e Classe 3 – cotidiano	Os momentos descritos pelos familiares foram identificados por expressões, palavras e termos usados pelos mesmos em suas narrações. A principal contribuição deste estudo foi trazer a linguagem dos familiares para descrever os momentos do adoecimento por meio de uma metodologia de análise mais distante do pesquisador	Acta Paul Enfermagem

Fonte: os autores (2020).



DISCUSSÃO

Categoria 1 - Vivências do paciente esquizofrênico


O esquizofrênico tende a ter transtornos psíquicos, de comportamento ocasionando em instabilidade ou agressividade; em casos avançados a pessoa com esquizofrenia relata uma desorganização de pensamentos, tornando a convivência com sua família insegura, causada por medos devido a agressividade que o paciente tem (PEIXOTO et al., 2015).

A agressividade é o que mais atrapalha esse convívio familiar, trazendo obstáculos para uma boa interação com o familiar esquizofrênico e a família. E um dos fatores para desencadear as crises frequentes no esquizofrênico é a dificuldade que a família encontra em frente ao tratamento medicamentoso e as internações, pois não está preparada para lidar (OLIVEIRA et al., 2017).

O tratamento medicamentoso é um dos principais auxiliares na redução da sintomatologia, mas existe um temor para quem os toma; não só devido aos efeitos colaterais, mas tem que existir uma aceitação de quem toma o remédio de que possui um transtorno mental, e assumi-lo dia após dia ao tomar o remédio indesejado, pois isso acaba se tornando uma tarefa difícil tanto para o paciente esquizofrênico quanto para família. O tratamento não farmacológico que envolve terapias em grupo familiar, o apoio da religião oferecido a essa família auxilia como um impacto positivo ao proporcionar autoconfiança, sentimento de pertença, aumentar as habilidades sociais e construir objetivos de vida (MIASSO et al., 2013).

Ao se internar o paciente com esquizofrenia sente segurança, pois é algo diferente do que ele está acostumado e assim pode conviver com seus sintomas, a internação psiquiátrica auxilia garantindo essa sensação de segurança até a melhora tanto na qualidade de vida como no sofrimento psíquico. Ele percebe a mudança positiva que a internação traz e espera levar isso para fora em seu cotidiano; ao perceber a melhora através de seu corpo, utiliza-o como sinalizador de suas mudanças e isso ocasiona ao paciente esquizofrênico motivação para prosseguir até pós-alta estabelecendo metas e cumprindo-a (APUCHIMA et al., 2019).

Outro aspecto que define é que o familiar percebia que seu ente ficava mais irritado, nervoso, começava se isolar, ficava trancado em seu quarto ou passava acordados noites inteiras e ficavam mais agressivos. Os sintomas negativos da esquizofrenia como embotamento afetivo, apatia, anedonia, isolamento social fazem com que os familiares fiquem estimulando o doente a fazer algo, para que não fiquem só dormindo ou fazendo nada, pois mesmo a família tendo o



conhecimento da doença, isso acaba atrapalhando a convivência (FONSECA; GALERA, 2012).


A família é muito importante nesse processo, pois elas precisam manter o apoio para o familiar que padece e isso vai depender das experiências vividas por cada família e o modo de como vão reagir, e é importante ter auxílio do enfermeiro para saber como lidar com problemas que podem afetar o tratamento do paciente esquizofrênico, como influência negativa da religião entre outros (OLIVEIRA; FASCINA; JUNIOR, 2012).

Categoria 2 - Vivências do cuidador do esquizofrênico

Os estudos apontam que para o cuidador do paciente esquizofrênico, que possui uma grande sobrecarga devido ao tempo integral que este lhe oferece, causando dependência deste gerando modificações tais como: consequente quebra da rotina, desgaste emocional e físico, perda de vínculo social e profissional e desagregação familiar. Esse cuidador acaba deixando suas atividades de lazer de lado, porque doa-se completamente ao cuidado, deixando de cuidar de si próprio para atender as demandas exigidas, muitas vezes o peso do cuidado em âmbito familiar acaba caindo em cima de uma pessoa (o cuidador) que acaba se tornando um fator estressante (LIMA; LIMA, 2017).

Em casos de crise o cuidador acaba desenvolvendo reações de ansiedade pois fica vulnerável ao paciente esquizofrênico, e sente que seu cuidado é arriscado pois fica disposto a agressão que pode sofrer em relação a instabilidade do doente. Sente muitas vezes medo do esquizofrênico morrer, como se o ato fosse um fracasso do cuidado que exerceu pois sente um forte laço de afetividade que os une, como espera de melhora de seu familiar esquizofrênico (LIMA; LIMA, 2017).

Os cuidadores enfrentam dificuldades com o paciente esquizofrênico, pois o que gera mais sobrecarga é acumular tarefas diárias, não ter o apoio de alguém para ajudar no cuidado e nos gastos financeiros que afetam o orçamento familiar, essa preocupação com os cuidados relacionado ao paciente é o que mais gera desgaste emocional. Essas preocupações referentes a moradia, cuidado, tratamento e vida social é o que mais causa desgaste no cuidador, pois interfere a vida social desse cuidador, afeta o trabalho e muitos acabam perdendo o emprego; fora a preocupação em ter que supervisionar os comportamentos do paciente para que assim possam estar familiarizados e que consigam ter um suporte psicoeducativo no CAPS (SOARES et al., 2019).




Um modo de enfrentamento que os cuidadores utilizam é a religião e espiritualidade como amparo de suas mazelas e anseios vividos, expressar seus sentimentos como alívio, usar medicamentos psicotrópicos para alívio da depressão e tristeza e a participação nos grupos de apoio para diminuir a sobrecarga de estresse. A religião é uma base influente pro portador como auxílio para enfrentar a doença, mas pode influenciar negativamente por causa da influencias de algumas pessoas fazendo com que o indivíduo pare de tomar seus remédios por achar que pode ser curado, e que essa doença seja algo espiritual (VASCONCELOS et al., 2018; LIMA; LIMA, 2017).

A família é um importante meio de apoio, acolhimento e amor que precisam exercer com o familiar que adoece, influenciando na possível evolução do familiar esquizofrênico, e ajudando assim a prevenir e promover a saúde dos outros integrantes da família (OLIVEIRA et al., 2017).

Por isso é necessário o preparo para receber e cuidar do familiar que padece, tendo uma boa orientação dos profissionais de saúde para diminuir os sofrimentos vividos, e a família reconhecendo suas dificuldades no cuidar para que a partir daí o profissional em saúde mental possa exercer uma boa estratégia de cuidado aos familiares e o paciente esquizofrênico, diminuindo a sobrecarga gerada e proporcionando melhor qualidade de vida para ambos (MELO; GOMES, 2012).

Os sofrimentos do cuidador podem ser diminuídos ao ter um profissional de saúde mental constantemente perto, pois o profissional auxilia na maneira do cuidado necessário e promove bem estar e saúde através de estratégias feita para as famílias e paciente com esquizofrenia. Por isso o profissional deve criar boas estratégias de acordo com as vivências de cada família, para manter a qualidade de vida do grupo; e a família tem que estar disposta em acreditar na cura para que o tratamento tenha sua eficácia. É importante o apoio da equipe para orientar os familiares fazendo assim com que o número de internações diminua e que esse cuidador tenha condições e capacidade de poder cuidar dessa pessoa que padece (SCHULH et al., 2012).

Nos cinco primeiros anos, a família vive arranjos e desarrajos com a rotina e se adaptam para manter a integridade do grupo familiar, mas este processo de mudança varia de acordo com a experiência que a família tem, o diagnóstico, o conhecimento sobre a doença, o tempo vivido com o paciente e o quadro clínico em que o doente se encontra (GAICON; GALERA, 2013).



Muitas famílias enfrentam dificuldades em manter-se financeiramente durante o tratamento, então quando alguém adoece mentalmente eles têm que fazer um ajuste no orçamento familiar, por que este indivíduo se torna um depende constante de cuidados e isso afeta a profissão do cuidador, mas os gastos com o tratamento que acabam afetam mais o orçamento (ZANETTI et al., 2010).

Uma constante problemática discutidas entre os cuidadores são os seus empregos, pois alguns tem que deixar para poder dar um cuidado integral ao familiar que adoece, por isso afeta o orçamento. Mais o medo constante de ficarem doentes fisicamente por causa do convívio diário e medo de adoecer mentalmente ficando assim igual seu familiar esquizofrênico. O apoio social é necessário para ajudar esse cuidador a diminuir a sobrecarga e assim dividir a sobrecarga pela construção de novos vínculos sociais feitos. Enfim, é muito necessário um programa de atenção específico aos cuidadores, pois através das vivencias com o doente culmina afetando negativamente e permanentemente a vida deles (ZANETTI et al., 2010).

Categoria 3 – Diagnósticos de Enfermagem na Assistência ao paciente e ao cuidador

A atuação dos profissionais de saúde deve contemplar as vivencias do cuidador, seus sentimentos e fragilidades próprios ao cuidado, que envolve a sobrecarga do cuidado em tratamento para um novo modelo de atenção a saúde mental, que demanda um cuidado psicossocial (LIMA; LIMA, 2017).

Assim o profissional de saúde mental tem que ajudar a família também, tendo calma, paciência e se pôr no lugar dele pois não é fácil ter que cuidar de alguém com transtorno mental, por isso além do profissional ajudar o paciente tem que ajudar a família, através de aconselha-los bem e esclarecer qualquer dúvida, essa reponsabilidade deve-se ao profissional de saúde mental, por isso as ações de enfermagem devem atingir não só o portador mas a família, e as suas relações sociais para tirar o preconceito e promover a reinserção desse doente na sociedade (D'ASSUNÇÃO et al., 2016).

Para melhorar o cuidado em relação aos pacientes era necessário um conhecimento sobre o paciente, para apresentarem um tratamento apropriado é necessários os profissionais terem conhecimento sobre o sofrimento psíquico do usuário, pois assim podem incluir a família, a comunidade para criar uma rede de cuidados (PEIXOTO et al., 2015)

Desta forma o profissional de saúde tem que estar habilitado para lidar com pessoas que sofrem de transtorno mental e que possam saber como acolhe-los e respeita-los cada vez mais como cidadãos, e isso faz parte para o processo de melhora (OLIVEIRA et al., 2017).

O enfermeiro especialista em saúde mental sabendo que o processo saúde doença afeta toda a família deve promover saúde mental a todos. Na abordagem familiar deve ser transmitida uma ajuda tanto para a pessoa que padece tanto para a família cuidadora que necessita promover o cuidado. O enfermeiro generalista também pode ajudar nesse cuidado, mas o enfermeiro especialista irá abranger mais profundamente esse cuidado com as práticas terapêuticas diminuindo assim a sobrecarga do cuidador (CASALEIRO; CEABRA; CALDEIRAS, 2017).

Há pouco conhecimento voltado a diminuir a sobrecarga que o cuidador sofre nos momentos de avanço da doença onde as crises se tornam mais evidentes; as evidências mesmo que limitada mostra o benefício das intervenções familiares na diminuição da sobrecarga do cuidador. Por isso os enfermeiros especialistas em saúde mental precisam transmitir mais estudos que aponta a eficácia das intervenções e eficiência, essa seria uma importante contribuição para reflexão das intervenções (CASALEIRO; CEABRA; CALDEIRAS, 2017).

Tabela 2: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem relacionados ao cuidador
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

SOBRECARGA DE ESTRESSE	Assistência no Controle da Raiva; Apoio Espiritual; Aumento da Socialização; Melhora do Sono; Promoção da Esperança; Melhora do Enfrentamento.
TENSÃO DO PAPEL DO CUIDADOR	Apoio ao Cuidador; Cuidados durante o descanso do cuidador; Melhora do Papel
FADIGA	Controle de Energia; Controle de Humor; Melhora do Sono; Controle da Nutrição; Promoção de Exercício.
PADRÃO DE SONO PREJUDICADO	Controle do Ambiente: Conforto; Melhora do Sono; Redução da Ansiedade; Massagem; Regulação do Humor/ Sono.
CONFORTO PREJUDICADO	Redução da Ansiedade; Assistência para a Manutenção do Lar; Controle do Ambiente: Conforto.
RISCO DE SOLIDÃO	Aconselhamento; Promoção da Esperança; Suporte Emocional.
CONHECIMENTO DEFICIENTE	Aconselhamento na preconcepção; Educação em Saúde.

Fonte: Ligações NANDA NOC-NIC (2012).

Tabela 3: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem relacionados ao paciente
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

AUTONEGLIGÊNCIA	Assistência no Autocuidado; Controle de Ideias Delirantes; Assistência no Autocuidado: Banho/Higiene
------------------------	--

MEMÓRIA PREJUDICADA

Controle da Demência; Controle do Ambiente: Segurança; Orientação para a Realidade; Monitoração Neurológica; Controle dos Medicamentos; Treinamento da Memória

VÍNCULO PREJUDICADO

Melhora da Autopercepção; Melhora do Sistema de Apoio

INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA

Melhora do Sistema de Apoio; Grupo de Apoio; Promoção da Normalidade; Terapia de Reminiscências

PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

Administração de Medicamentos; Controle do Ambiente: conforto; Terapia de Relaxamento

CONFUSÃO CRÔNICA

Controle da Demência; Contenção de Humor; Supervisão; Técnica para acalmar

Fonte: Ligações NANDA NOC-NIC (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos apontaram que a equipe de enfermagem de saúde mental é uma importante ferramenta para ajudar e preparar a família para cuidar de seu familiar com esquizofrenia, através de abordagens terapêuticas que ajudam a diminuir a sobrecarga imposta ao cuidador, assim promovendo a reinserção social e diminuindo o preconceito acerca da doença.

A religião é uma ferramenta de enfrentamento tanto pro paciente como pro cuidador, a esperança de cura através da fé religiosa ajuda a compreender os sofrimentos vividos e a dar forças para enfrentarem as dificuldades impostas pela doença. Por isso se faz necessário que existam enfermeiros especialista em saúde mental, que tenham conhecimento para promover uma boa abordagem terapêutica com intervenções eficazes de acordo com a vivencia de cada pessoa com esquizofrenia e seu cuidador.


REFERÊNCIAS

CARVALHO, C. M. S. DE et al. Vivências de familiares da pessoa com esquizofrenia. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 13, n. 3, p. 125–131, 2018.

D'ASSUNCAO, CINTHIA; SANTOS, ANA; LINO, FABIANE; SILVEIRA, E. A Enfermagem e o relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, v. 1, n. 1, p. 2034–2051, 2016.

DE ALMEIDA, M. M. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 73–79, 2010.

FÉLIX MAGALHÃES, J. et al. Caregiver Women's Coping Strategies Toward Schizophrenia Bearing People / Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Cuidadoras de Pessoas com Esquizofrenia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 3, p. 793, 2018.



FONSECA, L. M. DA; GALERA, S. A. F. Expressões utilizadas por familiares ao relatarem experiências de conviver com o adoecimento mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. ahead, p. 0–0, 2012.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; CARVALHO, Emília Campos de. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online braz. j. nurs.*(Online), p. 25-33, 2004.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P.**, v. 40, n. 2, p. 286–291, 2006.

GIACON, B. C. C.; GALERA, S. A. F. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 321–326, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. [s.l: s.n.]. v. 10

GOMES, M. S.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 8, n. 1, p. 2, 2012.

IPOCHIMA, J. R.; ANDREOTTI, E. T.; SCHNEIDER, J. F. O Significado Da Internação Psiquiátrica Para Pacientes Com Esquizofrenia. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 2019.

LIMA, I. C. S.; DE ANDRADE LIMA, S. B. Experiencing feelings and weaknesses of care in schizophrenia: family caregivers vision Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1081, 2017.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. suppl 1, p. 15–17, 2000.

MUNIZ, M. et al. Unveiling the design of therapeutic nursing in mental health: an experience report. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 1, p. 132–140, 2014.

PEIXOTO, M. M.; MOURÃO, A. C. DAS N.; DE SERPA JUNIOR, O. D. Coming to terms with the other's perspective: Empathy in the relation between psychiatrists and persons diagnosed with schizophrenia. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 881–890, 2016.


SCHÜLHI, P. A. P.; WADMAN, M. A. P.; SALES, C. A. O cotidiano familiar da pessoa com esquizofrenia: cuidando no domicílio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 16–24, 2012.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. suppl 1, p. 56–58, 2000.

SOARES, M. H. et al. Sobrecarga E Satisfação Dos Familiares De Pacientes Com Esquizofrenia. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

SOUZA, L. A. DE; SILVA, E.; COUTINHO, F. Fatores Associados a Qualidade De Vida De Pacientes Esquizofrenicos. v. 28, n. 55 21, p. 50–58, [s.d.].

VEDANA, K. G. G. et al. **Agindo em busca de alívio: enfrentamento da esquizofrenia e dos**



incômodos ocasionados pelo tratamento medicamentoso DOI:
10.4025/cienccuidsaude.v12i1.20342. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 365–374,
2013.



CAPÍTULO 32

DOI: 10.47402/ed.ep.c202156732080

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR HUMANIZADA: OS DESAFIOS NO ATENDIMENTO AO CLIENTE

Augusto César Neves De Campos, Técnico em Administração, ETEC Lorena
Elton Orris Marinho Da Silva, Tecnólogo em Gestão Empresarial, FATEC GT
Ester Carolina Gomes Luiz de Paula, Enfermeira/Professora/Coordenadora de Cursos, ETEC
Cachoeira Paulista

Adriano Carlos Moraes Rosa, Doutor em Engenharia de Produção, FATEC GT
Yara C. C. Rocha Miranda, Mestre em Planejamento e Desenvolvimento Regional, FATEC
GT


RESUMO

O atendimento hospitalar não humanizado pode interferir negativamente no tratamento e na recuperação dos clientes. Este estudo objetivou a identificar a dificuldade na prática de humanização, em que as equipes precisam pôr em prática um atendimento que leva em conta a totalidade do indivíduo e o embasamento da bioética no atendimento que geralmente não são aplicadas em sua rotina. Utilizou-se a pesquisa exploratória, analítica e qualitativa realizada através de dados colhidos de artigos e livros, questionários sociodemográficos com funcionários e clientes, e para os gestores foi abordado um “case” no Hospital da Criança em Brasília. Com base nos resultados obtidos, constatou-se que os principais responsáveis pela ausência da humanização são a árdua rotina e estresse gerado na equipe da unidade. Por isso é fundamental uma elaboração de estratégia para que assim haja dinamismo no serviço com o propósito de amenizar os fatores que podem interferir na qualidade do atendimento prestado.

Palavras-chave: atendimento, humanização, saúde.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Rios (2009), quando a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (em 2001) fez um levantamento dos hospitais públicos que desenvolviam ações humanizadoras, foi entendido que praticamente todos faziam alguma coisa nesse sentido e, o mesmo se verificou em 94 hospitais de referência no País escolhidos pelo Ministério da Saúde, praticamente na mesma época. A iniciativa partia dos próprios trabalhadores, e tratava-se de uma resposta a uma necessidade sentida pelas pessoas em seus ambientes de trabalho. Para a autora, a humanização compreende princípio de conduta de base humanista e ética, movimento contra a violência institucional na área da saúde, política pública para a atenção e gestão no SUS, metodologia auxiliar para a gestão participativa e tecnologia do cuidado na assistência à saúde.



O tema desta pesquisa trata-se da administração hospitalar humanizada. Para que haja uma boa administração deste ambiente, é necessário que os profissionais sejam altamente preparados para enfrentar todo tipo de situação e mesmo assim manter sua calma e sanidade mental. Atualmente consegue-se encontrar uma grande falha no atendimento humanizado nos locais de saúde, muitos dos profissionais desta área estão se encontrando desgastados, desmotivados e não sabendo tratar seus pacientes da forma como deveriam para que todo o processo aconteça de forma eficiente e eficaz. Sabendo destes fatores, gerou-se a escolha deste tema e com ele pesquisas exploratórias bibliográfica e de campo, para que fosse estudado o porquê destes comportamentos e atitudes negativas estarem acontecendo e propor uma solução prática para este problema.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Gestão Pública

Sendo uma das áreas mais importantes na administração, a gestão pública fica responsável pelo desenvolvimento econômico de um município visando criar projetos correspondentes ao desenvolvimento que se almeja alcançar, realizando da forma mais eficiente e eficaz. Para Lima (2009), gestão é a capacidade de fazer o que precisa ser feito e, especificamente neste setor, sempre deve manter-se atento ao seu planejamento para que projetos tenham sucesso, visando como, por exemplo, a melhoria da educação e conservação de recursos naturais, buscando a expansão do município e também a competitividade econômica do país, em outras palavras, visando uma “excelência” na gestão pública, e seu ganho social sempre será de extrema importância. Nesse sentido, para o autor, a gestão pública faz parte de um amplo projeto de desenvolvimento para proporcionar a melhoria das organizações e da capacitação das pessoas, pois “cria valor público para o cidadão.

Atualmente encontram-se algumas deficiências que acabam quebrando o conceito de excelência deste setor. Dentre as deficiências foram evidenciadas a incapacidade de satisfazer de forma eficaz as necessidades dos cidadãos, falta de motivação do funcionalismo público e desvalorização da carreira, processos de decisões longos, dentre outros. Conforme o Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação (BRASIL, 1988).



2.2 Gestão Hospitalar

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema de saúde público que se estende em todo território nacional, visando atender a população brasileira desde o nascimento até sua velhice. A base desse sistema é dar acesso à saúde para todos, mesmo para quem está na classe baixa e não possui condições financeiras para utilizar de meios particulares de saúde. A principal preocupação do SUS é atender a demanda da população de maneira que seja participativa e humanizada, dado que essa relação de atendimento de saúde compete aos dois lados para uma boa execução, tanto do sistema de saúde como do beneficiado. O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BVSMS, 2009).

Devido à necessidade de ajuste na operação do SUS, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS, conhecido como PlanejaSUS que tem como maior objetivo implantar de maneira correta e justa um planejamento para ele, a fim de gerar uma aplicação mais eficiente e organizada. É, de fato, uma ferramenta administrativa onde se desenvolve o Plano Nacional do SUS e são feitas as devidas averiguações e modificações do Sistema. Mas para que isso não aconteça de forma unilateral, o planejamento é feito aliado a outros órgãos e equipes para gerar esse plano para o funcionamento do SUS (SAÚDE.SP, 2009).

Participaram da elaboração da proposta diferentes áreas do MS, entre as quais: a Secretaria Executiva (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, Departamento de Apoio à Descentralização e Fundo Nacional de Saúde); Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Departamento de Monitoramento e Avaliação e Departamento Nacional de Auditoria (SAUDE.SP, 2009). Os hospitais e unidades básicas de saúde são fundamentais para a aplicação do Sistema Único de Saúde dado que em teoria seria a forma prática no cotidiano dos cidadãos do que é pregado pelo sistema. Porém, essa idealização permanece somente na teoria, já que o sistema público possui dificuldade de colocar em vigor os conceitos de seu planejamento, principalmente em território hospitalar que lida diretamente com casos de vida ou morte, tornando extremamente dificultosa essa aplicação, gerando assim, a necessidade de alinhar a humanização para com os clientes e a praticidade para com os colaboradores na prestação de serviços a saúde.



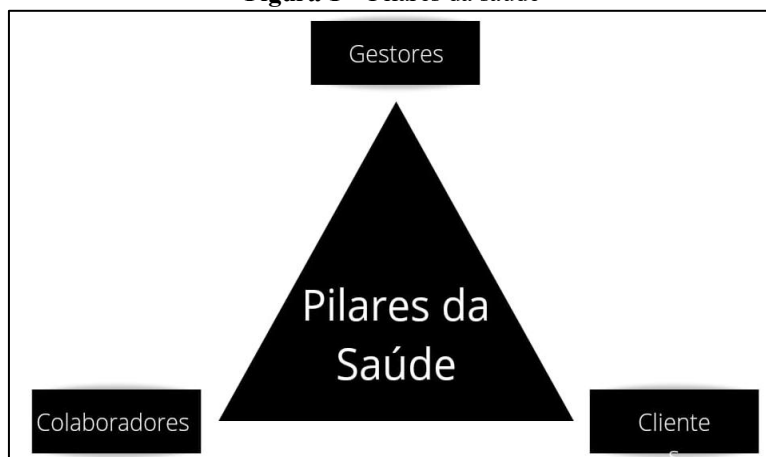
2.3 Humanização da Saúde

A humanização tem como função primordial mostrar para a sociedade “o que é ser humano”, valorizando a vida em todos os seus aspectos, sendo dignidade, no respeito, na saúde e no direito de exercer sua cidadania. Desse modo, a humanização é relembrar o homem daquilo que foi esquecido, que a sociedade é um conjunto de indivíduos que devem ser valorizados independentemente de classe social, etnia, gênero, religião etc.

Conforme o art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de Outubro de 1988, Art. 5º, todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988). Devido aos avanços da sociedade no âmbito da tecnologia, a humanização tem sido deixada de lado, dado que as pessoas têm se distanciado com o avanço tecnológico perdendo o contato humano e a empatia. Podendo ser visto esse tipo de afastamento da sociedade no ambiente da saúde, onde a empatia e o desejo de cuidado deveria ser algo principal, por ser uma das bases da sociedade e um dos pilares para a dignidade humana, independentemente de caracterização política ou aspecto financeiro, a humanização no ambiente hospitalar é mais que uma necessidade humana, é na realidade um direito de todo cidadão.

Conforme o Art.196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.01). Dessa maneira, o governo assegurou a saúde para qualquer indivíduo dentro do território brasileiro, porém, a humanização tem sido desvalorizada pela maioria dos profissionais. Em resposta, surgiu o Plano Nacional do SUS que possui como política a humanização, destacado na cartilha do Ministério da Saúde, que tem como nome Política Nacional de Humanização (PNH), conhecido também como HumanizaSUS que vem salientar essa necessidade de humanização na área da saúde. Humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, usuários e gestores do serviço de saúde (HUMANIZASUS, 2013, p.05).

Figura 1 – Pilares da saúde



Fonte: Dos próprios autores, 2020.

Ou seja, já existe a iniciativa de humanizar nessa área, porém, deve salientar as dificuldades em fazer com que os colaboradores mais antigos colaborem para que haja uma verdadeira integração dessa nova ideologia, uma orientação aos gestores da saúde sobre como aplicar essa iniciativa e é necessário também, analisar os profissionais que estão se formando e os profissionais em formação dado que eles são o futuro dos hospitais.

2.4 Protocolo de Atendimento

De acordo com Humanizaus (2009), atendimento é o conjunto de atividades desempenhadas pelos colaboradores no momento de contato com seu cliente englobando o antes, durante e o após a prestação de serviço ou compra de um produto. No âmbito hospitalar, o atendimento é norteado por um protocolo de atendimento, onde é escalado (em eixos de cores) o nível de risco do cliente que chega ao ambiente hospitalar, dado que os hospitais são instituições diferenciadas por lidarem com vidas. O *Eixo Vermelho* está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde. Já o *Eixo Azul* é o eixo dos pacientes aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco.

Com base nessa esquematização de cores, é possível organizar os atendimentos com o grau de complexidade do caso e além de impedir que ocorram falhas de atendimento. Desse modo, o protocolo de atendimento hospitalar é uma ferramenta que tem seu devido valor e utilidade no âmbito do atendimento ao cliente (Figura 2).

Figura 2: Protocolo de Atendimento: níveis de gravidade por cor



Fonte: Dos próprios autores, 2020.

O maior problema nesse tipo atendimento é a falta de orientação e apoio para com os clientes que ficam desprezados e desinformados dos procedimentos realizados em seu período hospitalar. Por isso, é importante validar o dever de um bom acolhimento no ambiente hospitalar, dado que ambientação e atendimento são fatores que geram bem estar ao cliente. É preciso criar formas de agir em saúde que levem a uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora a partir da inserção dos serviços de urgência na rede local (HUMANIZASUS, 2009, p. 8). Com isso, os colaboradores devem ser capacitados no quesito interpessoal que também é necessário no âmbito hospitalar. Além disso, a tecnologia deve ser considerada nessa equação, que além de fortalecer a comunicação de dados e informações no ambiente de trabalho, gera cada vez mais produtividade em um tempo reduzido. No âmbito da saúde não é diferente, existem sistemas que auxiliam na transmissão da informação e dos procedimentos.

De acordo com Souza Junior, Cunha e Dornelas (2011), os Sistemas de Informações (SI) têm papel fundamental nas organizações de saúde. Através deles os gestores obtêm acesso com facilidade às informações de todos os aspectos da organização. A correta administração dessas informações é fundamental para o sucesso, pois, com base nelas os gestores podem decidir os rumos do setor. Porém, o avanço tecnológico na saúde é limitado, focando somente na marcação, banco de dados e avaliação de demanda de pacientes. Devido a isso, é necessário que se haja um maior investimento em tecnologias no âmbito da saúde, uma vez que a falta de investimento em equipamentos, estrutura adequada e pesquisas científicas, pode acarretar deficiências nos processos e tratamentos hospitalares, afetando negativamente os três pilares do sistema de saúde: gestores, colaboradores e usuários.




2.5 Desafios da Gestão Humanizada

De um local filantrópico, onde os doentes eram acolhidos no intuito de segregação da população, o hospital vem se tornando com a modernização, não só local de cura, mas também de prevenção e pesquisa de doenças, visando principalmente o bem estar, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais. Segundo Ruthes e Cunha (2007), o hospital, como mecanismo institucional através do qual alcança este objetivo de natureza social, passa a se constituir, na atualidade, no principal estabelecimento de prestação de atenção médica à sociedade moderna, enfocando não apenas a atenção a pacientes individuais, mas, também, através da abordagem de uma medicina integral, procurando soluções para os problemas de saúde da comunidade.

Dessa forma, atualmente, os hospitais são classificados como organizações de prestações de serviços, voltada para assistência à saúde. Com isso, o ambiente hospitalar é elevado a um novo patamar, vivenciando assim um cenário desafiador, pois cada vez se exige mais profissionais capacitados e eficientes, mas não cobre necessariamente a empatia como um ponto crucial na decisão de contratação de um funcionário. Isso pode ser atribuído à cultura organizacional que se entende como um arsenal de regras compartilhadas pelos membros de uma determinada organização. Ela refere-se ao pensamento básico que orienta as ações de um gestor, determinando qual o caminho que ele seguirá quando se deparar com várias alternativas de ação (PADOVEZE; BENEDICTO, 2005).

As instituições públicas podem apresentar deficiências no aspecto da cultura organizacional e no hospital não é diferente, dado que, por ser da esfera pública as funções não são desempenhadas em equipe, e sim de forma individualista, ocorrendo ruído na comunicação entre colaboradores. Desse modo, deve ser considerada a volta do cuidado humano de forma humana, ou seja, caracterizar o ser humano como ele realmente é, um ser humano. Mas ainda prezando pela coletividade e união da sociedade dentro do ambiente hospitalar. Outro aspecto que pode ser atribuído nessa análise é a burocratização que tem como principal função gerar um passo a passo para as tarefas dentro de uma instituição, as instituições públicas são as que mais usam desse tipo de metodologia de organização.

A ação burocrática era tipicamente orientada a resolução de problemas e que a tomada de decisão era guiada pelos objetivos de eficiência, calculabilidade e previsibilidade. Consequentemente, decisões eram mais racionais porque elas eram feitas sem a intervenção de pessoas, ou seja, eram imunes aos aspectos pessoais, irracionais e emocionais (SOUZA JÚNIOR; CUNHA; DORNELAS, 2011).



No âmbito da saúde, a burocratização age com peso, dado que o seu excesso acaba gerando problema para seu público-alvo, neste caso, os clientes (pacientes). Ocorrendo de gerar muita espera da parte dos pacientes para a marcação e realização de exames e consultas. Causando um transtorno significativo, já que o hospital lida com vidas, ou seja, essa demora pode ocasionar em piora no quadro de pacientes com doenças em estado grave. Com base nessa análise pode-se avaliar que a gestão hospitalar humanizada possui obstáculos que precisam ser ultrapassados para o aperfeiçoamento da política de atendimento ao cliente.

2.6 Atendimento Humanizado e Telemedicina

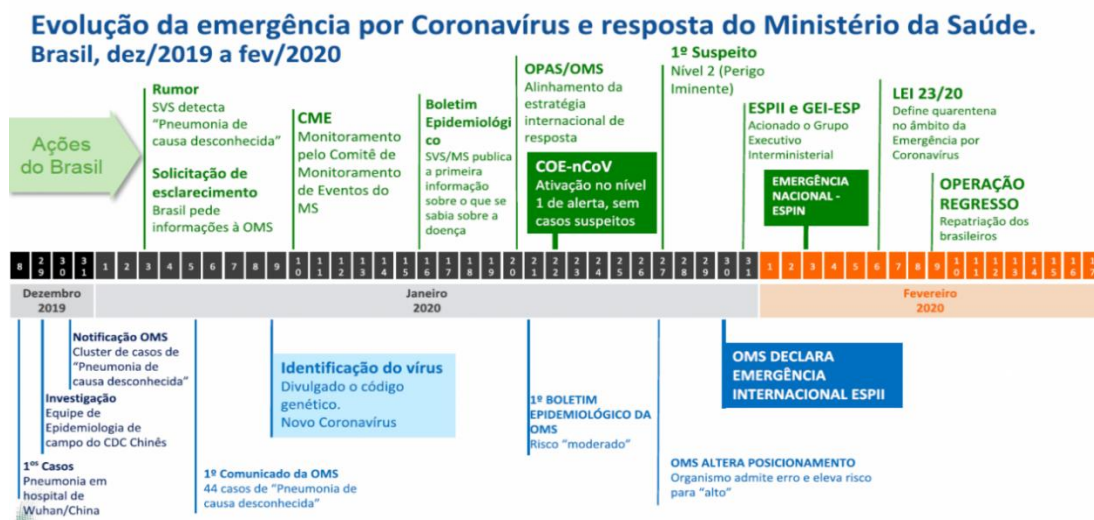
A telemedicina é uma modalidade para atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, podendo ser aplicado tanto no SUS como em redes particulares. Conforme o Art. 3º da lei 13.989, entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde (BRASIL, 2020).

Os profissionais da saúde, estão autorizados a emitir receitas médicas assinadas eletronicamente conforme o suporte tecnológico do local. O Art. 4º trata que o médico deverá informar ao paciente todas as limitações inerentes ao uso da telemedicina, tendo em vista a impossibilidade de realização de exame físico durante a consulta (BRASIL, 2020). Mesmo com a intermediação da tecnologia, a humanização poderá não somente estar presente e ser um fator preponderante na relação entre paciente e médico com a disponibilização de um relacionamento digital personalizado, gerando uma manutenção do contato e estreitando laços fora do ambiente clínico.

2.7 COVID-19 e os Impactos no Atendimento ao Cliente

Em dezembro de 2019 a China detectou uma pneumonia de causa desconhecida que teria se iniciado em Wuhan, em um mercado de peixe. Com o crescente número de pessoas acometidas pela nova doença, medidas de isolamento foram tomadas para que se evitasse algum tipo de contaminação humana e entre os profissionais da saúde. Pesquisadores chineses detectaram que o vírus por trás da pneumonia é uma variação do Coronavírus, já conhecido por causar outras doenças respiratórias infectocontagiosas, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), que apareceu em 2002, também na China, e rapidamente espalhou-se pelo mundo. Em pouco mais de um mês, a doença que rapidamente se espalhou chegou ao Brasil e teve seu primeiro caso confirmado para a COVID-19 na cidade de São Paulo, cujo estado viria a se tornar o de maior incidência da enfermidade. A Figura 3 mostra a evolução da doença.

Figura 3: Evolução da Emergência por Coronavírus e Resposta do Ministério da Saúde (dez/2019 a fev/2020)



Fonte: Saúde MPPR (2020).

Com a iminente probabilidade dos casos se alastrarem e o receio do SUS entrar em colapso, o governo do Estado de São Paulo tomou medidas para contenção das contaminações pelo novo Coronavírus, sendo elas, definição dos hospitais de referência para o tratamento de casos graves, decretou estado de calamidade pública e medidas de isolamento social foram adotadas, como o fechamento de instituições de ensino, comércio, exceto os de cunho essencial, centros comerciais, pontos turísticos, etc. Conforme o Art. 1º do Decreto nº 64.879, de 20 de março de 2020, no art. 1º se reconhece o estado de calamidade pública, decorrente da pandemia do COVID-19, que atinge o Estado de São Paulo, e dispõe sobre medidas adicionais para enfrentá-lo (SAOPAULO.SP a, 2020, p. 01). Obviamente foram tomadas medidas no setor da saúde pública, principalmente na área de atendimento, consistindo em cancelamento de consultas ambulatoriais, exames e procedimentos rotineiros, já os clientes com sintomas da doença passam por uma triagem e são devidamente encaminhados para o setor de COVID-19 da própria unidade ou para os hospitais de campanha. Para os profissionais de saúde foi exigido o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). A fim de inibir o trânsito de pessoas no ambiente hospitalar, o Governo criou um aplicativo com o objetivo de sanar dúvidas e orientar a população, também disponibilizado um ramal para o paciente que apresentar sintomas.

Já conforme o art.2º da Resolução SS - 28, de 17 de março de 2020, as diretrizes estabelecidas nesta resolução aplicam-se aos serviços de saúde sob gestão estadual, gerenciados pela Administração Direta, Autárquica e Fundacional, por meio de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde e convênios de subvenção com entidades filantrópicas e/ou universitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo recomendada sua aplicação aos serviços de saúde municipais e privados no território paulista (SAOPAULO.SP b, 2020, p. 24).

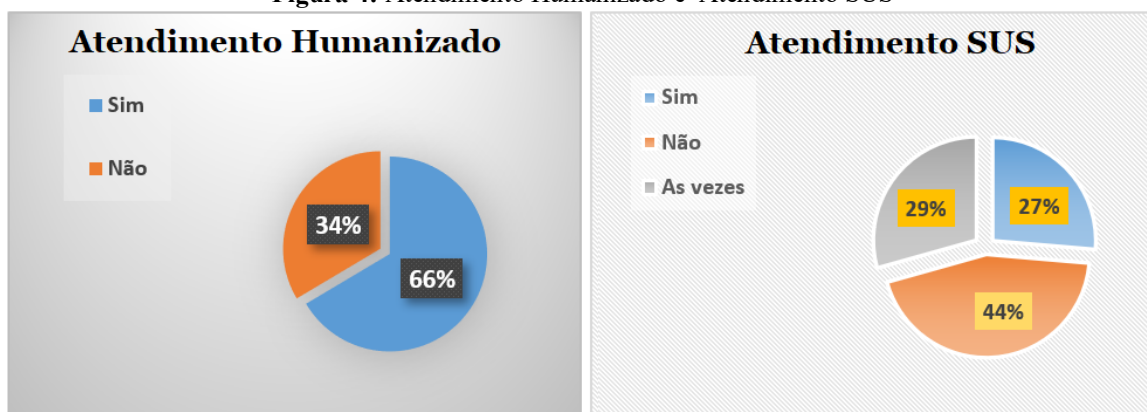
3 METODOLOGIA

Para o início do artigo foi efetuado com embasamento teórico o tema, começando por meio de uma pesquisa exploratória bibliográfica e análise administrativa dentro do contexto em que o tema está inserido. Em sequência, para a coleta de informações elaborou-se uma pesquisa exploratória de campo, construindo questionários para aplica-los no intuito de quantificar as informações provenientes dos pilares da saúde (colaborador e cliente), que tiveram o enfoque em questões quantitativas, para enriquecimento teórico do artigo e para gestão foi abordado um “case” para síntese do modelo de gestão. Os colaboradores entrevistados foram em sua grande maioria da equipe de enfermagem e o restante dos profissionais de saúde de outros setores que trabalham ou trabalharam em um ambiente hospitalar.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS


No primeiro semestre de 2020, foi aplicado um questionário através do “Google Forms” nas plataformas “Facebook” e “WhatsApp”. A pesquisa obteve uma adesão de 167 (cento e sessenta e sete) pessoas com a faixa etária a partir de 15 anos, onde 34% disseram não conhecer a *política de atendimento humanizado*, conforme a Figura 4.

Figura 4: Atendimento Humanizado e Atendimento SUS



Fonte: Dos próprios autores, 2020.

Outros 66% afirmaram conhecer a *política*, entretanto, alegaram não receber atendimento humanizado no SUS como usuários ou como acompanhantes de familiares. Para essas pessoas o maior problema no atendimento no SUS é o longo tempo de espera, apontado por 85% dos entrevistados, seguido pelo mau atendimento dos colaboradores, das equipes médicas, das equipes de enfermagem e de técnicos. Também para os entrevistados, os maiores problemas que necessitam de mudanças se concentram na má administração no âmbito hospitalar e o geral mau atendimento (onde falta a empatia e respeito para com o paciente),




como também, na falta de investimento na infraestrutura hospitalar e o mais citado, o longo tempo de espera. Nos dados coletados com colaboradores (em um total de 7 entrevistados), esses alegam que trabalham em unidades que praticam o atendimento humanizado, sendo 6 deles, funcionários da rede pública. Embora todos afirmem conhecer a política do HumanizaSUS, 42,9% não receberam treinamento. No entanto todos reconhecem com veemência que o atendimento humanizado é necessário tanto para os clientes como para os colaboradores, pois além de gerar uma resposta positiva no tratamento dos pacientes, ocasiona em uma boa cultura organizacional e possibilitam uma experiência melhor para o público em geral.

O canal do YouTube Futura realizou uma entrevista no Hospital da Criança em Brasília abordando o assunto “o atendimento humanizado na área de saúde” (FUTURA, 2014), podendo observar que os desafios encontrados na aplicação do atendimento humanizado estão principalmente na cultura organizacional, ou seja, se não há um alinhamento entre os colaboradores nos mesmos princípios e se não há unificação de todos os setores desde quem recebe o paciente até quem o trata, a execução do trabalho fica comprometida. Para corrigir esse problema foi criada uma metodologia para desenvolver os colaboradores no lado profissional e humano, focando no bem estar do colaborador e do ambiente, culminando em um retorno positivo no tratamento com os pacientes, causando a diminuição das queixas contra os colaboradores e melhora no ambiente em todos os setores.

4.1 Proposta de Solução

Com base na fundamentação teórica abordada e comprovada pela coleta de dados, será proposta uma solução embasada em um treinamento na forma de simulação para profissionais da área de saúde em todas as suas esferas. Esse treinamento consiste em protocolos de atendimento focados na bioética e empatia que devem ser feitos periodicamente, seguindo um procedimento composto por: a) **Situação:** proposta de uma situação problema baseada em casos que ocorrem em hospitais com certa frequência, onde a reação dos profissionais mediante a tal deve ser avaliada; b) **Análise:** devem ser destacados os pontos de falhas apresentados pelos profissionais, conforme a avaliação feita durante o processo de simulação. No intuito de gerar um “feedback” das competências, habilidades e atitudes de cada indivíduo durante o processo de treinamento. c) **Capacitação:** a capacitação deve ser efetuada com base nos pontos negativos dos profissionais, visando capacitá-los para o atendimento humanizado aperfeiçoando os seus pontos fracos e valorizando os seus pontos fortes. d) **Certificação:** Conforme forem cumpridas as etapas de treinamento o profissional recebe certificados de capacitação.



O público-alvo pode ser qualquer que seja o profissional de saúde seja equipe médica, enfermagem, recepção, administração, entre outros. A periodicidade de aplicação desse treinamento deve acontecer a cada seis meses.

CONCLUSÃO

A saúde é direito de todo cidadão e é dever do Estado proporcionar serviço de qualidade para a população, visando sempre a empatia, respeito e igualdade. Diante dos problemas encontrados percebeu-se que a saúde pública possui deficiências evidentes no cotidiano dos colaboradores comprometendo consideravelmente a qualidade do serviço prestado. É necessário capacitar os profissionais de saúde e fornecer os recursos necessários para que o serviço aconteça de maneira exímia para a demanda existente, visto que, o excesso e más condições de trabalho sobrecarregam o colaborador e influencia diretamente no seu trato com o paciente. É fato que o atendimento humanizado é positivo no prognóstico dos pacientes e deve ser impulsionado e otimizado. Com base nisso, atendimento eficiente e capaz, acarreta clientes satisfeitos e gera um ambiente de trabalho saudável, equilibrando os pilares da saúde: gestão, colaborador e cliente, fazendo com que a saúde a cada dia, tenha mais progressos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei 13.989 de 15 de abril de 2020**. Diário Oficial da União. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília (DF), 2020.

BVSMMS. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. **SUS Princípios e Conquistas**, 2009 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 5 Nov. 2019.

FUTURA, Canal. **O atendimento humanizado na área da saúde**. YouTube. 2014. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=T-q23TvfJ1E>>. Acesso em: 28 Jun. 2020.

HUMANIZASUS. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização**. 1ª. ed. Brasília (DF), 2013.

LIMA, P. D. B. Perfil contemporâneo da capacidade de gestão dos órgãos e entidades da administração pública brasileira. **XIV Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**. Salvador (BA), Brasil, 2009.



PADOVEZE, C.; BENEDICTO, G. Cultura Organizacional: análise e impactos dos instrumentos no processo de gestão. **Revista Eletrônica de Administração**, vol. 11, n.2, 2005.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 33,n. 2, p. 253-261, 2009.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. K. O. Os Desafios da Administração Hospitalar na Atualidade. **Revista de Administração e Saúde**, vol.9, nº 36, p. 96-102, 2007.

SAOPAULO.SP (a). **Decreto nº 64.879**, de 20 de março de 2020. São Paulo, vol. 130, n. 56, p. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/decretos-64879-e-64880.pdf>>. Acesso em: 06 Jun. 2020.

SAOPAULO.SP (b). **Lei nº 54**, de 17 de março de 2020. Resolução SS - 28. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 19 Mar. 2020. Seção 1, p.24. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/E_R-SS-CGOF-28_170320-1.pdf>. Acesso em: 06 Jun. 2020.

SAUDE.MPPR. Ministério Público do Paraná (PR). **Evolução da Emergência por Coronavírus e Resposta do Ministério da Saúde**: Brasil, dez/2019 a fev/2020. 2020. Imagem. Disponível em: <<http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-1235.html>>. Acesso em: 30 Mai. 2020.

SAUDE.SP. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2009.

SOUZA JUNIOR, M.; CUNHA, M.; DORNELAS, J. Examinando as dimensões burocráticas dos sistemas de informação em saúde pública a partir das lentes teóricas de Max Weber. III **ENADI Encontro da Administração da Informação**, Porto Alegre (RS): 2011. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnADI102.pdf>>. Acesso em: 23 Out. 2019.



CAPÍTULO 33

DOI: 10.47402/ed.ep.c202161333080

OCORRÊNCIA DE QUEDAS ASSOCIADO À POLIFARMÁCIA E CLASSE DE MEDICAMENTOS EM IDOSOS

Inocêncio Silva de Jesus, Farmacêutico, Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Lorena Andrade Nunes, Bióloga, Doutora em Entomologia Agrícola, Professora Titular da Faculdade de Tecnologia e Ciências

Lucas dos Santos, Profissional de Educação Física, Mestre em Ciências da Saúde, UESB
Yuri Silva de Souza

José Ailton Oliveira Carneiro, Profissional de Educação Física, Professor Titular da Universidade Estadual do sudoeste da Bahia

Djanilson Barbosa dos Santos, Farmacêutico, Doutor em Saúde Pública, Professor Associado da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Cezar Augusto Casotti, Cirurgião Dentista, Doutor em Odontologia Preventiva e Social, Professor Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia


RESUMO

Objetivou-se identificar a prevalência de quedas de acordo com polifarmácia e classes de medicamentos utilizados por idosos residentes em comunidade na zona urbana do município de Aiquara-BA. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, censitário, alinhado a uma coorte de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, realizado em fevereiro de 2014. Nas entrevistas, foi aplicado instrumento de coleta adaptado a partir do questionário SABE – Inquérito sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe. Os medicamentos foram classificados de acordo o código Anatomical Therapeutic Chemical Index ATC. Foram entrevistados 272 idosos com idade entre 60 e 90 anos, sendo 58,8% do sexo feminino, 84,9% relataram uso de pelo menos um medicamento e consumiram um total de 856 medicamentos. 63,1% faziam uso de polifarmácia e 71,4% apresentavam ≥ 4 doenças. De acordo o primeiro nível da classificação ATC a prevalência de queda foi maior em Idosos que fazem uso de medicamentos do sistema cardiovascular 56 (33,9%); trato alimentar e metabolismo 36 (32,7%); e sistema nervoso central 29 (35,8%). Conclui-se que a prevalência de queda foi maior em idosos que fazem uso de polifarmácia e medicamentos dos sistemas cardiovascular, nervoso central e trato alimentar e metabolismo.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Epidemiologia. Quedas. Polifarmácia.

INTRODUÇÃO

Estudos no Brasil têm verificado prevalências elevadas de quedas entre os idosos que vivem em zonas urbanas (SOARES *et al*, 2014; SIQUEIRA *et al*, 2011). Os principais fatores



associados ao risco de quedas descrito pela literatura são: sexo feminino; idade avançada; consumo de vários medicamentos continuamente, caracterizando a prática de polifarmácia; e presença de doenças crônicas (NERI *et al*, 2012; SKALSKA *et al*, 2013; CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015; SILVA *et al*, 2014).

O uso de medicamentos é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de quedas em idosos (SECOLI, 2010). A associação entre quedas, polifarmácia e medicamentos é mais significativa com algumas classes farmacêuticas, tais como inibidores de serotonina; antidepressivos tricíclicos; neurolépticos; benzodiazepínicos; anticonvulsivantes; antiarrítmicas da classe A e diuréticos. Os efeitos adversos desses medicamentos podem levar a queda, em virtude da perda do equilíbrio postural associado ao ambiente alheio que o idoso está exposto; sedação; tremores, relaxamento muscular; fraqueza; e distúrbio hidroeletrólítico (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).

O medicamento é um importante instrumento da manutenção e recuperação da saúde dos idosos, que em decorrência da maior prevalência de doenças crônicas, são, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado da sociedade, já que o seu tratamento envolve a associação de inúmeros medicamentos (ÁLVARES; LIMA; SILVA, 2010; GOMES *et al*, 2014).

Neste contexto a avaliação da farmacoterapia torna-se indispensável. O aprimoramento da prescrição, dispensação e utilização de medicamentos deve constituir prioridade nos programas de atenção à saúde do idoso (SIQUEIRA *et al*, 2011). As consequências do amplo uso de medicamentos têm impacto no âmbito clínico e econômico, repercutindo na segurança do paciente (RIBEIRO *et al*, 2005).

Associado à fisiologia do idoso, cuja reserva funcional é diminuída, o processo de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos é diferenciado, levando a reações adversas relacionadas ao seu uso. A queda é considerada uma síndrome devido aos inúmeros fatores de risco, também pode ser induzida por meio de variados mecanismos e atos diretos ou indiretos do medicamento utilizado (REIS; JESUS, 2017).

O uso de medicamentos e suas implicações na população de idosos têm sido muito abordados na saúde pública. Sendo assim, este estudo tem como identificar a prevalência de quedas de acordo com polifarmácia e classes de medicamentos utilizados por idosos residentes em comunidade na zona urbana do município de Aiquara-BA.



MATERIAL E MÉTODOS


Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, censitário, alinhado a uma coorte de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no perímetro urbano do município de Aiçara-BA. A população do município foi estimada em 4.790 habitantes, conforme censo realizado no ano de 2010, destes 357 eram idosos moradores da área urbana.

O município apresenta índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,583, índice de Gini de 0,3514, produto interno bruto (PIB) per capita de R\$5.579,58 em 2014 (IBGE, 2016). Este estudo é parte do projeto “*Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos Residentes em Município de Pequeno Porte*”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo; apresentar 60 anos ou mais; residir na zona urbana; não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica acordo com a avaliação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que impedisse a compreensão do questionário e dormir quatro dias ou mais por semana no domicílio da zona urbana onde foi realizada a entrevista. Durante a entrevista, quando havia na residência um cuidador responsável pela dispensação dos medicamentos do idoso, foi permitida sua presença enquanto o idoso respondia às questões relativas aos medicamentos. Foram consideradas perdas do estudo idosos não localizados em seu domicílio após três tentativas de abordagem, promovidas em dias e horários diferentes.

A pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2014, em concordância com a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da única unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. A partir de uma lista de cadastrados na ESF, realizou-se o censo de idosos residentes na zona urbana de Aiçara e visitas domiciliares por pesquisadores devidamente treinados.

Para avaliar as classes de medicamentos utilizados pelos idosos, prescritos e não prescritos, foi pedido nas entrevistas a apresentação de embalagens, bulas e receitas médicas, no intuito de diminuir o viés recordatório e eventuais erros de informação. Feito a identificação das classes de medicamentos, aplicou-se a classificação do código ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical Index* (ATC/DDD Index), elaborado pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*, para a classificação dos medicamentos segundo os grupos anatômico e terapêutico (WHO, 2011). Os medicamentos com mais de um código, foram classificados conforme o motivo do uso autorreferido.



Na coleta de dados foi aplicado instrumento de coleta adaptado a partir do questionário utilizado no inquérito Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, realizado na América Latina e Caribe, para obter informações: sociodemográficos; das condições de saúde; do acesso ao serviço; e uso de medicamentos. Este trabalho teve com variável de interesse o autorrelato de queda nos últimos 12 meses (sim ou não; Variável dependente).

As variáveis independentes foram categorizadas em: Faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos); Arranjo familiar (mora acompanhado; sozinho); Escolaridade (nunca foi à escola; lê e escreve o nome) e com escolaridade (Ensino Fundamental I, II; Ensino Médio; Ensino Superior); Autopercepção da saúde (excelente/muito boa; regular/ruim); Hospitalização nos últimos 12 meses (sim ou não); Polifarmácia (5 ou mais medicamentos); Automedicação - uso de medicamento sem prescrição por profissional habilitado ou de receita antiga fora do prazo de validade (sim ou não); Número de doenças autorreferidas (0-3 e 4 ou mais); presença de indicativo de ansiedade, identificado pelo Inquérito de Ansiedade de Beck – BAI, com ponto de corte de 11 pontos) e sintomatologia depressiva, averiguada a partir da Escala de depressão geriátrica - GDS-15 (≥ 6 pontos).

Para apreciação dos dados realizou-se análise descritiva, mediante a distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Para observar a influência da polifarmácia e das classes de medicamentos na ocorrência de quedas foi utilizada a análise de regressão logística multinomial, adotando um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Os dados foram analisados utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS® 21.0, 2013, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

No censo realizado na zona urbana do município de Aiquara-BA foram identificadas 299 pessoas com idade maior ou igual a 60 anos. Houve 27 (9%) recusas e perdas por não preencherem os critérios de elegibilidade. Foram entrevistados 272 idosos com idade entre 60 e 90 anos, sendo a média de idade de 71,76 (DP=7,8) anos. 84,9% (n=231) dos idosos relataram uso de pelo menos um medicamento, totalizando o uso de 856 medicamentos, sendo maior entre as mulheres com idade entre 60 e 79 anos.

Dentre os idosos caídores, 58,8% eram do sexo feminino, 63,1% faziam uso de polifarmácia e 71,4% apresentavam ≥ 4 doenças. As variáveis número de doenças, sintomas de

ansiedade e polifarmácia apresentaram associação com ($p < 0,05$). Na tabela 1 estão apresentadas as demais características desta população.

Tabela 1. Características dos participantes do estudo de acordo com quedas. Aiquara-BA, Brasil, 2014.

Variáveis	total	Não caidor	Caidor	p-valor
Participantes, n (%)	272 (100)	188 (69,1)	84 (30,9)	-----
Sexo feminino, n (%)	160 (58,8)	112 (59,6)	48 (57,1)	0,707
Grupo etário (anos), n (%)				
60–69	117 (43,0)	86 (45,7)	31 (36,9)	
70–79	104 (38,2)	68 (33,2)	36 (42,9)	0,391
≥ 80	51 (18,8)	34 (18,1)	17 (20,2)	
Sem escolaridade, n (%)	157 (57,7)	110 (58,5)	47 (56,0)	0,693
Mora sozinho, n (%)	52 (19,1)	36 (19,1)	16 (19,0)	0,984
Número de doenças				
≤ 3	126 (46,3)	102 (54,3)	24 (28,6)	<0,001
≥ 4	146 (53,7)	86 (45,7)	60 (71,4)	
Hospitalização, n (%)	73 (26,8)	45 (23,9)	28 (33,3)	0,106
Percepção de saúde ruim, n (%)	80 (29,4)	57 (30,3)	23 (27,4)	0,632
Com sintomas de ansiedade n (%)	41 (15,1)	22 (11,7)	19 (22,6)	0,020
Com sintomas depressivos, n (%)	49 (18,0)	32 (17,0)	17 (20,2)	0,524
Automedicação n, (%)	86 (31,6)	56 (29,8)	30 (35,7)	
Polifarmacia, n (%)				
Sim	144 (52,9)	91 (48,4)	53 (63,1)	0,025
Não	128 (47,1)	97 (51,6)	31 (36,9)	

n: número de participantes; %: percentual; **Fonte:** dados da pesquisa.

Após ajuste final entre as variáveis número de doenças e polifarmacia não foi verificado associação com ocorrência de quedas.

Conforme verificado na tabela 2, dentre os idosos que sofreram quedas, 53 (36,8%) faziam uso de polifarmácia. De acordo o primeiro nível da classificação ATC, os medicamentos do sistema cardiovascular foram os mais utilizados pelos idosos 56 (33,9%); seguido do trato alimentar e metabolismo 36 (32,7%); e sistema nervoso central 29 (35,8%). Já os medicamentos antiparasitários 01 (50,0%); e do sistema geniturinário e hormônios sexuais 02 (28,6%), foram os menos utilizados.

Tabela 2. Ocorrência de quedas e sua associação com polifarmácia e classes de medicamentos. Aiquara-BA, Brasil, 2014.


n: número de participantes; %: percentual; **Fonte:** dados da pesquisa.

Classes de medicamentos e Polifarmácia	n (%)	RP	IC95%	p-valor
Polifarmácia				
Sim	53 (36,8)	1,153	0,783-1,698	0,471
Não	31 (24,2)		1	
Trato alimentar e metabolismo				
Sim	36 (32,7)	0,961	0,858-1,077	0,494
Não	48 (29,6)		1	
Sangue e órgãos hematopoiéticos				
Sim	08 (44,4)	1,125	0,731-2,158	0,4101
Não	76 (29,9)		1	
Sistema cardiovascular				
Sim	56 (33,9)	0,993	0,675-1,459	0,970
Não	28 (26,2)		1	
Sistema geniturinário e hormônios sexuais				
Sim	02 (28,6)	0,816	0,229-2,906	0,754
Não	82 (30,9)		1	
Hormônios sistêmicos, exceto sexuais				
Sim	03 (33,3)	0,918	0,376-2,236	0,850
Não	81 (30,8)		1	
Antiinfecciosos gerais para uso sistêmico				
Sim	08 (44,4)	1,212	0,696-2,111	0,497
Não	76 (29,9)		1	
Sistema músculo esquelético				
Sim	24 (36,4)	1,125	0,768-1,650	0,545
Não	60 (29,1)		1	
Sistema Nervoso Central				
Sim	29 (35,8)	1,122	0,786-1,600	0,527
Não	55 (28,8)		1	
Produtos antiparasitários				
Sim	01 (50,0)	2,696	0,642-11,311	0,175
Não	83 (30,7)		1	
Sistema respiratório				
Sim	08 (30,8)	0,965	0,524-1,779	0,910
Não	76 (30,9)		1	
Órgãos dos sentidos				
Sim	07 (41,2)	1,162	0,669-2,018	0,594
Não	77 (30,2)		1	

Durante a análise estatística dos dados foram testadas associações entre polifarmácia e classes de medicamentos de acordo o primeiro nível da classificação ATC com a variável queda, no entanto, não houve associação.

DISCUSSÃO

O uso de medicamentos em idosos para tratar doenças crônicas e/ou para melhora da qualidade de vida é cada vez maior (REIS; JESUS, 2017). No município de Aiquara-BA,



evidenciou-se um grande uso de medicamentos na população idosa, especialmente no sexo feminino com idade entre 60 e 79 anos, bem como sua relação com a ocorrência de queda.


A maioria dos idosos caidores fez uso da prática de polifarmácia. Assim como verificado neste estudo, várias pesquisas internacionais mostram a relação de entre polifarmácia e idosos (SILVA *et al*, 2012). Outro estudo de base populacional mostra que, entre idosos, o número de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde, ser do sexo feminino e ter idade mais avançada estão relacionados a polifarmácia (BALDONI; PEREIRA, 2011).

A classe de medicamento mais utilizada pelos idosos que relataram ter sofrido quedas de acordo com o primeiro nível da classificação ATC foi do sistema cardiovascular; seguido do trato alimentar e metabolismo; e sistema nervo central (WHO, 2011). Este achado também foi encontrado em um estudo de perfil de medicamentos em idosos no município de Ijuí-RS, eles verificaram que a maioria dos idosos utilizavam medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular; seguidos pelos que atuam no aparelho digestivo e metabolismo; e diferente do encontrado neste estudo, os medicamentos que atuam no sangue e órgãos hematopoiéticos (RIBAS; OLIVEIRA, 2014).

O estudo que identificou a prevalência de quedas e fatores associados em idoso no município de Natal-RN observou a utilização de um grande número de especialidades farmacêuticas. Dentre as classes de medicamentos houve uma maior prevalência de quedas em idosos que fazem uso de determinados grupos de medicamentos, a exemplo dos psicotrópicos que atuam no sistema nervoso central (DOS SANTOS *et al*, 2015).

Assim como verificado neste trabalho, estudos de utilização de medicamentos em idosos, apontam que está referida população enquadra-se no contexto mundial de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular, em consonância com o padrão de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos (FOOK *et al*, 2013; GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

A prevalência de uso de medicamentos da classe do sistema cardiovascular, confirma o uso predominante dessa classe de medicamentos pelos idosos e sua relação com as variáveis queda, idade e sexo. Essa classe de medicamentos pode representar um fator de risco para quedas devido seus efeitos adversos, dentre eles: alteração no equilíbrio e na caminhada; hipotensão postural e tontura; além do risco de ocasionar distúrbio hidroeletrólítico; hipocalcemia; e depleção de volume, o que pode ocasionar arritmias e hipotensão ortostática (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012; SOLOMON, 2011).



Estudos mostram que assim como verificado nesta pesquisa, existe uma relação entre ocorrência de queda, sexo feminino; idade avançada; e uso contínuo de medicamentos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012; GOMES *et al*, 2014; RIBEIRO *et al*, 2005; REIS; JESUS, 2017). Em estudo de queda em idosos e sua relação com o uso de medicamentos, verificou que a ocorrência de queda pode ser ocasionada por medicamentos (REZENDE; GAEDE-CARRILLO; SEBASTIÃO, 2012).


Entre os idosos residentes no perímetro urbano de Aiquara-BA a prevalência dos que fazem o uso de pelo menos um medicamento foi elevado (84,9%) e totalizou o consumo de 856 medicamentos. Estes resultados corroboram com os encontrados em outros estudos: em Recife-PE 85,5% (NEVES *et al*, 2013); em Fortaleza-CE 80,3% (FICK *et al*, 2003); em Belo Horizonte-MG 89,6% (RIBEIRO *et al*, 2008); e na Região Sul 82,0% (FLORES; MENGUE, 2005). Um estudo dos fatores associados aos medicamentos de uso contínuos em idosos de Quixadá-CE encontrou valores parecidos quanto a quantidade de medicamentos utilizados, de acordo com a classificação ATC, foram utilizados um total de 910 medicamentos pelos idosos (SILVA *et al*, 2012).

Neste estudo, o uso de medicamentos foi mais prevalente nos idosos do sexo feminino. Estudos de uso de medicamentos em idosos realizados nos municípios de Porto Alegre-RS e em Tubarão, corroboram com estes achados, tendo em vista que também identificaram maior consumo médio de medicamentos em idosos do sexo feminino (FLORES; MENGUE, 2005; GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010).

O maior uso de medicamentos por indivíduos do sexo feminino, pode ser explicado pelo fato das mulheres serem mais propensas a procurar auxílio médico e falar sobre problemas de saúde. Além disso, tendem a viver mais tempo do que os homens, convivendo por maior tempo com doenças crônicas (BALDONI *et al*, 2014; SANTOS *et al*, 2013).

A composição do perfil sociodemográfico dos idosos de Aiquara-BA é semelhante ao encontrado em outras pesquisas brasileiras envolvendo idosos residentes em comunidade assistidos por Unidades Básicas de saúde (UBS). A população é constituída em sua maioria por indivíduos do sexo feminino, casados, sedentários, com acúmulo de diagnósticos autorreferidos de doenças crônicas e que faz uso contínuo de medicamento (CRUZ *et al*, 2012; DANTAS; DE BRITO; LOBATO, 2012).

O estudo do uso medicamentos em idosos permite verificar as implicações que estes trazem para esta população. Por ser o grupo etário que cresce mais rapidamente no Brasil, a



demanda dos idosos por recursos de saúde é intensa, tanto no que se refere à utilização dos serviços, quanto no que diz respeito ao uso de medicamentos (SILVA *et al*, 2012).

Cabe destacar, que esta pesquisa apresenta algumas restrições que pode comprometer os resultados encontrados, portanto, o estudo de uso de medicamentos em idosos com relato de quedas, permite desenvolver estratégias e ações em saúde para minimizar as consequências dos efeitos indesejados, bem como, ações de promoção à saúde, de modo a contribuir para o envelhecimento saudável.

CONCLUSÃO

Em idosos residentes em Aiquara a ocorrência de quedas esteve associada a prática de polifarmácia e de acordo o primeiro nível da classificação ATC ao uso de medicamentos do sistema cardiovascular, sistema nervoso central e trato alimentar e metabolismo.

Diante desse atual cenário, novos estudos são necessários para permitir uma compreensão mais profunda da relação consumo de medicamentos e quedas. Deste modo, na atenção prestada aos idosos que fazem uso dessas classes de medicamentos, ações de educação em saúde devem ser adotadas visando prevenir a ocorrência de quedas.

REFERÊNCIAS

ÁLVARES, Liege Mata; LIMA, Rosângela da Costa; SILVA, Ricardo Azevedo da. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 31-40, 2010.


BALDONI, André de Oliveira; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 32, n. 3, 2011.

BALDONI, André de oliveira et al. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. **International journal of clinical pharmacy**, v. 36, n. 2, p. 316-324, 2014.

CAMPOS, Ana Cristina Viana; FERREIRA, Efigenia Ferreira; VARGAS, Andréa Maria Duarte. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2221-2237, 2015.

CRUZ, Danielle Teles da et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Revista de saúde pública**, v. 46, n. 1, p. 138-146, 2012.

DANTAS, Eloá Lacerda; DE BRITO, Geraldo Eduardo Guedes; LOBATO, Inácia Allyne Fernandes. Prevalência de quedas em idosos adscritos à estratégia de saúde da família do município de João Pessoa, Paraíba. **Revista de APS**, v. 15, n. 1, 2012.



DOS SANTOS, Roberta Kelly Mendonca et al. Prevalence and factors associated with the risk of falls among the elderly registered in a primary healthcare unit of the city of Natal in the state of Rio Grande do Norte, Brazil/Prevalencia e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Basica de Saude do municipio de Natal, RN, Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3753-3763, 2015.

FICK, Donna M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, 2003.

FLORES, Liziane Maahs; MENGUE, Sotero Serrate. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 924-929, 2005.

FOOK, Sayonara Maria Lia et al. Avaliação das intoxicações por domissanitários em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1041-1045, 2013.

GALATO, Dayani; SILVA, Eduarda Souza da; TIBURCIO, Leticia de Souza. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciencia & saude coletiva**, v. 15, p. 2899-2905, 2010.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti et al. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3543-3551, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. **População**, 2016. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

NERI, A. L. et al. Quedas, senso de autoeficácia para quedas e fragilidade. **Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas (SP): Ed. Alínea**, p. 153-69, 2012.


NEVES, Sabrina Joany Felizardo et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 759-768, 2013.

REIS, Karine Marques Costa dos; JESUS, Cristine Alves Costa de. Relación de la polifarmacia y polipatología con la caída de adultos mayores institucionalizados. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

REZENDE, Cristiane de Paula; GAEDE-CARRILLO, Maria Ruth Gonçalves; SEBASTIÃO, Elza Conceição de Oliveira. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2223-2235, 2012.

RIBAS, Carlise; OLIVEIRA, Karla Renata de. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 99-114, 2014.

RIBEIRO, Andréia Queiroz et al. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 1037-1045, 2005.



RIBEIRO, Andréia Queiroz et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 724-732, 2008.

SANTOS, Thalyta Renata Araújo et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 94-103, 2013.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SILVA, Anderson Lourenço da et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1033-1045, 2012.

SILVA, Thais Lucena et al. A Associação entre a ocorrência de quedas e a alteração de equilíbrio e marcha em idosos. **Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, 2014.

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros et al. Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 386-395, 2012.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1819-1826, 2011.

SKALSKA, Anna et al. The prevalence of falls and their relation to visual and hearing impairments among a nation-wide cohort of older Poles. **Experimental gerontology**, v. 48, n. 2, p. 140-146, 2013.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 49-60, 2014.

SOLOMON, Daniel H. et al. Risco de fraturas em idosos em uso de medicamentos anti-hipertensivos. **Journal of Bone and Mineral Research**, v. 26, n. 7, pág. 1561-1567, 2011.

WHO collaborating centre for drug statistics methodology. ATC/DDD index 2011. **World Health Organization 2011 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD index**, 2011.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES

2



INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
(ORGANIZADOR)



2021

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES

2



INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES
(ORGANIZADOR)



2021