

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE



2020

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS

NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE



2020

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

2020 by Editora e-Publicar
Copyright © Editora e-Publicar
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Editora e-Publicar
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar pelos autores.

ENFERMAGEM: PESQUISAS E PRÁTICAS NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE, Vol. 1

Todo o conteúdo dos artigos, 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

Dr^a Cristiana Barcelos da Silva – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Dr^a Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dr. Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dr. Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Dr^a Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Me. Doutorando Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

Me. Doutorando Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Me. Doutorando Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

M^a Doutoranda Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

M^a Doutoranda Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Me. Doutorando Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

M^a Doutoranda Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas

M^a Doutoranda Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará



M^a Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina
M^a Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia
Me. Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Me. Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense
Me. Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
M^a Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes
Dr^a. Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista
Dr. Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz
Dr. Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins
Dr^a. Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará
Dr^a. Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

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

E56 Enfermagem [recurso eletrônico] : pesquisas e práticas no cuidado e assistência à saúde 1 / Organizadores Roger Goulart Mello, Patrícia Gonçalves de Freitas. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87207-86-5

1. Enfermagem. 2. Atenção à saúde. 3. Saúde pública. I. Mello, Roger Goulart, 1992-. II. Freitas, Patrícia Gonçalves de, 1992-.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar

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



2020



Apresentação

É com grande satisfação que a **Editora e-Publicar** vem apresentar a obra intitulada “**Enfermagem: Pesquisas e práticas no cuidado e assistência a saúde, volume 1**”. Neste livro, engajados pesquisadores e profissionais do segmento contribuíram com suas pesquisas e experiências profissionais com o objetivo de proporcionar uma coletânea de estudos.

A proposta da obra é trazer pesquisas acerca de metodologias e técnicas da enfermagem aplicadas no cuidado aos pacientes, famílias e comunidade, diálogos sobre programas e políticas públicas de saúde; situação do sistema público de saúde brasileiro, tratamentos e cuidados aos pacientes, formação dos profissionais da área de enfermagem, dentre outros tópicos relevantes para a área.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Patrícia Gonçalves de Freitas
Roger Goulart Mello
Equipe e-Publicar



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....05

CAPÍTULO 1 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO.....11

Açucena Leal de Araújo
Francisca Diana da Silva Negreiros
Eduardo Carvalho de Souza
Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 2 – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA.....22

Açucena Leal de Araújo
Francisca Diana da Silva Negreiros
Ana Luiza Barbosa Negreiros
Thereza Maria Magalhães Moreira

CAPÍTULO 3 – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO (A) NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: DIFICULDADES ENFRENTADAS.....34

Aldenira Joacla Caetano da Silva
Camila Faustino da Silva
Emanoele Belchior de Medeiros
Janaina Kelly Alves Barbosa

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIAS ATIVAS COMO ESTRATÉGIA FACILITADORA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA.....45

Aline Tavares Gomes
Jaciane Santos Marques
Marilyse de oliveira Meneses
Socorro Adriana de Sousa Meneses Brandão
Samira Rêgo Martins de Deus Leal

CAPÍTULO 5 – AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....55

Aline Tavares Gomes
Daniella Leal de Carvalho
Márcia Teles de Oliveira Gouveia

CAPÍTULO 6 – SEGURANÇA DO PACIENTE: MEDIDAS PRESTADAS NO CENTRO CIRÚRGICO.....65

Allanna Stephany Cordeiro de Oliveira
Tatiane Maria da Silva
Werlidya Kácia Lopes Vieira
Byanca Silva Ribeiro
Allan Batista Silva

CAPÍTULO 7 – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO RELACIONADO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA.....78

John Lucas dos Santos de Matos
Alessandra Gonçalves Martins
Bruna Cruz Magalhães
Charlyan de Sousa Lima
Priscila Lima Cavalcante Lemos
Wédia Duarte Pereira Ferreira
Athienne Driele Maniva Teixeira do Nascimento
Janáina Borges Silveira Lima

CAPÍTULO 8 – PREVENÇÃO DE QUEDAS NO AMBIENTE DOMICILIAR E SUAS COMPLICAÇÕES AO IDOSO.....87

Antônio José Ferreira Paiva
Alessandra Gonçalves Martins
Bruna Cruz Magalhães
Charlyan de Sousa Lima
Priscila Lima Cavalcante Lemos
Wédia Duarte Pereira Ferreira
Athienne Driele Maniva Teixeira do Nascimento
Janáina Borges Silveira Lima

CAPÍTULO 9 – SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE: ELABORAÇÃO DO PERFIL DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DOS LEITOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA.....107

Clésia Oliveira Pachú
Maria Da Guia Nunes Pereira
Diana Aires Silva
Thayse Genuino Martins

CAPÍTULO 10 – IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CURSOS DE SAÚDE.....115

Janielle Silva Marinho de Araújo
Inglidy Rennaly Maciel Melo
Clésia Oliveira Pachú

CAPÍTULO 11 – ESGOTAMENTO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....124

Cryshna Leticia Kirchesch

CAPÍTULO 12 – A INFLUÊNCIA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....135

Cryshna Leticia Kirchesch

CAPÍTULO 13 – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA A PACIENTE COMESPONDILODISCITE.....147

Dinah Alencar Melo Araújo

Caio César Silva França

Caroline França Fernandes

Matheus Henrique da Silva Lemos

Maria de Fátima Sousa Barros Vilarinho

Monaliza Sousa dos Anjos

Tamires da Cunha Soares

Ticianne da Cunha Soares

CAPÍTULO 14 – DEMÊNCIA MISTA: A ACURÁCIA DA IDENTIFICAÇÃO PELA SINTOMATOLOGIA.....162

Egberto Gustavo do Carmo

Elisangela Gisele do Carmo

CAPÍTULO 15 – MONITORIA ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE ANATOMIA.....175

Relielton Maciel Arruda

Rodrigo Monteiro Roque

João Sobral Melo

Márcia Regina Praia Marins da Silva

Elcimara Almeida de Souza

Fabiane Veloso Soares

CAPÍTULO 16 – PROTOCOLO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO MEIO ACADÊMICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....182

Rodrigo Monteiro Roque

Relielton Maciel Arruda

João Sobral Melo

Lêda Lima Sobral

Fabiane Veloso Soares

**CAPÍTULO 17 – FATORES INTERVENIENTES PARA O RISCO DE SUICÍDIO EM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL.....192**

Rosangela Mara Ferreira dos Santos
Robercio Barros Alencar
Fabiane Veloso Soares

**CAPÍTULO 18 – TRANSTORNOS MENTAIS INTEGRADOS AO PROCESSO DE
TRABALHO DO ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR.....200**

Yany Oliveira Lugo
Francinilda Vieira Barbosa Maciel
Maria Amélia de Castro Lopes
Nilsivane da Silva Santos
Katiana Maia Fernandes
Fabiane Veloso Soares

**CAPÍTULO 19 – PROCESSO DE TRABALHO E SINTOMATOLOGIA
DEPRESSIVA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....208**

Francis Polliana Macedo Freitas
Jéssica de Oliveira Mesquita
Fabiane Veloso Soares

CAPÍTULO 20 – SÍFILIS NA GESTAÇÃO.....217

Aldenira Joacla Caetano da Silva
Camila Faustino da Silva
Emanoele Belchior de Medeiros
Janaina Kelly Alves Barbosa



CAPÍTULO 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ACIDENTES OCUPACIONAIS COM MATERIAL BIOLÓGICO

Acucena Leal de Araújo, Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

Francisca Diana da Silva Negreiros, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

Eduardo Carvalho de Souza, Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

Thereza Maria Magalhães Moreira, Mestre e Doutora em Enfermagem, UFC, Professora Associada, UECE

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de artigos científicos no período de 2015 a 2019 referentes à assistência de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, com a questão norteadora: como ocorre o cuidado de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico? A busca dos dados foi realizada em julho de 2019, nas bases de dados: MEDLINE, BDNF e LILACS. A consulta deu-se por meio dos descritores presentes nos DeSC: “Enfermagem do trabalho”, “Riscos ocupacionais”, “Acidentes de trabalho” e “Saúde do trabalhador”. Após os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 16 artigos. **Resultados e discussão:** Houve levantamento de duas temáticas: acidentes ocupacionais envolvendo material biológico e assistência de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico. Na primeira temática destacou-se: o sangue como principal material orgânico mais envolvido em tais acidentes; a maioria dos acidentes com material biológico ocorreu através de lesões ocasionadas por instrumentos perfurocortantes; e os profissionais mais afetados por estes acidentes ocupacionais são os técnicos de enfermagem. Em relação a segunda temática destacam: uma gestão pós exposição adequada, implementar e fiscalizar o cumprimento das normas de biossegurança, aprimorar a notificação de acidentes com materiais perfurocortantes; e o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo encaminhamento de trabalhadores acidentados e também a capacitação para adoção de medidas preventivas. **CONCLUSÃO:** Os acidentes ocupacionais com material biológicos são frequentes, estando os técnicos de enfermagem mais expostos a tal risco. Com relação às ações do enfermeiro, poucos artigos incluídos na pesquisa descreveram como é a assistência prestada por este profissional. Dessa maneira, é de suma importância a realização de mais estudos científicos que explorem mais o assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem do trabalho. Riscos ocupacionais. Acidentes de trabalho. Saúde do trabalhador.



INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é tema discutido com destaque na atualidade, por causa da influência que o trabalho pode interferir na vida das pessoas, que vivencia no seu cotidiano, situações laborais na maioria das vezes inapropriadas para a realização de suas funções, podendo resultar em riscos à saúde (PEREIRA et al., 2018). Dentre os riscos ocupacionais, a atenção tem sido mais direcionada pelos pesquisadores para os riscos biológicos (CARVALHO et al., 2016).

Risco biológico é a probabilidade de contato com material biológico, como sangue e outros fluidos corporais, no qual estejam potencialmente contaminados por agentes biológicos que podem ocasionar danos à saúde do indivíduo (PEREIRA et al., 2018). As exposições ocupacionais relacionadas a tal material são caracterizadas em acidentes envolvendo a via percutânea (ferimentos com instrumentos perfurocortantes), mucocutânea (exposição de mucosas ocular, nasal, oral e genital e pele não íntegra), e mordeduras humanas (JANUÁRIO et al., 2017).

Os principais trabalhadores com maiores chances de sofrer acidentes ocupacionais com material biológico são os da área da saúde. Este público está mais exposto a tais riscos devido à complexidade das atividades realizadas na prestação da assistência, das condições laborais e da pequena adesão dos trabalhadores às ações preventivas, dentre elas, o descarte correto de materiais perfurocortantes (ARANTES et al., 2017)

Diante desse contexto, é importante destacar o enfermeiro do trabalho como o profissional promotor de diversas ações em prol da saúde do trabalhador, como a garantia de condições de segurança e periculosidade da empresa (DIAS et al., 2018). Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a produção de artigos científicos no período de 2015 a 2019 referentes à assistência de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que foi desenvolvida conforme as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação



dos resultados e apresentação da síntese da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa consiste em um método de pesquisa adotado com a finalidade de resumir resultados alcançados em estudos a respeito de algum tema ou questão, de modo sistemático e organizado, com o intuito de proporcionar conhecimento de determinada temática estudada (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Conforme a abordagem realizada sobre acidentes ocupacionais ocorrido com material biológico, surgiu o seguinte questionamento: como ocorre o cuidado de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico?

A busca dos dados foi realizada no mês de julho de 2019, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando como fonte, as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF); e Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). A consulta deu-se por meio dos descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): “Enfermagem do trabalho”, “Riscos ocupacionais”, “Acidentes de trabalho” e “Saúde do trabalhador”.

Para a presente revisão integrativa utilizou-se como critérios de inclusão: estudos na modalidade artigo, texto completo disponível, em idioma português, publicados nos últimos cinco anos (2015-2019), estudos nacionais e internacionais. Sendo excluídos dos estudos artigos repetidos e os que estavam relacionados superficialmente com a temática da questão.

Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados dezesseis artigos que atenderam aos critérios estabelecidos e que apresentaram contribuições fundamentais para a construção do estudo. Foi possível o acesso na íntegra dos trabalhos escolhidos e, conseqüentemente feito análise de modo detalhada dos referidos estudos.

Em seguida, foram organizadas as informações através da coleta das características dos estudos selecionados contendo os principais atributos de cada artigo: nome dos autores, objetivo do estudo e os principais resultados, conforme descrição no quadro 1.

No qual, posteriormente foi feita a análise descritiva dos dados das seguintes variáveis: tipo de estudo, periódicos utilizados, local e ano de publicação. Por fim, com a

leitura minuciosa dos artigos realizou-se o levantamento de duas temáticas relacionado ao tema em abordagem, com a finalidade de responder a questão norteadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quantidade de artigos encontrados na busca inicial para a efetivação deste estudo foi no total de 344 publicações, destas, 328 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. No quadro 1 são descritos os estudos que compõem a amostra da revisão integrativa.

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão integrativa.

n	Autor/ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
1	LIMA, N. S.; RODRIGUES, B. F. L.; FERREIRA, M. A. M.; SANTOS, T. D.; RODRIGUES, T. D. B.; PATRÍCIO, A. C. F. A. (2019)	Analisar por meio do Diagrama de Ishikawa as causas e soluções da infecção ao HIV adquirida por profissionais de enfermagem no manuseio de materiais perfurocortantes.	Dentre as causas da infecção ao HIV através de perfurocortantes: sobrecarga de trabalho, percepção de risco fragilizada, utilização descuidada de agulhas, ausência de treinamento. Quanto às soluções: gestão pós exposição adequada, implementar e fiscalizar o cumprimento das normas de biossegurança, aprimorar a notificação de acidentes com materiais perfurocortantes.
2	SANTOS, S. R.; NOVAES, C. O. (2018)	Realizar levantamento de acidentes com material perfurocortantes.	Predominou o sexo feminino, média de idade de 28 anos, ensino médio completo; os mais acometidos, técnicos de enfermagem e serventes de limpeza. Sangue é o material mais comum; descarte inadequado de material e punções venosas, como circunstâncias; agulhas e lâminas de bisturi, os mais envolvidos; exposição percutânea com grande incidência; EPIs são muitos usados; na maioria, não houve necessidade de quimioprofilaxia; a Comunicação de Acidentes de Trabalho foi emitida na maioria dos casos.
3	ARCANJO, R. V. G.; CHISTOVAM, B. P.; BRAGA, A. L. S.; SILVINO, Z. R. (2018)	Identificar os riscos ocupacionais aos quais os profissionais de enfermagem estão expostos na atenção básica à saúde; descrever os fatores de riscos presentes nas unidades e correlacioná-los com as condições de segurança da estrutura.	Os riscos prevalentes foram os biológicos (100%), químicos (87,5%) e de violência (62,5%). Foram registrados dois acidentes de trabalho e uma doença advinda do trabalho.
4	PEREIRA, E. A. A.; VELASCO, A. R.; HANZELMANN, R. S.; GIMENEZ, S.; SILVA, J. F.; PASSOS, J. P. (2018)	Identificar motivações para mudança nas ações dos profissionais, após acidente ocupacional e discutir essas mudanças no processo de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador.	A vivência do acidente de trabalho mostrou-se determinante para modificação de práticas profissionais, motivados por medos relacionado ao risco de infecção pós-exposição; entendimento do risco; orientação recebidas pós acidente; conhecimento quanto ao diagnóstico do paciente.
	SILVA, R. S. S.; MADEIRA, M. Z.	Analisar na literatura nacional e internacional	Observou-se que alguns dos trabalhadores de enfermagem não usam EPI ao desprezar excreções,



5	A.; FERNANDES, M. A.; BATISTA, O. M. A. B.; BRITO, B. A. M.; CARVALHO, N. A. R. (2017)	quais são os riscos ocupacionais a que os trabalhadores de enfermagem estão expostos em UTI.	ao trocar roupa contaminada, ao realizar aspiração de vias aéreas entre outros procedimentos. A medidas de prevenção devem ser rigorosamente observados para minimizar os riscos e acidentes ocasionados pela a prática inadequada.
6	JANUÁRIO, G. C.; CARVALHO, P. C. F.; LEMOS, G. C.; GIR, E.; TOFFANO, S. E. M. (2017)	Descrever os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico com trabalhadores da equipe de enfermagem.	No período de outubro de 2014 a maio de 2016, 61 trabalhadores sofreram 71 exposições; 56 (91,8%) são mulheres, 32 (52,5 %) técnicos de enfermagem, 31 (50,8%) que atuavam nas enfermarias. Houve predomínio de exposições percutâneas 37 (60,7%), em punção venosa 17 (27,9%).
7	ARANTES, M. C.; HADDAD, M. C. F. L.; MARCON, S. S.; ROSSANEIS, M. A.; PISSINATI, P. S. C.; OLIVEIRA, S. A. (2017)	Caracterizar os acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde.	Dentre os 1.061 acidentes de trabalho com material biológico, 58,1% ocorreram com auxiliares e técnicos de enfermagem, dos quais 82,7% eram do sexo feminino. O principal material orgânico presente em 86,1% dos acidentes foi o sangue, 88,2% ocorreram por meio de exposição percutânea, 66,1% envolveram a utilização de agulhas com o lúmen e 21,9% foram decorrentes do descarte inadequado de material perfurocortante.
8	RODRIGUES, P. S.; SOUSA, A. F. L.; MAGRO, M. C. S.; ANDRADE, D.; HERMANN, P. R. S. (2017)	Identificar a prevalência de acidentes ocupacionais entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um pronto-socorro e apreender a vivência profissional dentre os acidentes.	A prevalência geral de acidentes foi de 26,7%. Destes, 72,2% envolviam material perfurocortantes e, em 84,2% deles, o sangue foi o principal agente biológico envolvido. Registraram-se três classes: “Vivenciando o Acidente Ocupacional”; “Condutas Pós-Exposição” e Prevenção do Acidente Ocupacional”.
9	SILVA, F. F. A.; FARIAS, H. N. C. F.; COSTA, R. H. S.; SOUZA, N. L.; CARVALHO, J. B. L.; SILVA, R. A. R. (2016)	Conhecer os fatores de risco relacionados aos acidentes com material perfurocortante presentes no trabalho dos técnicos de enfermagem do setor de atendimento de urgência de um hospital público.	As categorias emergidas dos discursos dos entrevistados foram: situações de urgência e emergências, adesão aos Equipamentos de Proteção Individual, Descuido e armazenamento inadequado do material perfurocortante.
10	MIRANDA, F. M. D. A.; SARQUIS, L. M. M.; CRUZ, E. D. A.; KIRCHHOF, A. L. C.; FELLI, V. E. A. (2016)	Conhecer as crenças que influenciam na adesão ao protocolo de monitoramento pós-acidente e apresentar as divergências e convergências das crenças entre trabalhadores de saúde e gerentes de recursos humanos.	Evidenciou-se a necessidade de intensificar os estímulos para prevenção destes acidentes nas instituições de saúde, sendo o papel dos gerentes de recursos humanos relevantes para que haja uma política institucional, e o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo encaminhamento de trabalhadores acidentados e também a capacitação para adoção de medidas preventivas.
11	DORNELLES, C.; CARVALHO, L. A.; THOFERHN, M. B.; NUNES, N. J. S.; FERNANDAS, H. N. (2016)	Caracterizar os acidentes de trabalho com material biológico em um hospital do extremo sul do país, no período compreendido de janeiro de 2006 e dezembro de	Evidenciou-se maior ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico entre os profissionais técnicos/auxiliares em enfermagem do sexo feminino (81,7%), com idade de 20 a 29 anos (38,3%), grande parte dos acidentes ocorreu através de lesões com instrumentos perfurocortantes (77,7%), sendo 27,2% no Centro Cirúrgico.



		2012.	
12	CARVALHO, P. C. F.; JANUÁRIO, G. C.; LOPES, L. P.; REIS, R. K.; MALAGUTI, S. E. T.	Caracterizar as exposições ocupacionais envolvendo material biológico segundo as fichas de acidente de trabalho de um hospital público brasileiro de referência em doenças infecciosas.	65,8% das exposições ocorreram entre técnicos de enfermagem, pela via percutânea (59,8%); envolvendo sangue (58,1%); o material utilizado foi agulha oca (42,7%). Em 53,8% dos pacientes-fonte identificados, o resultado foi positivo para o HIV.
13	CERON, M. D. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; CAMPOGARA, S.; LUZ, E. M. F.; BELTRAME, M. T.; BOTTINO, L. D. (2015)	Identificar a prevalência e os fatores associados à ocorrência dos acidentes de trabalho com os trabalhadores do serviço hospitalar de limpeza.	No último ano trabalhado, a prevalência de acidentes foi de 17,8%. O maior percentual de acidentes ocorreu com trabalhadores do sexo masculino (26,3%), entre 19 e 34 anos (21,6%). Os acidentes com perfurocortantes e as quedas se destacaram, sendo a mãos e os dedos as partes do corpo mais atingidas.
14	JUNIOR, E. P. S.; BATISTA, R. R. A. M.; ALMEIDA, A. T. F.; ABREU, R. A. A. (2015)	Identificar o perfil dos profissionais envolvidos em acidentes com instrumentos perfurocortantes em hospital referência no interior de Tocantins.	Dentre 114 vítimas notificadas, 34 (30%) eram homens e 80 (70%) mulheres, com média de idade de 31,7 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 58 (50,8%) tinham o 2º grau completo; os técnicos de enfermagem foram os mais acometidos (n=56; 49%). Em relação ao material orgânico, o sangue foi mais prevalente (77%). Os acidentes ocorreram principalmente durante procedimento cirúrgico (n=40, 35%) e a agulha com lúmen foi o principal agente (54,4%). Setenta e oito por cento dos profissionais não usavam Equipamentos de Proteção Individual (EPI).
15	LIMA, R. J. V.; TOURINHO, B. C. M. S.; COSTA, D. S.; TAPETY, F. I.; PARENTE, D. M.; ALMEIDA, C. A. P. L. (2015)	Descrever o perfil dos acidentes de trabalhos entre médicos e profissionais de enfermagem.	Verificou-se que 28 profissionais afirmaram ter sofrido acidentes, sendo a categoria de técnico de enfermagem a mais prevalente. Quanto à faixa etária, os mais atingidos estiverem entre 41 e 50 anos. Quanto à frequência, 11 tinham sofrido dois acidentes, 10 apenas um e 2 com três acidentes, somando um total de 34 acidentes. A punção venosa periférica foi a prática mais envolvida nos acidentes, sendo citada por 16 das 28 vítimas, 47 participantes citaram a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes como local ao qual deveria comunicar o acidente.
16	ALBURQUERQUE, S. G. E.; CASTRO, R. D. FERREIRA, G. L. S.; OLIVEIRA, K. L. (2016)	Identificar os fatores de riscos aos quais o enfermeiro intensivista está exposto e que podem ocasionar acidentes de trabalho.	Verificou-se que 60% dos sujeitos responderam que às vezes o ritmo de trabalho é excessivo; 73,3% disseram que às vezes as condições de trabalho são precárias; 46,6% responderam que frequentemente existe muito barulho exigido ter controle das emoções. Além disso, 86,7% dos participantes referiram ter sentido três ou mais vezes dores no corpo e 46,6% referiram três ou mais vezes episódios de estresse desencadeado pelo convívio com a dor, o sofrimento e a morte.

Na abordagem metodológica, houve predominância de estudos quantitativos, correspondendo a nove artigos. Certificou-se que os tipos de periódicos mais repetidos são da



Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, com utilização de seis artigos, seguindo-se da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho e Revista Congitare Enfermagem, com dois artigos cada, e com apenas uma publicação cada, as revistas: Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem da UFSM, Journal of Nursing and Health, Revista Baiana de Enfermagem, Revista de Enfermagem UFPI, e a Revista Brasileira de Ciências da Saúde.

Os estudos foram desenvolvidos nos estados do Rio de Janeiro, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal, Rio Grande do Norte, Tocantins, Rio Grande do Sul, Piauí e Paraíba. Predominou a área hospitalar como o local para o desenvolvimento dos estudos. No que diz respeito ao ano de publicação, 2015, 2016 e 2017 teve quatro publicações cada, seguindo-se o ano de 2018 com três publicações, e o ano de 2019 com uma.

Com base na questão norteadora, leitura e análise dos artigos incluídos na presente pesquisa, possibilitou o levantamento de duas temáticas: acidentes ocupacionais envolvendo material biológico e assistência de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico.

Acidentes ocupacionais envolvendo material biológico

O artigo (3) identifica que os riscos ocupacionais aos quais profissionais de enfermagem estão mais expostos na atenção básica predominou os riscos biológicos. Assemelhando ao estudo de Resende et al. (2016), onde foram realizadas 149 observações dos procedimentos, como vacinações, curativos, exames colpocitológicos, testes do pezinho e exames pré-natais. Sendo que em todos os procedimentos apresentaram a possibilidade de contato com sangue.

Todas as atividades que envolvem interação entre paciente e profissional do serviço de saúde, que estão relacionados a risco de exposição a material biológico, exigem muito cuidado e adesão as medidas preventivas para a reduzir a chance de contaminação. O autor ainda ressalta que os riscos biológicos são inerentes às práticas em saúde, independente do ambiente onde é realizada tal prática (RESENDE et al., 2016).

Os artigos (2,7, 8 e 14) enfatizam que o sangue é o principal material orgânico mais envolvido em tais acidentes. Estes achados corrobora com o estudo realizado por Cordeiro et al. (2016), onde o sangue foi o fluido de maior contato nos acidentes com (75,2%). Já no estudo de Marques et al. (2019) esse percentual subiu para (92,04%).



De acordo com Marques et al. (2019), é importante que os profissionais mantenha a atenção quanto esse tipo de exposição, pois é a de maior gravidade e risco, podendo vir adquirir infecções pelo vírus da imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite B e C por meio do com contato com fluidos orgânicos, como o sangue.

A maioria dos acidentes com material biológico ocorreu através de lesões ocasionadas por instrumentos perfurocortantes, conforme verificado nos artigos (2, 7, 11, 12, 13 e 14). Em estudo realizado em Sergipe, a frequência de acidentes com materiais perfurocortante foi de 53,9% entre os profissionais investigados. No qual, a maioria da ocorrência dos acidentes foi durante as seguintes situações: reencape de agulhas (30%), administração de medicamentos (21,1%), descarte inadequado de material perfurocortante e punção de vasos (13,15%) (ARAGÃO et al., 2019).

Desse modo, Aragão et al. (2019) enfatiza que o conhecimento acerca de tais precauções exerce um grande impacto sobre a atitude do indivíduo com as mesmas, o que resultará em menos ocorrência como o acidente através de instrumentos perfurocortantes.

Segundo os artigos (2,6,7, 11, 12, 14 e 15) os profissionais mais afetados pelos os acidentes ocupacionais com material biológico são os técnicos de enfermagem. O mesmo resultado foi encontrado no estudo de Marques et al. (2014), onde a categoria profissional dos técnicos de enfermagem foram os que mais sofreram acidentes com tal material.

Para Marques et al. (2014), os técnicos em enfermagem por realizar assistência direta ao paciente, configura-se como uma profissão cuja exposição aos riscos de acidentes se torna mais frequente devido ao uso constante de materiais perfurocortantes e da manipulação de fluidos corporais. Já Lopes et al. (2017) as causas dos acidentes de trabalho com material biológico são inúmeros e abrangem vários fatores, que vão desde aqueles relacionados ao processo de trabalho e características do entendimento, até à infraestrutura.

Assistência de enfermagem em acidentes ocupacionais com material biológico

O artigo (1) aborda as resoluções para redução de infecção de HIV através de perfurocortantes, destacando uma gestão pós exposição adequada, implementar e fiscalizar o cumprimento das normas de biossegurança, aprimorar a notificação de acidentes com materiais perfurocortantes.



O Ministério da Saúde estabelece que após os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos precisam ser adotadas medidas para prevenção, profilaxia e segurança de saúde do trabalhador, essas condutas são avaliadas conforme o tipo de acidente, o material orgânico, mas independente das circunstâncias devem ser analisados os status sorológicos da fonte quando conhecida e do acidentado tanto com fonte conhecida ou desconhecida e a situação vacinal (BRASIL, 2006).

No artigo (5) assinala que as medidas de prevenção devem ser rigorosamente observadas para minimizar os riscos e acidentes ocasionados pela a prática inadequada. Enquanto o artigo (4) denota que a vivência do acidente de trabalho mostrou-se determinante para modificação de práticas profissionais.

Artigo (10) o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo encaminhamento de trabalhadores acidentados e também a capacitação para adoção de medidas preventivas. Para Kallás e Almeida (2013), como medida preventiva o enfermeiro do trabalho deve implantar programas baseados em ações centradas na prevenção primária, a partir da análise das práticas de trabalho, da identificação dos riscos, do conhecimento dos materiais disponíveis e dos fatores pessoais do trabalhador.

No ambiente hospitalar o enfermeiro do trabalho desenvolve ações visando promover segurança, detecção e redução dos riscos ocupacionais conforme a atividade efetivada e os agravos biológicos a que os profissionais estão expostos, com a finalidade de proporcionar melhores condições laborais (JESUS et al., 2017). Além disso, é de suma importância que o enfermeiro do trabalho ofereça capacitação para os demais profissionais que presta assistência aos acidentados pós-exposição (KALLÁS; ALMEIDA, 2013).

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que os artigos selecionados para a pesquisa pertenciam a diferentes periódicos, sendo a maioria dos estudos realizados em ambiente hospitalar. Ainda neste estudo, levantou-se duas temáticas com a finalidade de esclarecer o tema em abordagem e responder a questão norteadora apresentada nesta pesquisa.

O resultado alcançado neste estudo evidenciou que os acidentes ocupacionais com material biológicos são de grande prevalência, no qual os profissionais técnicos de enfermagem estão mais expostos a tal risco. Com relação às ações do enfermeiro, poucos



artigos incluídos na pesquisa descreveram como é a assistência prestada por este profissional. Dessa maneira, é de suma importância a realização de mais estudos científicos que explore mais o assunto.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. G. E. et al. Fatores de risco à segurança do enfermeiro na Unidade de terapia intensiva de um hospital geral. **R Brás ci Saúde**, v. 19, n. 02, p. 135-142, 2015.

ARAGÃO, J. A. et al. Exposição ocupacional a fluidos biológicos em acidentes com perfurocortantes na equipe de enfermagem hospitalar. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 01, p. 58-64, 2019.

ARANTES, M. C. et al. Acidentes de trabalho com o material biológico em trabalhadores de serviços de saúde. **CongitareEnferm**, v. 22, n. 01, p. 01-08, 2017.

ARCANJO, R. V. G. et al. Gerenciamento dos riscos ocupacionais da enfermagem na atenção básica: estudo exploratório descritivo. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 10, n. 02, p. 351-357, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

CARON, M. D. S. Prevalência e fatores associados aos acidentes de trabalho no serviço hospitalar de limpeza. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 07, n. 04, p. 3249-3262, 2015.

CARVALHO, P. C. F. et al. Exposição a material biológico envolvendo trabalhadores em hospital especializado em doenças infecciosas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 03, p. 01-09, 2016.

CORDEIRO, T. M. S. C. et al. Acidentes de trabalho com exposição à material biológico: descrição dos casos na Bahia. **R EpidemiolControlInfec.**, v. 06, n. 02, p. 50-56, 2016.

DIAS, J. A. et al. Papel do enfermeiro do trabalho frente às doenças ocupacionais na visão dos discentes de enfermagem. **Rev. Nova Esperança**, v. 16, n. 02, p. 38-47, 2018.

DORNELLES, C. et al. Exposição de profissionais de saúde ao material biológico: estudo no ambiente hospitalar. **J Nurs Health**, v. 01, n. 01, p. 64-75, 2016.

JANUÁRIO, G. C. et al. Acidentes ocupacionais com material potencialmente contaminado envolvendo trabalhadores de enfermagem. **CongitareEnferm**, v. 22, n. 01, p. 01-09, 2017.

JESUS, C. S. et al. Atuação do enfermeiro do trabalho na redução de riscos biológicos no âmbito hospitalar. **Rev. Aten. Saúde**, v. 15, n. 54, p. 100-107, 2017.

JUNIOR, E. P. S. et al. Perfurocortantes envolvendo profissionais e estudantes da área da saúde em hospital de referência. **Rev Bras Med Trab.**, v. 13, n. 02, p. 69-75, 2015.



KALLÁS, A. R.; ALMEIDA, C. R. Acidentes ocupacionais com material biológico: a atuação do enfermeiro do trabalho. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 16, n. 03, p. 197-206, 2013.

LIMA, N. S. et al. Diagrama de Ishikawa: causas e soluções da infecção ao HIV adquirida por profissionais de enfermagem através de materiais perfurocortantes. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 11, n. 03, p. 707-712, 2019.

LIMA, R. J. V. et al. Conhecimento e condutas de médicos e profissionais frente aos acidentes de trabalho. **RevEnferm UFPI**, v. 04, n. 01, p. 89-96, 2015.

LOPES, J. S. P. et al. Característica dos acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de enfermagem. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 09, n. 03, p. 1176-1186, 2017.

MARQUES, J. S. et al. Acidentes ocupacionais com materiais biológicos notificados em um hospital público de Teresina-PI. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. sup. 25, p. 01-07, 2019.

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 Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIRANDA, F. M. D. A. et al. Crenças relacionadas aos acidentes de trabalho com fluidos biológicos. **RevEnferm UFSM**, v. 06, n. 02, p. 235-247, 2016.

PEREIRA, E. A. A. et al. Motivação para mudança nas ações dos profissionais de enfermagem após exposição acidental a material biológico. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 10, n. 02, p. 534-541, 2018.

RESENDE, K. C. D. et al. Risco de exposição a material biológico em unidade de saúde da atenção primária à saúde. **Revenferm UERJ**, v. 24, n. 02, p. 01-07, 2016.

RODRIGUES, P. S. et al. Acidente ocupacional entre profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos de um ponto-socorro. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 02, p. 01-06, 2017.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à SALUM enfermagem. **Cogitare, Enferm.**, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998.

SANTOS, S. R.; NOVAES, C. O. Perfil dos acidentes com material perfurocortante entre profissionais de saúde de um hospital da rede pública da cidade de São Luís-MA. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 10, n. 04, p. 977-985, 2018.

SILVA, F. F. A. et al. Riscos de acidentes com materiais perfurocortantes no setor de urgência de um hospital público. **J. res.: fundam. Care. online**, v. 08, n. 04, p. 5074-5079, 2016.

SILVA, R. S. S. et al. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **RevBrasMed Trab.**, v. 15, n. 03, p. 267-275, 2017.



CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL: REVISÃO INTEGRATIVA

Acucena Leal de Araújo, Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

Francisca Diana da Silva Negreiros, Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE

Ana Luiza Barbosa Negreiros, Mestre em Ensino na Saúde, UECE

Thereza Maria Magalhães Moreira, Mestre e Doutora em Enfermagem, UFC, Professora Associada, UECE

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção de artigos científicos no período de 2015 a 2019 referentes à atuação do enfermeiro na alimentação infantil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, tendo como a seguinte questão norteadora: como é a atuação do enfermeiro na alimentação infantil? A busca dos dados foi realizada no mês de junho de 2019, através das bases de dados: MEDLINE, BDNF e LILACS. A consulta deu-se por meio dos descritores presentes nos DeSC: “Enfermeiro”, “Criança” e “Alimentação”. Após os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados dez artigos. **Resultados e discussão:** Com base na questão norteadora, leitura e análise dos artigos foi possível fazer o levantamento de dois pontos temáticos: estratégia de enfermagem utilizada como método para a promoção da alimentação infantil e orientações sobre alimentação infantil fornecida pelo o enfermeiro. Na primeira temática destacou-se: os enfermeiros detêm conhecimentos teóricos e científicos acerca da amamentação e atuam como facilitadores de informações, tendo como estratégia o apoio emocional, a elaboração de um protocolo que visa a assistência à mulher em processo de lactação, mencionando também uma assistência humanizada no incentivo da amamentação. Em relação a segunda temática, verificou-se que as orientações feitas pelo o enfermeiro são pautadas no aleitamento materno exclusivo, nas vantagens, importância do aleitamento materno em livre demanda, da ordenha manual, da pega e posição correta do bebê e da frequência das mamadas. Sendo enfatizada ainda na segunda etapa a prestação de assistência as puérperas soropositivas para HIV a respeito da impossibilidade da amamentação. **Conclusão:** Com a realização desta pesquisa, é possível considerar que o enfermeiro assume um papel de extrema importância quando o assunto é a alimentação da criança. Onde verificou que seu cuidado está focado mais na questão da promoção do aleitamento materno. Porém, como ponto negativo, percebeu-se que dentre os dez artigos selecionados não foi identificado a assistência da enfermagem voltada para a promoção da alimentação complementar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Criança. Alimentação.



INTRODUÇÃO

O público infantil representa um grupo de enorme vulnerabilidade devido o crescimento acelerado e à prematuridade fisiológica e imunológica. A alimentação adequada nos anos iniciais da vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento de forma saudável. Sendo assim, o consumo de nutrientes inadequados pode interferir no estado nutricional e resultar no desenvolvimento de deficiências ou excessos nutricionais (CARVALHO et al., 2015; MOURA et al., 2015).

Percebe-se que o Brasil segue as tendências internacionais no que diz respeito à mudança nutricional que é evidenciada pela redução da desnutrição (mas ainda é necessário voltar a atenção para as classes menos desfavorecidas), e aumento da obesidade, esta última considerada como grande problema de Saúde Pública. Desse modo, os problemas relacionados a nutrição favorecem aos agravos de saúde e a mortalidade infantil (MOURA et al., 2015).

A alimentação infantil nos primeiros anos de vida consiste no aleitamento materno que deve ser exclusivo até os seis meses de idade, e a partir desse período é recomendada a introdução gradativa de alimentos complementares (SCHINCAGLIA et al., 2015). O aleitamento materno é fonte indispensável para a nutrição do bebê. A fase mais complicada do processo de amamentação acontece nas primeiras duas semanas devido a falta de experiência da puérpera frente de uma situação nova, no qual é divergente de sua vivência, podendo deixá-la assustada e gerar um sentimento de impotência (COSTA et al., 2018).

No que refere a alimentação complementar, esta consiste no oferecimento a criança de alimentos sólidos, semisólidos ou líquidos em complemento com o leite materno. Sendo que o tipo de alimentação iniciada na infância poderá influenciar também na fase adulta. Por isso, é fundamental que os hábitos alimentares desde os primeiros anos de vida sejam saudáveis, sendo recomendado o aumento do consumo de legumes e frutas (MARINHO et al., 2016).

Para o fortalecimento da prática da alimentação saudável entre o público infantil é necessário que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, seja os preceptores de informações e prestadores do cuidado no que diz respeito a nutrição do infante (COSTA et al., 2018). Portanto, o objetivo deste estudo é analisar a produção de artigos científicos no período de 2015 a 2019 referentes à atuação do enfermeiro na alimentação infantil.



MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que foi desenvolvida conforme as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão norteadora da pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da síntese da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa consiste em um método de pesquisa adotado com a finalidade de resumir resultados alcançados em estudos a respeito de algum tema ou questão, de modo sistemático e organizado, com o intuito de proporcionar conhecimento de determinada temática estudada (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

De acordo com a abordagem realizada sobre a importância da alimentação infantil no crescimento e desenvolvimento saudável, surgiu a seguinte questão: como é a atuação do enfermeiro na alimentação infantil?

A busca dos dados foi realizada no mês de junho de 2019, na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando como fonte, as bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Bancos de Dados em Enfermagem (BDENF); e Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS). A consulta deu-se por meio dos descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): “Enfermeiro”, “Criança” e “Alimentação”.

Para a presente revisão integrativa utilizou-se como critérios de inclusão: estudos na modalidade artigo, texto completo disponível, em idioma português, publicados nos últimos cinco anos (2015-2019), estudos nacionais e internacionais. Sendo excluídos dos estudos artigos repetidos e os que estavam relacionados superficialmente com a temática da questão.

Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados dez artigos que atenderam aos critérios estabelecidos e que apresentaram contribuições fundamentais para a construção do estudo. Foi possível o acesso na íntegra dos trabalhos escolhidos e, conseqüentemente feito análise de modo detalhada dos referidos estudos.

Em seguida, foram organizadas as informações através da coleta das características dos estudos selecionados contendo os principais atributos de cada artigo: nome dos autores, objetivo do estudo e os principais resultados, conforme descrição no quadro 1.

No qual, posteriormente foi feita a análise descritiva dos dados das seguintes variáveis: tipo de estudo, periódicos utilizados, local e ano de publicação. Por fim, com a leitura minuciosa dos artigos realizou-se o levantamento de duas temáticas relacionado ao tema em abordagem, com a finalidade de responder a questão norteadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quantidade de artigos encontrados na busca inicial para a efetivação deste estudo foi no total de 672 publicações, destas, 662 foram excluídos após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. No quadro 1 são descritos os estudos que compõem a amostra da revisão integrativa.

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão integrativa.

N	Autor/ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
1	PEREIRA, R. M.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; BANCO, M. B. L. R.; LOPES, F. O.; SANTOS, M. V. (2019)	Analisar o conhecimento dos enfermeiros na realização das estratégias para o manejo clínico da amamentação.	No manejo clínico do aleitamento materno, evidencia-se o conhecimento teórico e científico acerca da amamentação pelos enfermeiros, além de serem eles facilitadores da prática da amamentação, intervindo nos agravos resultantes da prática do aleitamento materno inadequado.
2	ROCHA, F. N. P. S.; PATRÍCIO, F. B. PASSOS, M. N. S.; LIMA, S. W. O.; NUNES, M. G. S. (2018)	Caracterizar o conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno.	Quanto à oferta de orientações acerca do aleitamento materno durante as consultas de pré-natal, constatou-se que 51,7% das mulheres não receberam nenhum tipo de informação, 23,7% e 24,6% foram orientadas apenas sobre aleitamento materno exclusivo e importância da amamentação, respectivamente.
	MARTINS, D. P.; GÓES, F. G. B.; PEREIRA, F. M. V.; SILVA, L. J.; SILVA, L. F.; SILVA, M. A. (2018)	Descrever o conhecimento e as dúvidas de nutrizes sobre o aleitamento materno.	As nutrizes reconhecem que o aleitamento materno é benéfico para imunidade/prevenção de doenças, nutrição, crescimento e desenvolvimento da criança. Contudo, existe um misto de saberes e dúvidas relacionado



3			à duração, exclusivamente e manejo prático da amamentação, envolvendo tempo entre mamadas, pega, posição e cuidados com as mamas. Segundo as nutrizes, as dificuldades foram sendo resolvidas através do suporte dos profissionais de saúde ou ainda das acompanhantes.
4	COSTA, E. F. G. C.; ALVES, V. H.; SOUZA, R. M. P.; RODRIGUES, D. P.; SANTOS, M. V.; OLIVEIRA, F. L. (2018)	Compreender as estratégias de orientação realizada pelos enfermeiros durante o processo do manejo clínico da amamentação.	O enfermeiro tem como estratégia o apoio emocional que se constitui em importante ação para alcançar melhores índices da prática de amamentação tendo em vista o declínio da mortalidade infantil. Durante o processo do manejo clínico, o enfermeiro deve realizar orientações sobre as vantagens e a importância do aleitamento materno em livre demanda, da ordenha manual, da pega e posição correta do bebê, da frequência das mamadas.
5	VIEIRA, G. M.; MORAIS, T. B.; LIMA, E. F. A.; PONTES, M. A. G. B.; PRIMO, C. C. (2017)	Elaborar um protocolo para a assistência à mulher em processo de lactação contendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.	Elaborou-se sete diagnósticos: lactação adequada, lactação diminuída, lactação aumentada, lactação ausente, risco para lactação diminuída, risco para lactação aumentada, risco para lactação ausente, e 86 intervenções de enfermagem referentes a esses diagnósticos.
6	MERCADO, N. C.; SOUZA, G. D. S.; SILVA, M. M. J.; ANSELONI, M. G. (2017)	Verificar as orientações prestadas pelo enfermeiro à puérpera em Alojamento Conjunto (AC).	A maioria das puérperas relatou que o atendimento do enfermeiro foi ótimo, sentia-se preparada para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido em casa, recebeu orientações quanto ao aleitamento materno, cuidado com as mamas e pega correta, banho e banho de sol do recém-nascido.
7	LEAL, C. C. G.; MACHADO, M. O. F.; OLIVEIRA, L. C. Q.; MONTEIRO, J. C. S.; LEITE, A. M.; SPONHOLZ, F. A. G. (2016)	Identificar a prática das enfermeiras atuantes na rede municipal de saúde de Ribeirão Preto, SP, relativo à promoção do aleitamento materno para gestantes e/ou mães adolescentes.	Identificou-se as categorias “trabalho centrado na técnica, no recomendado e no biológico”, “cotidiano do serviço de saúde na atenção às gestantes e/ou mães adolescentes” e “relação profissional de saúde e gestante e/ou mãe adolescente”. As enfermeiras



			enfrentam o desafio de transformação da atenção centrada no procedimento em uma atenção focalizado no usuário.
8	LEITE, M. F. F. S.; BARBOSA, P. A.; OLIVINDO, D. D. F.; XIMENES, V. L. (2016)	Descrever e analisar a percepção das puérperas acerca do incentivo do aleitamento materno na primeira hora de vida pelos os profissionais de enfermagem em uma maternidade pública.	Os depoimentos revelaram que todos as puérperas possuíam um conhecimento prévio quanto aos benefícios e importância da amamentação e que a maioria das entrevistadas receberam uma assistência humanizada voltada ao incentivo deste ato.
9	MOURA, M. A. P.; ROCHA, S. S.; PINHO, D. L. M.; GUILHEM, D. (2015)	Aprender facilidades e dificuldades no cuidado de enfermagem, relacionado à alimentação infantil no cotidiano do enfermeiro na rede de atenção básica de Teresina-PI.	Identificou-se que as facilidades no cuidado de enfermagem na alimentação infantil envolvem as categorias: 1) Criança e família; 2) Enfermeiro; 3) Unidade de atenção básica. Quanto às dificuldades, estas se concentram no universo da criança englobando fatores sociais, culturais e econômicos de seu contexto.
10	COSTA, A. M. S.; VIEIRA, B. D. G.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; LEÃO, D. C. M. R.; PEREIRA, A. V. (2015)	Conhecer a experiência do enfermeiro no cuidado às puérperas soropositivos para o HIV a respeito da amamentação; identificar a interação do enfermeiro com as mulheres com HIV a respeito da impossibilidade de amamentação.	Emergiram as seguintes categoriais:disparidades nas orientações no Alojamento Conjunto; a amamentação natural; interação das enfermeiras do Alojamento Conjunto com as puérperas soropositivas para HIV a respeito da impossibilidade da amamentação.

No que diz respeito à abordagem metodológica, predominou estudos qualitativos, correspondendo a seis artigos. Verificou-se que os tipos de periódicos mais repetentes são da Revista de Pesquisa: Cuidado é *Fundamental Online*, com utilização de quatro artigos, seguindo da Revista de enfermagem UFPE online, com três artigos, e da *Ciencia y enfermeria*, Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR, e O Mundo da Saúde, com inclusão de um artigo de cada revista.

Os estudos foram desenvolvidos nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Piauí e Pernambuco. Tendo como ambiente de pesquisa: hospitais, maternidades e redes básicas de saúde. Em relação ao ano de publicação, 2018 teve três publicações, seguindo-se os anos de 2015, 2016 e 2017 com duas publicações cada, e o ano de 2019 com uma.



Com base na questão norteadora, leitura e análise dos artigos incluídos na presente pesquisa, possibilitou o levantamento de duas temáticas: estratégia de enfermagem utilizada como método para a promoção da alimentação infantil e orientações sobre alimentação infantil fornecida pelo o enfermeiro.

Estratégia de enfermagem utilizada como método para a promoção da alimentação infantil.

Conforme apresentado no artigo (1) os enfermeiros detêm conhecimentos teórico e científico acerca da amamentação, no qual atuam como facilitadores da prática da amamentação, intervindo nos agravos ocasionados pelas as práticas do aleitamento materno incorreta. Assemelhando assim, com o encontrado no estudo de Amaral et al. (2015), onde o enfermeiro assume papel importante no que diz respeito às práticas do aleitamento materno, pois este detém o conhecimento técnico e científico adequado para estabelecimento de um padrão para a alimentação do lactente.

De acordo com o artigo (4) o enfermeiro tem como estratégia o apoio emocional, no qual se configura como importante ação para atingir melhores índices da prática de amamentação. Tal apoio no decorrer do aleitamento materno é entendido como suporte emocional, fornecido pelo o profissional de saúde com a finalidade de colaborar com a mulher na superação das dificuldades surgidas durante o processo de amamentar, sendo que muitos fatores podem está associados no desenvolvimento do desequilíbrio emocional, como os culturais, sociais e econômicos (MULLER; SILVA, 2009).

No artigo (5) destaca-se como estratégia a elaboração de um protocolo que visa a assistência à mulher em processo de lactação contendo diagnósticos e intervenções de enfermagem. no qual é feito o levantamento de sete diagnósticos e oitenta e seis intervenções de enfermagem. Segundo Krauzer et al. (2018), os protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho de enfermagem e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde.

A assistência humanizada no incentivo da amamentação é mencionada no artigo (8). Enquanto que nos estudos realizado por Marinho et al. (2015) e Azevedo et al. (2015), dentre as atribuições do enfermeiro no processo de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento, destaca-se o aconselhamento, a comunicação e o processo educativo em saúde.



A humanização da atenção consiste em uma ação modificadora do cuidado em saúde, sendo fundamental ressaltar a importância de assistir o paciente em sua individualidade e subjetividade, englobando as dimensões biopsicossociais, em relação ao processo diagnóstico-terapêutico (CUNHA et al., 2017).

O artigo (07) salienta que o trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno realizado pelas enfermeiras no atendimento a gestantes e/mães adolescentes, enfrenta o desafio de transformação da atenção centrada no procedimento para uma atenção focalizado no usuário. Já o artigo (9), identificou-se que as facilidades no cuidado de enfermagem na alimentação infantil envolvem as categorias: criança e família; enfermeiro; unidade de atenção básica.

A atenção à nutriz e seus familiares no processo de amamentação deve ser voltada em uma afinidade de alteridade e humanização promovida pela escuta ativa e vínculos, que envolva os profissionais de saúde, lactentes e seus familiares, visando a efetividade de uma amamentação bem sucedida (TEIXEIRA et al., 2017).

Orientações sobre alimentação infantil fornecida pelo o enfermeiro.

O artigo (2) denota que as orientações fornecidas pelo o enfermeiro são acerca do aleitamento materno exclusivo e sua importância. Segundo Junior et al. (2016), a amamentação é essencial para a saúde do bebê e da mãe, sendo um ato que potencializa benefícios para ambos. O conhecimento das gestantes sobre essa temática é fundamental para que os resultados do aleitamento sejam satisfatórios (OLIVEIRA et al., 2017).

O artigo (10) descreve a interação das enfermeiras do Alojamento Conjunto com as puérperas soropositivas para HIV a respeito da impossibilidade da amamentação. Para Kleinubing et al. (2014) essa situação conflitante desencadeada pela não amamentação afeta, além da própria mulher, o filho, o que exigirá dela o saber conviver com as possíveis cobranças e conflitos interiores provocado pela inibição da lactação.

O enfermeiro que cuida de gestantes e puérperas soropositivas para o HIV, deve possuir preparo suficiente para tal assistência, sendo ideal um conhecimento sobre a realidade dessas mulheres, que envolva o contexto histórico-social. Assim, o cuidado da enfermagem não deve ser restringido apenas aos problemas clínicos, mas que seja pautado na promoção da



saúde e da felicidade, levando em consideração tanto os aspectos físicos como os emocionais (KLEINUBING et al. 2014).

Enquanto que no artigo (4), enfatiza as vantagens e a importância do aleitamento materno em livre demanda, da ordenha manual, da pega e posição correta do bebê, da frequência das mamadas. As vantagens do leite materno são diversas, entre elas estão: prevenção de alergias e problemas respiratórios, desenvolvimento psicológico mais favorável, melhor capacidade de absorção interna, melhores defesas imunológicas, exerce um importante na redução da mortalidade infantil, além de propiciar maior efetividade entre a mãe e o bebê (OLIVEIRA et al. 2017).

As dúvidas apresentadas pelas mães sobre alimentação infantil são sanadas pelo os profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro. Em que o artigo (3), ressalta que foram fornecidas informações em relação à duração, exclusivamente e manejo prático da amamentação, envolvendo tempo entre mamadas, pega, posição, cuidado com as mamas e banho de sol do recém-nascido.

Para Oliveira et al. (2017), muitas mulheres desconhecem questões importantes sobre a prática da amamentação, posicionamento do bebê e pega da mama, leite empedrado ou não ter leite, apontando a necessidade de estratégias educativa sobre o aleitamento materno.

A educação em saúde pode ser compreendida como a transmissão de informações relativas à saúde, bem como uso de ferramentas tecnológicas mais modernas ou não, cujo, o objetivo principal é a capacitação de indivíduos ou grupos para que estes agreguem conhecimentos sobre o processo de saúde-doença e possa discernir os mecanismos para o estabelecimento de cuidados de si próprios, a fim de promover saúde (SALCI, 2013; MACIEL, 2009).

CONCLUSÃO

A presente pesquisa, construída para analisar as publicações científicas existente acerca da atuação do enfermeiro na alimentação infantil, apontou que os artigos são pertencentes a distintos periódicos, sendo que os estudos foram desenvolvidos em diversas regiões do país. Em relação às temáticas levantadas, estas foram fundamentais para responder com esclarecimento a questão norteadora apresentada neste trabalho.



Através dos resultados alcançados com este estudo, é possível considerar que o enfermeiro assume um papel de extrema importância quando o assunto é a alimentação da criança. Onde verificou que seu cuidado está focado mais na questão da promoção do aleitamento materno, buscando levar para as mães informações fidedignas que envolva o ato de amamentação. Porém, como ponto negativo, percebeu-se que dentre os dez artigos selecionados não foi identificado a assistência da enfermagem voltada para a promoção da alimentação complementar.

Portanto, constatou-se que a atuação do enfermeiro na alimentação infantil precisa ser melhorada, uma vez que, a obesidade é um dos problemas de Saúde Pública que mais preocupa a população de todo o mundo, pois são várias doenças associadas ao excesso de peso. Dessa maneira, é necessário que as estratégias interventivas sejam iniciadas desde os anos iniciais do ser humano, e que as informações disseminadas pelo o profissional de enfermagem envolvam aspectos referentes ao aleitamento materno como também a alimentação complementar.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, L. J. X. et al. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Rev Gaúcho Enferm**, v. 36, p. 127, 134, 2015.
- AZEVEDO, A. R. R. et al. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 03, p. 439-445, 2015.
- CARVALHO, C. A. et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr**, v. 33, n. 02, p. 211-221, 2015.
- COSTA, A. M. S. et al. Cuidado de enfermagem às puérperas as soropositivas para o HIV diante da impossibilidade de amamentação natural. **J. res.: fundam. care. online**, v. 07, n. 02, p. 2310-2322, 2015.
- COSTA, E. F. G. et al. Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno. **J. res.: fundam. care. online**, v. 10, n. 01, p. 217-223, 2018.
- CUNHA, A. M. S. et al. Aplicação da teoria humanística de enfermagem na assistência de enfermagem a uma puérpera. **GEP NEWS**, v. 01, n. 04, p. 26-32, 2017.
- JUNIOR, A. R. F. et al. Cuidado de enfermagem sobre a importância do aleitamento materno exclusivo: percepção de puérperas. **Tempus, actas de saúde colet**, v. 10, n. 03, p. 19-29, 2016.
- KLEINUBING, R. E. et al. Puérperas soropositivas para o HIV: como estão vivenciando a não amamentação. **Revenferm UFPE online**, v. 08, n. 01, p. 107-113, 2014.



KRAUZER, I. M. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Rev Min Enferm**, v. 22, p. 01-09, 2018.

LEAL, C. C. G. et al. Prática de enfermeiras na promoção do aleitamento materno de adolescentes brasileiras. **CIENCIA y ENFERMERIA**, v. 22, n. 03, p. 97-106, 2016.

LEITE, M. F. F. S. et al. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, v. 20, n. 02, p. 137-143, 2016.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **CogitareEnferm**, v. 14, n. 4, p. 773-776, 2009.

MARINHO, I. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde-Coletiva**, v. 21, n. 03, p. 977-986, 2016.

MARTINS, D. P. et al. Conhecimento de nutrizes sobre aleitamento materno: contribuições da enfermagem. **Revenferm UFPE online**, v. 12, n. 07, p. 1870-1878, 2018.

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 Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERCADO, N. C. et al. Cuidados e orientações de enfermagem às puérperas no alojamento conjunto. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 05, p. 3508-3515, 2017.

MOURA, M. A. P. et al. Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 02, p. 231-238, 2015.

MULLER, F. S.; SILVA, I. A. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev Latino-am enfermagem**, v. 17, n. 05, p. 01-08, 2009.

OLIVEIRA, C. M. et al. Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 20, n. 02, p. 99-108, 2017.

PEREIRA, R. M. et al. O conhecimento do enfermeiro acerca do manejo clínico da amamentação: saberes e práticas. **J. res.: fundam. care. online**, v. 11, n. 01, p. 80-87, 2019.

ROCHA, F. N. P. S. et al. Caracterização do conhecimento das puérperas acerca do aleitamento materno. **Revenferm UFPE online**, v. 12, n. 09, p. 2386-2392, 2018.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à SALUM enfermagem. **Cogitare, Enferm.**, v. 3, n. 2, p. 109-112, 1998.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 03, p. 465-474, 2015.

SALCI, M. A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.



TEIXEIRA, M. A. et al. Cuidar em enfermagem às famílias que vivenciam a amamentação. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, p. 3190-3197, 2017.

VIEIRA, G. M. et al. Protocolo de enfermagem para assistência à mulher em processo de lactação. **J. res.: fundam. care. online**, v. 09, n. 04, p. 1040-1047, 2017.



CAPÍTULO 3

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO (A) NA ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL: DIFICULDADES ENFRENTADAS

Aldenira Joacla Caetano da Silva, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, UNP

Camila Faustino da Silva, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, UNP

Emanoele Belchior de Medeiros, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto

Janaina Kelly Alves Barbosa, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto

RESUMO

Na consulta de Pré-natal, especialmente no programa da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Enfermeiro é parte essencial no atendimento e assistência de pré-parto, parto e pós-parto por se tratar de um Profissional capaz de atender às expectativas e necessidades das gestantes neste período de tantas transformações, sejam elas físicas, emocionais ou sociais. Sendo portanto um período importante na vida da mulher. O Enfermeiro é capaz de acompanhar, orientar e auxiliar a futura mãe para desenvolver uma gravidez promovendo segurança e bem-estar. Este estudo foi realizado com o objetivo Identificar quais as causas que dificultam a assistência ao pré-natal pelo profissional enfermeiro. Consiste em um estudo descritivo de revisão literária denominado de pesquisa bibliográfica, com análise qualitativa do atendimento de pré-natal pelo enfermeiro e as suas dificuldades, a qual foi realizada através de fontes publicadas sobre o tema em questão. Foram escolhidas para análise referências científicas que versam sobre o estudo. Com o presente estudo, concluiu-se que a sobrecarga de trabalho, atrelada às dificuldades físicas/estruturais, ao grande número de famílias atendidas, ao baixo salário e às relações com o sistema de saúde, dificultam o trabalho do enfermeiro na assistência ao pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Pré-Natal; Saúde da família; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O pré-natal pode ser entendido como o acompanhamento que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto. Durante este período, a execução da educação em saúde pela equipe de enfermagem se faz de forma contínua através de informações acerca da gravidez, do feto, das modificações morfofisiológicas da gestante, bem como sobre trabalho de parto e cuidados pós-natal (ANDRADE; DUARTE, 2008).



Na consulta de Pré-natal, especialmente no programa da (ESF), o Enfermeiro é parte essencial no atendimento e assistência de pré-parto, parto e pós-parto por se tratar de um Profissional capaz de atender às expectativas e necessidades das gestantes neste período de tantas transformações, sejam elas, físicas, emocionais ou sociais. Por se tratar de um período importante especialmente na vida da Mulher, o Enfermeiro é capaz de acompanhar, orientar e auxiliar a futura mãe para desenvolver uma gravidez promovendo segurança e bem-estar (BEZERRA, 2009)

Até a década de 1970, a saúde da mulher era vista como objeto das políticas Públicas de saúde apenas em sua dimensão reprodutiva, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, ou seja, enfatizando-se a visão da mulher como mãe.

Era necessária a criação de uma estratégia de saúde que viesse a tratar a mulher na sua integralidade e não só em seu sentido materno e reprodutor. Foi então que, em 1983, o Ministério da Saúde criou o (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) PAISM, programa este que deu ênfase aos cuidados básicos de saúde, ressaltando a necessidade da implantação de atividades educativas no que diz respeito à saúde da mulher. Assim, o PAISM consagrou-se como um marco histórico das políticas públicas no país contemplando a promoção, prevenção e reabilitação da saúde da mulher, abrangendo a saúde reprodutiva, o planejamento familiar, a prevenção de câncer cervicouterino e de mamas, além de questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis (GALVÃO, 1999 apud LEITE, 2009).

Neste contexto, a assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do conceito. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade.

Uma atenção pré-natal é fundamental para a saúde materna e neonatal e para isso faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a



construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção.

A atenção qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL 2000).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo do útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2000).

Foi então que, no ano 2000, o Ministério da Saúde lançou um manual técnico com referências para a organização da rede assistencial, capacitação dos profissionais e normatização das práticas de assistência pré-natal. No mesmo ano foram instituídos, também pelo MS, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e o SISPRENATAL (Sistema de Informação de Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento).

Outro ponto importante que marcou o desenvolvimento da atenção ao pré-natal foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia é apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial desenvolvido a partir da atenção básica, tomando-se como eixo estruturante deste nível de organização da saúde. Propõe-se que a assistência ao pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde, caracterizadas como a principal porta de entrada do sistema, onde são firmados os vínculos do setor com a comunidade. A partir de sua implantação, percebeu-se uma procura maior das gestantes para realizar as consultas de pré-natal.

Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade da atenção, tais como incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial



ainda ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

A gestação provoca mudanças orgânicas e psicológicas próprias do processo fisiológico que caracteriza este período. Tais alterações devem ser acompanhadas por profissionais capazes de identificar, o mais brevemente possível, fatores de risco que possa se sobrepor a estas alterações e comprometer o bem-estar materno-fetal. Dessa forma, permite-se adotar condutas adequadas e oportunas, para que a gestação culmine com a chegada de um recém-nascido saudável e uma mãe livre de complicações (SOUZA et al., 2002).

A gravidez é uma experiência de vital importância na vida da mulher e de sua família. Durante toda a gestação, ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, gerando expectativas, emoções, ansiedades, medos e descobertas, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante.

A assistência ao pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada com simples assistência médica e sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. O profissional que dá assistência pré-natal deve conhecer a fisiologia da gravidez, a fisiopatologia das intercorrências clínicas e as modificações emocionais do ciclo gravídico-puerperal (BITTAR et al., 2001).

A participação do enfermeiro na assistência pré-natal tem sido de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial, no entanto, também é notório que este papel vem sendo submetido a impasses e desafios notadamente, com relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso e qualificação e identificação de vínculo empregatício (SALGADO, 2002).

Quanto ao profissional que realizará o pré-natal, este deverá ser capacitado para tal prática. “As evidências confirmam que a assistência pré-natal básica pode ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros obstetras” (GAY et al, 2003).

Confirmando o que foi dito no parágrafo anterior, no que diz respeito à assistência ao pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que



dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira. Assim, percebe-se a importância da qualidade da assistência ao pré-natal prestada à mulher e, de forma mais específica a assistência prestada pelo enfermeiro. No entanto, muitos profissionais encontram barreiras para que esta assistência seja prestada de maneira adequada, salientando que, quando essa assistência não é adequada, podem ocorrer sérias complicações tanto para a saúde da gestante quanto para a de seu bebê (BRASIL, 2000).

A importância do enfermeiro em todos os níveis de assistência e, principalmente, na assistência ao pré-natal é de substancial relevância. No que concerne a importância ao pré-natal, ele deve mostrar a população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informa-la dos serviços dos serviços que estão a sua disposição (SANTANA 1998).

OBJETIVO DO ESTUDO

Identificar quais as causas que dificultam a assistência ao pré-natal pelo profissional enfermeiro.

REFERENCIAL TEORICO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Segundo GALLETA (2000), o pré-natal foi instituído no início do século XX e chegou ao Brasil por volta das décadas de 20 e 30 e só se estabeleceu no pós- guerra. Neste período, pensava-se na mulher, em diminuir os agravos para sua saúde, sem se pensar no feto. Nos anos 50 e 60, com a diminuição das taxas de morte materna, começou a preocupação, decididamente, com o feto e sua saúde. Assim, com os avanços tecnológicos e sociais, o pré-natal constituiu-se e se firmou, transformando-se na prática assistencialista que acontece hoje.

A atenção materno-infantil tem tido prioridade na história da saúde pública, sendo algumas políticas implantadas. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), na década de 80, ampliou as ações de saúde destinadas à mulher, destacando a atenção pré-natal devido a sua grande importância nos resultados perinatais (OSIS, 1998).



O PAISM teve como objetivo maior atender a mulher em todas as fases da vida, respeitando as necessidades e características de cada uma delas. Desde sua elaboração, o ciclo gravídico-puerperal foi e continua sendo uma das áreas prioritárias deste programa. Para o funcionamento do PAISM, especialmente da assistência pré-natal, é necessário a disponibilidade de recursos humanos treinados, área física adequada e equipada, apoio laboratorial e instrumentos de registro, processamento e análise de dados, estruturação de um sistema de referência e contra-referência para permitir assistência às gestantes nos três níveis de complexidade do sistema de saúde e avaliação permanente das ações desenvolvidas (BRASIL, 2000).

No ano de 2000 foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e o SISPRENATAL (Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento). O PHPN foi elaborado a partir da necessidade de mudança no modelo assistencial onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador e o SISPRENATAL tinha como finalidade permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, sendo um sistema de informação do DATASUS, que define o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. (BRASIL, 2000).

O pré-natal é o período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas (XIMENES, 2008).

O pré-natal pode ser entendido como o acompanhamento que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto. Durante este período, a execução da educação em saúde pela equipe de enfermagem se faz de forma contínua através de informações acerca da gravidez, do feto, das modificações morfofisiológicas da gestante, bem como sobre trabalho de parto e cuidados pós-natal (ANDRADE; DUARTE, 2008).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (LIMA, 2008) e com o advento do Programa Saúde da Família (PSF), o enfermeiro como membro da equipe, ganhou um amplo espaço de atuação na assistência pré-natal (MOURA, 2003).



PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL

A dificuldade das equipes de saúde no acompanhamento das gestantes reflete diretamente na qualidade de vida do binômio mãe e filho. Além disso, pode acarretar aumento de demanda aos serviços de saúde, incluindo internações; nascimento de crianças prematuras e com baixo peso, não realização de planejamento familiar e aumento de gestações indesejáveis, sobrecarga e trabalho para a família; absenteísmo e risco de desemprego (NEVES, 2010).

Em seu estudo, Neves (2010, p.30) cita como principais dificuldades para o acompanhamento às gestantes: “área física inadequada, falta de adesão à assistência de medicamentos; ausência de educação permanente e limitações do protocolo municipal de atenção à mulher”. O ambiente social no qual a equipe está inserida também é um fator determinante para o aumento das dificuldades. Moradias em locais de difícil acesso; a falta de informação relativa ao pré-natal por parte da população; baixa cobertura de acesso aos serviços de saúde, entre outros.

Outros aspectos a serem considerados são a desarticulação entre os serviços de saúde, o que acaba por levar a descontinuidade da assistência de Pré-natal, parto e puerpério; a ausência de uma referência hospitalar e contra-referência; o rodízio médico durante assistência pré-natal agravado pela deficiência nos registros contidos no cartão de pré-natal e a informatização das agendas sem a identificação das atividades do programa de assistência integral à saúde da mulher. A demora nos resultados de exames de citologia e VDRL e a falta de treinamento para os profissionais (OBA & TAVARES, 2000).

A inadequação da assistência também foi relatada por Neves (2010), como decorrentes da falta de registro e de gestantes cadastradas e aponta deficiências na estrutura e processo nas unidades de saúde da família. O autor coloca que mesmo com conhecimento e acesso às ações para prevenção de novos casos de gestantes sem cadastro, como ações educativas, incentivo ao pré-natal, busca ativa, as ações da equipe de saúde nem sempre cadastra 100% das gestantes. Este fato mostra a importância de dimensionar corretamente uma equipe mínima para treinamento contínuo com o intuito de preparar uma equipe de saúde da família.

Segundo o Ministério da Saúde entre as demais condições básicas para a organização da assistência pré-natal, faz-se necessário uma área física adequada, onde a privacidade é um fator essencial para a consulta e para o exame clínico ou ginecológico. Mas, o trabalho do



enfermeiro na assistência ao pré-natal nas unidades de saúde que têm por base a estratégia do Programa Saúde da Família constitui desafio para o enfermeiro, que se vê cotidianamente tendo que lidar com uma série de problemas e dificuldades que emperram o pleno desenvolvimento de suas atividades e, conseqüentemente, do programa (BRASIL, 2005).

Portanto, uma assistência pré-natal de qualidade envolve a capacitação técnica continuada das equipes de saúde na resolução de problemas mais prevalentes, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população (TREVISAN, 2002).

HIPOTESE

O presente estudo visa sintetizar o conhecimento em uma dada área a partir da formulação de uma questão: Quais as dificuldades que o enfermeiro encontra na ESF para prestar assistência pré-natal de qualidade?

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo de revisão literária denominado de pesquisa bibliográfica, a qual foi realizada através de fontes publicadas sobre o tema em questão. A elaboração ocorreu no período de dezembro de 2019 a março de 2020. Para tanto, foram utilizados 18 artigos como referências.

Os critérios de inclusão foram: artigos relacionados ao tema e aos objetivos proposto. Os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados, e os estudos que pareceram preencher os critérios para sua inclusão foram obtidos e lidos integralmente. A metodologia utilizada foi a de revisão de literatura apurada através de pesquisas na internet, com base de dados utilizados como fontes para todo o desenvolvimento do trabalho foram sites como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manual de normas técnicas do Ministério da Saúde, entre outros. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave para obtenção do material de estudo: Enfermagem, Pré-Natal, Assistência e dificuldades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nitidamente, olhando para trás, houve uma evolução no que se diz respeito à saúde da mulher, mas muito se tem a conquistar e isso vai desde estrutura e espaços físicos até a



valorização e reconhecimento dos profissionais envolvidos no processo de assistência integral a saúde da gestante. A maternidade sem dúvidas é algo sublime, um momento único e delicado na vida de qualquer mulher, onde o acolhimento, o bom atendimento, consultas de qualidade, assistência ao processo de pré-natal, parto e pós-parto devem ser feitos por profissionais preparados. Referências apontam que uma assistência ao pré-natal feita com qualidade evita e/ou diminui diversos contratempos, como comprometimento a saúde da mãe e neonato.

A participação do enfermeiro na assistência ao pré-natal tem sido de fundamental importância e cada vez mais esse profissional vem conquistando seu espaço nesse modelo assistencial. Para isso faz-se necessário investimento em políticas públicas, melhoria dos sistemas e serviços, incentivo a educação continuada e trabalho em equipe.

Os motivos de dificuldades na assistência pré-natal de qualidade referem-se especialmente ao desempenho de uma série de habilidades desejáveis para os enfermeiros que relataram dificuldades de diferentes graus, o que aponta a necessidade de estudos mais aprofundados para identificar a origem e a natureza real dos problemas.

As perspectivas dos enfermeiros quanto ao cuidado pré-natal consideraram como os principais desmotivadores: espaço físico inadequado às consultas, impossibilitando um bom atendimento e o tratamento adequado de intercorrências comuns da gravidez; falta de equipamentos funcionantes, o que pode interferir na execução das avaliações rotineiras durante as consultas; baixo salário e a inexistência de cursos/capacitações voltadas para a atenção pré-natal, facilitando o desenvolvimento profissional.

As dificuldades identificadas possibilitam uma reflexão sobre o papel da instituição na qualificação destes profissionais, de forma a contribuir para uma melhoria da qualidade da assistência pré-natal e, conseqüentemente, para satisfação da população atendida.

Para que os enfermeiros realizem a assistência pré-natal com competência, faz-se necessário o desenvolvimento de inúmeras habilidades que, por sua vez, necessitam de um vasto conhecimento para terem atitudes diante das situações de risco que as gestantes possam apresentar, mas, além disso, também se faz necessário a valorização da categoria, que pode se apresentar por meio da melhoria salarial, oportunidades para qualificação e também através de mudanças estruturais das unidades básicas de saúde que servirão como ponto de partida para



outras melhorias que as instituições podem proporcionar à categoria e aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Assim, como já visto a sobrecarga de trabalho atrelada às dificuldades físicas/estruturais, ao grande número de famílias atendidas, o baixo salário e às relações com o sistema de saúde, dificultam o trabalho do enfermeiro na assistência ao pré-natal.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Camila Pontes. **A importância da Consulta de Enfermagem no acompanhamento pré-natal.** 2009.

BITTAR. R. E; ZUGAIB. **Quadro Clínico e Epidemiologia do Pré-Natal** 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos.** Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Brasília; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CECCIM RB. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciência Saúde Coletiva.* 2005; 10: 975-86.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. **O Significado do Pré-natal Para Mulheres Grávidas: Uma Experiência no Município de Campo Grande, Brasil.** São Paulo 2008. Disponível em, www.scielo.br. Acesso em: 15/jan/2015.

GALLETA, Marco Aurélio (2000). **A importância do pré-natal.** Disponível em: http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_07.pdf

LEITE, Ana Cristina da Nóbrega Marinho Torres; PAES, Neir Antunes. **Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna.** *Hist. Cienc, Saude-Manguinhos* [online]. 2009, vol.16, n.3, pp. 705-714. ISSN 0104-5970. DOI: 10.1590/S0104-59702009000300008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>. Acesso em: 07 de fev. 2020.

LIMA, Y M S; MOURA, M A V. **A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal.** *Esc Anna Nery. Rev Enferm*, v. 12, n. 4, p. 672-78, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a10.pdf>. Acesso em: 17/dez/2019.

MEDEIROS, Regianne Leila Rolim; ANDRADE, Ana Mattos Brito. **O enfermeiro no Programa Saúde da Família. Percepções, possibilidades de Atuação, Fronteiras Profissionais.** *Revista Observatório de Recursos Humanos em Saúde.* Fortaleza, p.32, agos. 2007. Disponível em: www.observarh.org.br/observarh/./Enfermeiro_no_PSF.pdf . Acesso em: 28/jan/2020.



MOURA, R. F; RODRÍGUES, M. S. P; Silva, R. M. **Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal:** uma análise á luz de King. Rev Cubana Enfermer v.19 n.3 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2003. Disponível em: http://scielo.Sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192003000300012&lng=es&nrm=isso. Acesso em: 30/jan/2020.

NEVES, Aline Cristina Ferreira das. **Principais dificuldades em acompanhar as gestantes pela equipe de saúde da família.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Araçuaí, 2010. 35f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <[HTTP://WWW.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem2379.pdf](http://WWW.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem2379.pdf)>. Acesso em: 20/jan/2020.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. **Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP.** Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.8 no.2 Ribeirão Preto Apr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12412.pdf>. Acesso em: 01/mar/2020.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **PAISM: UM MARCO NA ABORDAGEM DA SAÚDE PÚBLICA 1998;** 14 (supl). Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf). Acesso em: 13/jan/2020.

SOUZA, Jaqueline A. et al. **A assistência pré-natal realizada pelo profissional enfermeiro na estratégia saúde da família.** [S.l.:s.n.] 2002. 57 f. disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Opapeldoenfermeironaassistenciaprenatalagestanteadolescente.pdf>. Acesso em: 16/dez/2019.

TREVISAN MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. **Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** Rev Bras Ginecol Obstet 2002 junho; 24(5):293-9. Disponível em: [r/scielo.php?script=sci_Nlinks&ref=000108&pid=S0104169200600050000700002&lng=e](http://scielo.php?script=sci_Nlinks&ref=000108&pid=S0104169200600050000700002&lng=e). Acesso em: 10/dez/2019.

XIMENES NETO FRG, Leite JL, Fuly PSC, Cunha ICKO, Clemente AS, Dias MAS, et al. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.** Rev. Bras Enferm. 2008;61(5):595-602.

VASQUES, FAP. **Pré-natal:** um enfoque multi profissional. São Paulo: Rubio; 2006



CAPÍTULO 4

METODOLOGIAS ATIVAS COMO ESTRATÉGIA FACILITADORA DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Aline Tavares Gomes, Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Comunidade, UESPI

Jaciane Santos Marques, Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Comunidade, UESPI

Marilyse de oliveira Meneses, Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Comunidade, UESPI

Socorro Adriana de Sousa Meneses Brandão, Doutoranda em Enfermagem, docente da Universidade Estadual do Piauí, UESPI

Samira Rêgo Martins de Deus Leal, Enfermeira, Doutora em Farmacologia, docente da Universidade Estadual do Piauí, UESPI

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens, dada a sua significância no quadro de morbimortalidade masculina, faz-se necessário investir em ações de educação em saúde que proporcionem ao indivíduo a manutenção e a promoção da sua saúde. Este artigo tem como objetivo: Apresentar as vivências de enfermeiras residentes sobre as ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do câncer de próstata. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Este relato é fruto de um processo de vivências e reflexões críticas sobre as ações de educação em saúde voltadas para a temática do Câncer de Próstata realizadas no mês de novembro no ano de 2018 por enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí. As ações foram realizadas em praça pública, eventos científicos, rodas de conversa em uma cooperativa de táxi e salas de espera de unidades básicas de saúde. **Resultados e discussão:** Para a operacionalização das atividades de educação em saúde, as residentes a dividiram em momentos: Acolhimento, desenvolvimento da temática e finalização, com o intuito de tornar as atividades mais didáticas e facilitar a interação dos participantes. À vista disso, por meio das rodas de conversa foi possível partilhar informações, proporcionar espaço para relatos de homens já acometidos pelo câncer de próstata e de mulheres que vivenciaram a experiência como cuidadoras, além de dirimir dúvidas e pré-conceitos, principalmente as relacionadas às questões relativas à vida sexual do homem durante e após o tratamento, bem como a realização do exame de toque retal. **Conclusão:** As ações de educação em saúde são estratégias que facilitam a sensibilização dos homens para a importância do cuidado e para aproximar e fortalecer o vínculo entre estes e os profissionais de saúde, favorecendo assim, a inserção dos homens nos serviços de Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Próstata; Prevenção; Atenção Primária.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) organiza-se por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a oferta de ações e serviços para a prevenção de doenças e promoção à saúde. Contudo, estas instituições, caracterizadas como lugar de primeiro acesso do usuário à rede atenção à saúde e coordenadora do cuidado, enfrentam desafios para a prestação da assistência integral à saúde, a exemplo da resistência dos homens em frequentar esses espaços, apesar de a eles ser atribuída elevada morbimortalidade (ARANTES, SHIMIZU, MERCHÁN- HAMANN; 2016; PEREIRA et al., 2015).

Desta maneira, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) dispõe-se a qualificar a assistência à saúde do homem e habilitar a APS para que esta seja resolutiva e seu foco não seja apenas curativista. Dessa maneira, visa diminuir a busca imediata pelos serviços especializados, de modo a reduzir a morbimortalidade entre os homens (BRASIL a, 2008).

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) foram estimados 61.200 novos casos em 2016/2017 no Brasil, constituindo o tipo de câncer mais incidente nos homens em todas as regiões do país (BRASIL b, 2015; DE MENDONÇA AZEVEDO, 2017). Este câncer tem um crescimento silencioso e progressivo e apresenta como fatores determinantes para o seu desenvolvimento a idade igual ou superior a 65 anos, fatores hereditários e homens da raça negra (MODESTO et al., 2018).

Por meio do surgimento e da influência das políticas públicas direcionadas para o cuidado da saúde masculina é possível perceber um avanço acerca da visão do homem e da sociedade quanto a ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (BRASIL b; 2015). Deste modo, a Campanha Novembro Azul, considerada um período especial de atenção integral a saúde masculina, é vista como uma forma de chamar a atenção e sensibilizar os homens quanto à importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de próstata (ZACCHI et al., 2014).

Diante das considerações expostas sobre o câncer de próstata e por este ser reconhecido como um problema de saúde pública, dada a sua significância no quadro de morbimortalidade masculina, faz-se necessário investir em ações de educação em saúde, pois



estas proporcionam ao indivíduo manutenção e promoção da sua saúde e não somente transmitem informações, o que induz também o sujeito a buscar autonomia em relação a sua saúde (SILVA et al., 2016).

À vista disso, as ações de educação em saúde pautadas no uso de metodologias ativas estimulam processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. Este método facilita também a aprendizagem graças à imersão de cenários bastante próximos da realidade, o que leva ao ouvinte a refletir sobre as situações, estimulando-o a pensar e desenvolver novos conhecimentos (DIAS et al., 2017).

O interesse em realizar ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do câncer de próstata se dá pelo alto índice de prevalência deste câncer nos homens e da relevância dessa temática no mês de novembro, bem como da necessidade de inserir a população masculina nessas ações, sendo que esse grupo ainda carrega um paradigma cultural que dificulta o autocuidado, tornando-os suscetíveis a doenças.

Acredita-se que as ações de educação em saúde voltadas para o público masculino poderão, além de propagar informações sobre a temática do câncer de próstata, sensibilizar os homens a procurar pelos serviços de saúde, não apenas para o tratamento de doenças, mas também de forma preventiva. Além disso, espera-se que esse artigo possa contribuir na prática profissional de enfermeiros com vistas a atender e incluir a população masculina nas ações de educação em saúde nos serviços de saúde.

Logo, objetiva-se apresentar o relato de experiência realizado por enfermeiras residentes sobre as ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do câncer de próstata.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo que advém de um relato de experiência. O relato foi vivenciado por enfermeiras residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), fruto de um processo de vivências e reflexões críticas sobre as ações de educação em saúde voltadas para a temática do Câncer de Próstata realizadas no mês de novembro no ano de 2018.

As Residências Multiprofissionais são programas de pós-graduação *latu-senso* que objetivam proporcionar uma formação específica com vistas a instituir profissionais com perfil para modificar práticas e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento



da saúde no âmbito da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da formação em serviço (DIAS et al., 2017).

Deste modo, a RMSFC tem como premissa básica a prática multiprofissional e interdisciplinar no âmbito da Estratégia Saúde da família, tendo como objetivo principal aperfeiçoar as mais diversas categorias profissionais, para que estes obtenham competências sociais, políticas, técnicas e humanas para atuarem conforme os princípios e diretrizes do SUS na perspectiva da promoção da saúde.

No mês de novembro, as ações de educação em saúde foram desenvolvidas nos seguintes espaços: Em um evento multiprofissional de feira científica localizado em uma praça pública no centro da cidade de Teresina- PI promovido pela UESPI na qual as enfermeiras residentes encontram-se vinculadas. Neste evento as enfermeiras possuíam uma tenda em que abordavam sobre a prevenção do câncer de próstata para os homens que circulavam no evento por meio de material informativo como banner e folders; além disso, ocorreram ações de educação em saúde através de rodas de conversas com trabalhadores de um hospital público e com trabalhadores de uma cooperativa de táxi , respectivamente, com um público total de 40 homens.

Ainda no mês de novembro, realizou-se uma sala de espera na Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual encontra-se vinculada à Residência Multiprofissional, enquanto a população aguardava o seu atendimento. Do mesmo modo, desenvolveu-se uma ação de educação em saúde em uma UBS localizada no município de José de Freitas -PI para 35 homens captados por agentes comunitários de saúde da UBS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a operacionalização das atividades de educação em saúde, as residentes a dividiram em momentos: Acolhimento, desenvolvimento da temática e finalização com o intuito de tornar as atividades mais didáticas e facilitar interação dos participantes. Como acolhimento, fizeram uso de dinâmicas de apresentação dos participantes, com o propósito de proporcionar um momento inicial de descontração e construção de vínculos.

Para o desenvolvimento da temática utilizou-se um banner contendo informações sobre o câncer de próstata, como definição, dados de mortalidade do câncer no Brasil e no mundo, formas de diagnóstico, medidas de prevenção e tratamento. Além disso, foram



utilizadas imagens ilustrativas sobre o aparelho reprodutor e urinário masculino, comparação de tamanho entre a próstata saudável e a próstata com alterações, estágios do câncer de próstata e exame do toque retal. Desta maneira, os tópicos abordados voltaram-se para anatomia da próstata, definição do câncer de próstata, sinais e sintomas, formas de diagnóstico, estágios do câncer de próstata, tratamento, fatores de risco e prevenção.

Como finalização das ações, os participantes eram convidados a testarem seus aprendizados por meio da utilização da “dinâmica dos mitos e verdades”, na qual as residentes facilitadoras distribuíram para os participantes envelopes contendo frases que remetiam ao conhecimento compartilhado.

As informações presentes nos envelopes abrangiam o exame de toque retal: “O exame de toque retal não é necessário se o homem realizar o exame PSA”; a vida sexual do homem após o tratamento do câncer de próstata: “O câncer de próstata acabará com a vida sexual do homem”; a faixa etária acometida: “O câncer de próstata afeta apenas homens idosos”; o histórico familiar da patologia: “Não existe histórico de câncer de próstata na minha família, logo minhas chances de ter a doença são mínimas” e o exame PSA: “O exame PSA é específico para diagnosticar o câncer”. Em seguida, os participantes eram convidados a discorrer sobre a afirmação utilizando as placas de Mitos ou Verdades.

Em todas as atividades, houve cooperação dos participantes ao interagirem de forma descontraída ao compartilharem experiências, informações e dúvidas com as enfermeiras residentes facilitadoras das ações. Outra pesquisa (DA SILVA et al., 2014), semelhante a esta, realizada no âmbito da Estratégia Saúde da Família no interior do Rio Grande do Sul destacou que embora inicialmente os participantes tenham demonstrado timidez e insegurança, ao decorrer das atividades, mostraram-se confiantes e participativos.

Á vista disso, por meio das rodas de conversas foi possível partilhar informações, proporcionar espaço para relatos de homens já acometidos pelo câncer de próstata e de mulheres que vivenciaram a experiência como cuidadoras diante dessa patologia, além de dirimir dúvidas e pré-conceitos, principalmente no que tange às questões relativas à vida sexual do homem durante e após o tratamento e a realização do exame de toque retal.

Nesse sentido, a captação desta clientela a partir da atenção básica representa um importante mecanismo para o acolhimento, a triagem e a detecção de patologias e/ou



necessidades, contribuindo para a diminuição do fluxo de homens na rede hospitalar, decorrentes de agravos crônicos (MOREIRA, CARVALHO; 2014).

Nesse contexto, a roda de conversa é, no âmbito da pesquisa narrativa, uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo (MOURA, LIMA; 2015)

Acredita-se que toda e qualquer ação proposta com a intenção de ensinar deve ser pensada na perspectiva daqueles que dela participarão, os quais deverão apreciá-la. Desse modo, o planejamento e a organização de situações de aprendizagem deverão ser focados nas atividades de quem a recebe, pois o principal objetivo da ação educativa é a transmissão de conhecimento (DIESEL, BALDEZ, MARTINS; 2017).

Mediante isto, ao referir-se à educação como um processo que não é realizado por outrem, ou pelo próprio sujeito, mas que se realiza na interação entre sujeitos históricos por meio de suas palavras, ações e reflexões (FREIRE, 2015), emanaram das atividades diversas questões relacionadas ao câncer de próstata, dentre as quais algumas merecem destaque.

No que tange ao conhecimento acerca dos fatores de risco, diagnóstico, tratamento e medidas preventivas contra o câncer de próstata, notou-se que os participantes possuíam um conhecimento superficial acerca dos mesmos. Quando questionados a respeito do que viria a ser a próstata, sua função e localização verificaram-se o desconhecimento de sua localização, e quanto à função, os mesmos afirmaram que a próstata não possuía funções, sendo segundo eles dispensável ao homem.

Dessa maneira, o enfermeiro não deve perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações cotidianas da assistência de enfermagem, na perspectiva da promoção da saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre as patologias, fatores de risco e medidas de prevenção, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (NASCIMENTO et al., 2018).



Quando questionados sobre o reconhecimento dos sintomas característicos, os participantes relataram predominantemente dor e dificuldade ao urinar, assim como em pesquisa realizada com 30 homens, na cidade de João Pessoa- Pernambuco, aonde 40% destacaram os mesmos sintomas acima citados, demonstrando a escassez e/ou limitação de informações (DE SOUZA RIBEIRO et al., 2015). Percebe-se ainda que o conhecimento a respeito dos sinais e sintomas ainda é insuficiente o que contribui para que o câncer de próstata seja um problema de saúde pública (OLIVEIRA et al., 2019).

Concernente aos fatores de risco, os participantes destacaram como principais o sedentarismo, a obesidade, a hereditariedade, o alcoolismo e o tabagismo revelando, portanto a necessidade de atividades de educação em saúde que os levem a conhecer os fatores de risco e a refletir sobre a necessidade de mudanças positivas nos hábitos de vida, já que os fatores extrínsecos são os únicos que podem ser alterados pelo protagonismo ativo da população masculina (BACELAR JÚNIOR et al., 2015).

No que diz respeito às medidas preventivas, observou-se que uma pequena parcela afirmou nunca ter realizado nenhum exame de rastreamento, e dentre os que já haviam realizado prevaleceu como exame de primeira escolha para a detecção de alterações prostáticas, a dosagem do antígeno prostático específico (PSA), notando-se ainda que os mesmos desconhecem a associação do toque retal e do PSA como medida preventiva. Segundo estudo realizado objetivando analisar o autoconhecimento de militares do sexo masculino sobre o câncer de próstata, destaca-se como motivos da não realização do exame de toque retal, o medo (45%), a vergonha (35%), a falta de tempo (12%) e preconceito (8%) (DE MESQUITA et al., 2018).

Nesse ínterim, quando se trata do toque retal, a adoção dessa conduta preventiva é bloqueada pelo preconceito e pelo déficit de educação sanitária da população, por isso, acredita-se que o conhecimento sobre a importância desse exame possa sensibilizar os homens a realizá-lo e a repeti-lo sem restrição (DE SOUZA RIBEIRO et al., 2015), fato que vem corroborar com o presente estudo o qual evidenciou que entre os homens sobressaem-se informações pré- concebidas, fruto de uma relação de gênero que gera estigmas e tabus, sobretudo no que diz respeito a sua masculinidade e virilidade.

Cabe aos profissionais de saúde o papel de intervir e contribuir junto a esse grave problema que afeta a população masculina. O enfermeiro deve ser atuante, tendo liderança



para criar e buscar novas formas de sensibilizar e trazer os homens para os serviços de saúde, criando neles o respeito pela saúde e despertando o amor próprio de cada um. O estigma atribuído ao homem de culturalmente não buscar os serviços de saúde por descaso, preconceito, vergonha, machismo e medo, só será mudado quando os mesmos forem tomados de conhecimentos reais sobre os agravos que o câncer de próstata pode causar em suas vidas, quebrando barreiras culturais alicerçadas há tempos em nossa sociedade (SILVA, NASCIMENTO; 2017).

Ressalta-se ainda a importância de implementação de ações e intervenções que favoreçam a construção e fortalecimento de políticas públicas e serviços contextualizados com a realidade e as expectativas masculinas. Dessa forma, entendemos ser possível atrair e manter esse público ainda hoje visto como afastado e difícil visando transformar suas práticas de cuidado esporádicas/emergenciais em uma rotina de atenção a si mesmo (CORTEZ, TRINDADE, MENANDRO; 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o mês de novembro com as ações de educação em saúde voltada para o público masculino percebeu-se que atividades como estas permitiram a análise das percepções dos participantes sobre a temática do câncer de próstata, de forma que revelou dúvidas recorrentes, bem como desmistificou questões acerca do assunto por meio de evidências científicas. Destaca-se ainda que essas ações são estratégias que facilitam a sensibilização dos homens para a importância do cuidado e para aproximar e fortalecer o vínculo entre estes e os profissionais de saúde, favorecendo assim, a inserção dos homens nos serviços de Atenção Básica.

Ressalta-se a importância de profissionais de saúde apreenderem-se de metodologias ativas em suas práticas educativas, práticas estas que estimulam a participação ativa dos usuários de saúde, visto que essas estratégias proporcionam maior vínculo com os participantes facilitando a desconstrução e consequente ressignificação de saberes já adquiridos, culminando na interferência positiva na qualidade de vida dos participantes.

REFERENCIAS

ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016.



DE MENDONÇA AZEVEDO, I. Percepções Sobre Novembro Azul com Foco na Saúde Mental: Intervenção junto a uma Escola de Vigilantes. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 33, p. 207-218, 2017.

BACELAR JUNIOR, A. J. et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **Braz J Surg Clin Res**, v. 10, n. 3, 2015.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes, Brasília, p. 40, 2008.

CORTEZ, M.B; TRINDADE, Z.A; MENANDRO, M.C.S. Racionalidade e sofrimento: homens e práticas de autocuidado em saúde. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 556-566, 2017.

DIAS, I.MA.V. et al. A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. ág. 215-227, 2016.

DIESEL, A.; BALDEZ, A.L.S.; MARTINS, S.N. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

FREIRE P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa. 51ªed. Rio de Janeiro: **Paz e terra**, 2015.

BRASIL b. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância-Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**, p. 126. Rio de Janeiro, 2015.

DE MESQUITA, João Victor Marques et al. O auto conhecimento dos militares do sexo masculino sobre o câncer de próstata no município de Floriano-PI. **Revista da FAESF**, v. 2, n. 1, 2018.

MODESTO, A.A.D. et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface (Botucatu) [online]**, vol.22, n.64, pp.251-262, 2018.

MOREIRA, M.A.; CARVALHO, C.N. Atenção Integral à Saúde do Homem: Estratégias utilizadas por Enfermeiras (os) nas Unidades de Saúde da Família do interior da Bahia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 3, p. 121-132, 2016.

MOURA, A.F; LIMA, M.G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Universidade Federal da Paraíba. Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p. 95, 2014.

NASCIMENTO, I.M. et al. A Saúde do Homem: Um estudo reflexivo na ótica das ações de promoção à saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 41-46, 2018.

OLIVEIRA, P.S.D. et al. Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Enfermería Global**, v. 18, n. 2, p. 250-284, 2019.



PEREIRA, M.M.M. et al. Saúde do homem na atenção básica: análise acerca do perfil e agravos à saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 440-447, 2015.

DE SOUZA RIBEIRO, L. et al. Conhecimento de homens acerca da prevenção do câncer de próstata. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 4-10, 2015.

DA SILVA, A.N. et al. PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Revista Em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 82-88, 2014.

SILVA, E.A. L. et al. Promoção à saúde do homem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **Revista de APS**, v. 19, n. 4, 2016.

SILVA J.S, NASCIMENTO L.P. Fatores culturais associados a não adesão aos exames preventivos de Câncer de Próstata em Parintins. [monografia]. **Amazonas: Universidade do Estado do Amazonas**, p.30, 2017.

ZACCHI, S.R et al. Associação de variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento inicial em homens com câncer de próstata. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 93-100, 2014.



CAPÍTULO 5

AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Tavares Gomes, Enfermeira, UFPI

Daniella Leal de Carvalho, Enfermeira, UFPI

Márcia Teles de Oliveira Gouveia, Enfermeira, Doutora em ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Docente do curso Bacharelado em Enfermagem, UFPI

RESUMO

Introdução: A dor é, atualmente, definida como o quinto sinal vital, e seu controle é essencial para a assistência integral ao paciente. Com foco na melhoria dessa assistência, indicadores e medidas que buscam avaliar a qualidade dos serviços prestado estão sendo estudados e aplicados, a exemplo da avaliação e o gerenciamento da dor. A presente pesquisa objetivou analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a escala FLACC.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos meses de novembro de 2018 a abril de 2019. A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PUBMED, MEDLINE e LILACS. Foram incluídos na busca: artigos científicos disponíveis na íntegra no período de 2008 a 2018, voltados ao objeto de estudo, publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol e aplicados à população infantil e à adolescentes. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foi possível selecionar 12 publicações para compor a amostra final do estudo. **Resultados e discussão:** Os artigos foram sintetizados em duas categorias. Na primeira foram agrupados os artigos que justificaram a utilização da escala FLACC e/ou descrevem o procedimento para sua aplicação, bem como abordaram a indicação de uso e aspectos referentes à sua eficácia. Os artigos sintetizados na segunda categoria não descreveram ou justificaram sua aplicação, porém trazem informações sobre em quais situações a escala foi aplicada. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a escala FLACC demonstra eficácia na sua utilização por ser um instrumento válido, confiável, de fácil aplicação. Sendo sua aplicação relevante para a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Escala FLACC; Criança; Adolescentes.

INTRODUÇÃO

A dor é, atualmente, um critério obrigatório para avaliação de pacientes, por se tratar de um sintoma prevalente no decurso da maioria das doenças agudas e crônicas. A inclusão da dor como 5º sinal vital, com apropriado registro e conseqüente intervenção, assegura que todos os pacientes, incluindo os terminais, tenham acesso a medidas eficazes para seu



controle (ARAÚJO, ROMERO; 2015). Quando não tratada, a dor, influencia de forma negativa a evolução clínica do paciente, acarretando alterações cardiovasculares, imunológicas, trombolíticas, psicológicas, sociais, alterações do sono ou a sua própria cronificação (SILVA, DIXE; 2013).

O seu controle é, portanto, essencial para a assistência integral ao paciente. Com foco na melhoria dessa assistência, indicadores e medidas que buscam avaliar a qualidade dos serviços prestados estão cada vez mais sendo desenvolvidos e aplicados, a exemplo da avaliação e o gerenciamento da dor. Assim, tem-se que avaliação da dor e o registro sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realizem os ajustes necessários ao tratamento (ARAÚJO, ROMERO; 2015).

No entanto, as dificuldades das equipes em perceber a extensão da dor nos pacientes é um ponto crítico para o controle algíco. O conhecimento limitado em relação à identificação e mensuração, associado à baixa adesão dos gestores das instituições de saúde à avaliação da dor como quinto sinal vital, perpetuam o sofrimento desnecessário e a diminuição da qualidade de vidas das pessoas em estados dolorosos agudos e crônicos (KIPEL, FRANCO, MULLER; 2015).

Os pacientes acometidos por processos dolorosos, tratados por equipes de Enfermagem capacitadas e dotadas de ferramentas que os auxiliem na avaliação e opção pela analgesia mais adequada para cada indivíduo, apresentam melhor alívio da dor em comparação a pacientes atendidos por equipes sem treinamentos e ferramentas de auxílio. Sendo assim é justificada a aplicação de um instrumento adequado de avaliação de dor em crianças e adolescentes por profissionais de enfermagem, com vistas à qualificação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e aprimoramento da qualidade da assistência prestada (SEDRES, MONTEIRO; 2020).

Diante do exposto este artigo tem como objetivo avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a escala *Face, legs, activity, cry, consolability* (Escala FLACC) no período de 2008 a 2018.



METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, metodologia cuja proposta combina “dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Assim, pode-se identificar lacunas de conhecimento, levantar o conhecimento já produzido e indicar prioridades para futuros estudos, ou seja, é uma “metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (DE SOUZA, DA SILVA, DE CARVALHO; 2010).

Utilizou-se a estratégia PICO para elaborar a questão norteadora deste estudo, uma vez que ela propicia uma busca acurada das evidências científicas relacionadas ao objeto. PICO é um acrônimo onde a letra P (population) indica a população, a letra I (intervention) está relacionada à intervenção, a letra C (comparison) diz respeito a comparação e a letra O (outcome) são os desfechos esperados (SANTOS, PIMENTA, NOBRE; 2007).

Neste sentido, para este estudo o acrônimo determinado foi: P – crianças e adolescentes, I – aplicação da escala FLACC, C – não se aplica, O – resultados encontrados nos estudos com a aplicação da escala. Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a escala de dor *Face, legs, activity, cry, consolability* (FLACC)?

A coleta de dados deu-se entre os meses de novembro de 2018 a abril de 2019 na base de dados *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed). Após a aplicação dos critérios de inclusão, sucedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados. Essa leitura prévia objetivou a exclusão de publicações que não se enquadrassem na questão norteadora proposta pela pesquisa, artigos não disponíveis gratuitamente por meio das plataformas e artigos repetidos. Nesse contexto, foi possível selecionar 12 publicações para compor a amostra final.

Para a obtenção dos artigos selecionados foram aplicados os descritores FLACC *scale* e *child*, em seguida, aplicou-se os descritores FLACC *scale* e *teenagers*. Os filtros utilizados foram: últimos 10 anos, texto completo grátis e idiomas inglês, espanhol e português.

A análise dos artigos foi realizada da seguinte forma: identificação do artigo original,



das características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico e dos resultados encontrados e conclusão quanto ao uso da escala FLACC. Outros dados extraídos dos artigos foram a revista na qual foi publicado, o ano de publicação, autores, local da pesquisa, faixa etária dos participantes da pesquisa, objetivo do estudo e escalas citadas no artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 estudos incluídos na revisão integrativa, verificou-se que todos foram publicados no idioma inglês (n=13). Em relação aos periódicos, obtiveram destaque as revistas *PainResearchand Management* (n=2) e *PediatricRheumatology* (n=2). Dos artigos selecionados, 1 foi publicado no ano de 2013, 5 no ano de 2014, 5 em 2015 e 2 no ano 2016.

Quanto ao país de origem das pesquisas, 4 artigos foram realizados na Ásia (1 na Arábia Saudita, 2 na Índia e 1 no Paquistão) e 3 estudos na América do Norte (2 nos EUA e 1 no Canadá). Na Europa foram publicados 3 artigos (1 na Holanda, 1 na Itália e 1 na França), 2 na Oceania (1 na Nova Zelândia e 1 na Austrália) e no Continente Africano somente 1 publicação foi encontrada, sendo está desenvolvida no Egito.

Com relação à abordagem metodológica, os seguintes métodos foram encontrados nos artigos selecionados: Ensaio clínico randomizado duplo cego (4), estudo experimental (5), prospectivo (6), descritivo (1), observacional (1) e artigo de opinião crítica (1). Ressalta-se que em diversos artigos mais de uma abordagem metodológica foi desenvolvida.

Pode-se verificar que 5 das publicações utilizaram somente a escala FLACC, e as demais aplicaram concomitantemente outras escalas para avaliação da dor, a exemplo da *Faces PainScale - Revised* (FPS- R), *Visual AnalogScale* (VAS) e *Children's Hospital ofEastern Ontario PainScale* (CHEOPS).

A faixa etária dos participantes das pesquisas variou de lactentes a adolescentes. Cinco estudos contaram com a participação de lactentes (0 a 2 anos de idade), dez com pré-escolares (2 a 4 anos de idade), dez com escolares (5 a 10 anos de idade) e sete estudos aplicaram as escalas de dor à adolescentes.

Os artigos selecionados para análise foram agrupados em duas categorias. Na categoria 1 estão agrupados 7 (sete) estudos que justificam a utilização da escala FLACC e ou descrevem o procedimento para sua aplicação, bem como incluíram evidências científicas sobre esta. Na categoria 2, com 6 (seis) publicações, estão sintetizados os artigos que



utilizaram a escala FLACC em seus estudos, porém não a descrevem ou justificaram sua utilização, limitando-se a expor situações clínicas nas quais foi utilizada.

A seguir, as categorias encontradas são discutidas.

Procedimentos, indicações de uso e avaliação da eficácia da aplicação da escala FLACC

As principais informações abordadas pelos estudos nesta categoria versaram sobre como a escala deve ser aplicada e em quais situações ela é selecionada como instrumento para avaliação da dor em crianças e adolescentes, além de confirmarem a eficácia do seu uso em diferentes situações clínicas.

Em estudo prospectivo realizado em três centros de reumatologia pediátrica com o objetivo de avaliar o nível de dor associada a diferentes métodos anestésicos, os autores relataram que a Escala FLACC foi utilizada em pacientes não verbais, sendo obtidos resultados em todas as crianças avaliadas, independentemente da idade. Esclarecem ainda que a FLACC é uma escala de dor observacional, classificada em 5 parâmetros, os quais variam em uma escala de 0 (sem dor/ criança confortável) a 10 pontos (pior dor), indicada prioritariamente para crianças pequenas ou sedadas e que esta complementa as escalas de dor de autorrelato (WEISS et al., 2015).

As classificações dos níveis de dor também foram descritas em um estudo prospectivo, descritivo e observacional realizado com crianças submetidas a cirurgias eletivas em que diversas escalas foram aplicadas e avaliadas por profissionais enfermeiros e médicos. Neste estudo, foi realizada uma avaliação de forma independente pelos observadores para quatro escalas aos 15 minutos da chegada da criança ou adolescente à unidade, e novamente após 60 minutos. Sendo a escala FLACC a escolha preferencial para aplicação em crianças não verbais ou pré-verbais (SHAMIM, ULLAH, KHAN; 2015).

Também referente à percepção de enfermeiras quanto ao uso de duas escalas de avaliação para dor, um estudo descreve o processo de implementação da avaliação para crianças com deficiência intelectual em uma unidade pós-cirúrgica, de trauma e de reabilitação. Durante um período de 4 meses, 30 crianças foram elegíveis para inclusão na pesquisa. A maioria das enfermeiras participantes (93%) preferiu utilizar a escala FLACC do que a *Escala Pediatric Pain Profile- PPP*, por ser de fácil aplicação e não incomodar a criança



durante a avaliação (VALKENBURG et al., 2015).

Em estudo prospectivo, randomizado, controlado e duplo cego realizado em um hospital de referência pediátrica com o objetivo de comparar a eficácia analgésica de um spray de narcose de lignocaína/fenilefrina durante a inserção de sonda nasogástrica (SNG), a Escala FLACC foi escolhida como ferramenta primária da avaliação de dor. Nesta publicação, os autores justificam a escolha da escala afirmando que esta foi originalmente projetada para avaliar a dor pós-operatória em crianças pequenas e tem sido recomendada em várias revisões como uma pontuação de dor processual para crianças pré-verbais e verbais precoce (CRAIG et al., 2014).

Em uma investigação de coorte prospectivo realizado com pacientes com idade entre 4 e 17 anos com doenças reumatológicas que receberam injeções semanais de metotrexato subcutâneo com o objetivo de quantificar a quantidade de dor associada a injeções subcutâneas de metotrexato, a escala FLACC foi uma das selecionadas, segundo os autores, por ser válida e confiável para crianças de 4 a 18 anos, faixa etária dos participantes da pesquisa (BECHARD et al., 2014).

Em uma pesquisa experimental realizado com crianças admitidas na enfermaria pediátrica de um hospital com o objetivo de avaliar e comparar o efeito analgésico durante o procedimento de punção venosa, aplicou-se a escala FLACC para mensuração da dor durante o procedimento. Os autores consideraram seu uso essencial na comparação da dor entre dois grupos, comprovando sua eficácia na aplicação em dois diferentes momentos (um grupo de crianças estava acompanhado por um membro da família durante a punção venosa e outro grupo de crianças foi apresentado à intervenção de distração de animação durante o procedimento (GRUPTA et al., 2014).

Aplicações clínicas da escala FLACC

A segunda categoria também foi composta por 6 (seis) artigos, sendo caracterizada pela inclusão de publicações de diferentes métodos científicos e intervenções, sendo descritas a seguir as situações clínicas em que a dor foi mensurada pela escala FLACC, concomitantemente ou não com outra escala observacional ou de autorrelato:

Aplicação da escala com o objetivo de identificar se a adição da substância dextrometorfanopêde diminuir os requisitos do fentanil para controlar a dor em pacientes



pediátricos em uma Unidade Tratamento Intensivo (UTI) (NAEEM et al., 2016); Avaliação da eficácia dos desenhos como medida projetiva de dor e angústia em crianças submetidas a extrações dentárias em dois momentos (após a conclusão da administração anestésica local e após extração dentária) (PALA, NUVVULA, KAMATHAM; 2016); e avaliação do efeito da escuta musical no pós-operatório em crianças submetidas à cirurgia, no qual a frequência cardíaca, a pressão arterial, a saturação de oxigênio, os níveis de glicose e cortisol e a escala FLACC foram considerados como indicadores de resposta ao estresse e à experiência de dor (CALCATERRA et al., 2014).

Outros estudos verificaram:

A comparação de duas técnicas de aplicação de injeções de toxina botulínica em participantes com menos de 18 anos com dois meios de avaliação da dor: a escala analógica visual (VAS) e a Escala FLACC (BAYON-MOTTU et al., 2014); Investigação do efeito da adição de dexmedetomidina a 0,25% de bupivacaína para analgesia caudal em crianças submetidas a cirurgia de câncer abdominal maior, no qual a dor foi avaliada no pós-operatório imediato e nas horas 2, 4, 6, 12, 18 e 24 do período pós-operatório por meio da Escala FLACC (FARES, OTHMAN, ALIELDINN; 2014); e aplicação da escala em crianças submetidas a cirurgia craniana de câncer, epilepsia, malformações vasculares e reconstrução craniofacial, cujos pacientes foram avaliados diariamente por um investigador do estudo e analisou-se por gráfico a pontuação de dor usando ferramentas apropriadas para idade, já validadas, entre elas a escala FLACC (MAXWELL et al., 2014).

Pode-se perceber que a escala FLACC é então aplicável em diferentes tipos de pesquisa, como os ensaios clínicos randomizados, estudos experimentais, prospectivos, descritivos e observacionais, com o objetivo geral de avaliar a dor em uma população de determinada faixa etária. Assim, podemos afirmar que a escala FLACC é um instrumento útil, válido e confiável em diferentes estudos por se tratar de uma escala já validada e aplicada em diversos estudos em diferentes países, seja sozinha ou aplicada juntamente com outras escalas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados dos estudos primários incluídos nesta revisão integrativa infere-se que a escala de avaliação da dor FLACC demonstra eficácia na sua utilização, por ser um instrumento válido, confiável, de fácil aplicação, e ser a escala de preferência pelos



profissionais da saúde para mensurar a dor de crianças, especialmente às menores.

Em relação às implicações para a prática profissional, os resultados evidenciados indicam que a escala pode ser utilizada frente à diversas situações clínicas que tenham como objetivos gerais avaliar o efeito de determinados métodos, farmacológicos ou não farmacológicos.

Destaca-se ainda, a relevância da mensuração da dor como quinto sinal vital, por meio de escalas já validadas e adaptadas para a faixa etária, no tocante à qualificação da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), promovendo consequente aprimoramento da assistência de enfermagem prestada aos pacientes pediátricos e adolescentes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L.C.D; ROMERO, B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. **Rev. dor**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 291-296, 2015. DOI: [10.5935/1806-0013.20150060](https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150060). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400291&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de setembro de 2020.

BAYON-MOTTU, M. et al. Pain during injections of botulinum toxin in children: Influence of the localization technique. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 57, n. 9-10, p. 578-586, 2014. DOI: [10.1016/j.rehab.2014.09.010](https://doi.org/10.1016/j.rehab.2014.09.010). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877065714017965>. Acesso em: 6 de abril de 2019.

BECHARD, M.A et al. Procedural pain and patient-reported side effects with weekly injections of subcutaneous Methotrexate in children with rheumatic disorders. **Pediatric Rheumatology**, v. 12, n. 1, p. 54, 2014. DOI: [10.1186/1546-0096-12-54](https://doi.org/10.1186/1546-0096-12-54). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1546-0096-12-54>. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

CALCATERRA, V. et al. Music benefit on postoperative distress and pain in pediatric day care surgery. **Pediatric Reports**, v. 6, n. 3, 2014. DOI: [10.4081/pr.2014.5534](https://doi.org/10.4081/pr.2014.5534). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292057/>. Acesso em: 6 de abril de 2019.

CRAIG, S.S. et al. Lignocaine/phenylephrine nasal spray vs. placebo for the pain and distress of nasogastric tube insertion in children: a study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 1, p. 30, 2015. DOI: [10.1186/s13063-015-0547-y](https://doi.org/10.1186/s13063-015-0547-y). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-015-0547-y>. Acesso em: 13 de janeiro de 2019.



DE SOUZA, M. T.; DA SILVA, M. D.; DE CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&tlng=en. Acesso em: 15 de março de 2020.

FARES, K.A; OTHMAN, A.H; ALIELDIN, N. Efficacyandsafetyofdexametomidineaddedto caudal bupivacaine in pediatric major abdominal cancersurgery. **PainPhysician**, v. 17, p. 393-400, 2014.PMID: 25247897. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25247897>. Acesso em: 6 de abril de 2019.

GUPTA, H.V. et al. Comparisonbetweentheanalgesiceffectoftwotechniquesonthelevelofpainperceptionduringveni puncture in childrenupto 7 yearsof age: a quasi-experimental study. **Journalofclinicalanddiagnosticresearch: JCDR**, v. 8, n. 8, p. PC01, 2014. DOI: 10.7860/JCDR/2014/9731.4675. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190764/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2019.

KIPEL, A.G; FRANCO, S.C.; MULLER, L.A. Práticas de enfermagem no manuseio da dor em hospitais de um município de Santa Catarina. **Rev Dor**, v. 16, n. 3, p. 198-203, 2015.DOI: 10.5935/1806-0013.20150040. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0198.pdf. Acesso em: 20 de abril de 2019.

MAXWELL, L. G. et al. Pain management following major intracranialsurgery in pediatricpatients: a prospectivecohortstudy in threeacademicchildren'shospitals. **PediatricAnesthesia**, v. 24, n. 11, p. 1132-1140, 2014. DOI: 10.1111/pan.12489. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pan.12489>. Acesso em: 6 de abril de 2019.

NAEEM, M. et al. Effectof N-methyl-D-aspartate receptor antagonistdextromethorphanonopioid analgesia in pediatricintensivecareunit. **PainResearchand Management**, v. 2016, 2016. DOI: 10.1155/2016/1658172. Disponível em:<https://www.hindawi.com/journals/prm/2016/1658172/>. Acesso em: 5 de março de 2019.

PALA, S.P; NUVVULA, S.; KAMATHAM, R. Expression ofpainanddistress in childrenduring dental extractionsthroughdrawings as a projectivemeasure: a clinicalstudy. **World journalofclinicalpediatrics**, v. 5, n. 1, p. 102, 2016.

SANTOS, C.M.D.C; PIMENTA, C.A.D.M; NOBRE, M.R.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-511, 2007. DOI: 10.1590/S0104-11692007000300023. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf. Acesso em: 01 de março de 2019.

SEDREZ, E.D.S; MONTEIRO, J.K. Avaliação da dor em pediatria. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 73, supl. 4, e20190109, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0109. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600164&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de setembro de 2020.



SHAMIM, F; ULLAH, H; KHAN, F.A. Postoperative pain assessment using four behavioral scales in Pakistan children undergoing elective surgery. **Saudi journal of anaesthesia**, v. 9, n. 2, p. 174, 2015. DOI: [10.4103/1658-354X.152874](https://doi.org/10.4103/1658-354X.152874) Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4374223/> . Acesso em: 13 de janeiro de 2019.

SILVA, E.J.D.G.D.G.D; DIXE, M.D.A.C.R. Prevalência e características de dor em pacientes internados em hospital português. **Rev. dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 245-250, 2013. DOI: [10.1590/S1806-00132013000400003](https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000400003). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 de setembro de 2020

VALKENBURG, A.J. et al. Pain in intellectually disabled children: Toward evidence-based pharmacotherapy?. **Pediatric Drugs**, v. 17, n. 5, p. 339-348, 2015. DOI: [10.1007/s40272-015-0138-0](https://doi.org/10.1007/s40272-015-0138-0). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40272-015-0138-0>. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.

WEISS, J.E. et al. A randomized study of local anesthesia for pain control during intra-articular corticosteroid injection in children with arthritis. **Pediatric Rheumatology**, v. 13, n. 1, p. 36, 2015. DOI: [10.1186/s12969-015-0034-8](https://doi.org/10.1186/s12969-015-0034-8). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12969-015-0034-8>. Acesso em: 10 de dezembro de 2018.



CAPÍTULO 6

SEGURANÇA DO PACIENTE: MEDIDAS PRESTADAS NO CENTRO CIRÚRGICO

Allanna Stephany Cordeiro de Oliveira, Graduanda em Enfermagem, UNINASSAU -JP

Tatiane Maria da Silva, Graduanda em Enfermagem, UNINASSAU -JP

Werlidya Kácia Lopes Vieira, Graduanda em Enfermagem, UNINASSAU -JP

Byanca Silva Ribeiro, Graduanda em Enfermagem, UNINASSAU -JP

Allan Batista Silva, Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde, pela Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

INTRODUÇÃO: O centro cirúrgico é um ambiente muito propício a erros, dentre isso foi criado a segurança do paciente, para que assim diminuía os riscos de eventos adversos, promovendo um atendimento de qualidade. **OBJETIVO:** identificar as técnicas e medidas de enfrentamento tomadas por toda a equipe de saúde do centro cirúrgico para minimizar as fragilidades da equipe, erros e injúrias traumáticas além ressaltar o papel do enfermeiro como gestor de ações e medidas de qualidade dos cuidados em saúde, evidenciando a cultura de segurança do paciente. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de uma revisão da literatura do tipo integrativa sobre a segurança do paciente no centro cirúrgico. Realizou-se a etapa de coleta de dados no mês de março de 2020 na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no qual foi utilizado os descritores: “Centro cirúrgico” e “Segurança do paciente” e métodos de inclusão e exclusão de estudos. **RESULTADOS:** Constituíram-se 2 categorias de resultados, permitindo assim uma melhor apresentação das evidências científicas sobre segurança do paciente no centro cirúrgico, sendo elas: (1) Cultura de segurança e prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico; e (2) Desafios enfrentados na implementação do checklist no centro cirúrgico. **CONCLUSÃO:** Foi constatado que um dos principais problemas enfrentados no centro cirúrgico se dá pelo déficit na educação e no diálogo entre os profissionais do setor, como também a deficiência de qualificação e treinamento dos novos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente, Enfermagem, Bloco Cirúrgico.

INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar o centro cirúrgico é definido como área complexa e cenário de alto risco no qual requer de toda equipe de saúde a maior aplicabilidade das boas práticas em saúde, a fim de reduzir erros, possuindo características próprias de assistência em saúde atendendo variadas situações e procedimentos invasivos, podendo ser eles anestésicos-



cirúrgico, diagnósticos e terapêuticos, de caráter eletivo ou emergencial (GUTIERRES *et al.*, 2018)

Dessa forma, a temática segurança do paciente e as ações de qualidade nos serviços tem ganhado grande destaque na área da saúde, a fim de prevenir, reduzir eventos adversos (EA) e aperfeiçoar as boas práticas assistenciais e a segurança organizacional no processo de trabalho (BATISTA *et al.*, 2019).

Uma pesquisa realizada na Irlanda verificou a prevalência de eventos adversos foram de 12,2% no qual em mais de 70% foram julgados evitáveis. No que se refere ao Brasil, utilizando dados do Sistema Único de Saúde (SUS), mostraram que em 2015 ocorreram 31.774 incidentes no país, no qual, 93% dos casos ocorreram em âmbito hospitalar (ABREU *et al.*, 2019)

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou como estratégia na rotina do centro cirúrgico e da corresponsabilidade de todos os profissionais a utilização da ferramenta listas de verificação, um checklist composto por três checagens durante o período intraoperatório. Listagens estas que são usadas até o presente momento como estratégia de prevenir estes agravos e garantir a segurança do paciente (SOUZA *et al.*, 2016).

Além domais, para uma prestação de serviço qualificada, segura e centrada no paciente além dessas tecnologias e ferramentas de checagem que podem ser adaptadas as necessidades e a qualquer hospital, fica igualmente importante a comunicação segura, efetiva e a educação permanente da equipe de saúde, assim, reduzindo os erros, danos e eventos adversos (EA) (OLIVEIRA *et al.*, 2018)

Deste modo, a enfermagem desempenha importante papel na prestação de serviço qualificado, seguro, contínuo e centrado no paciente considerando suas crenças, valores e princípios éticos objetivando a melhor assistência em saúde. Cabendo ao profissional da enfermagem o papel de gestor no período transoperatório, fazendo-se presente em todas as etapas sendo considerado agente de segurança e mudanças na assistência a saúde (GUTIERRES *et al.*, 2018)

Nessa perspectiva, fica exposto a necessidade de melhorar a segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes, evitando assim riscos e eventos adversos evitáveis, promovendo um ambiente seguro para aqueles que necessitam das mais variadas cirurgias.



Desse modo, surgiu a seguinte questão norteadora: Com base na literatura científica, quais medidas estão sendo tomadas para segurança do paciente no centro cirúrgico?

Sendo assim, este estudo tem por finalidade identificar as técnicas e medidas de enfrentamento tomadas por toda a equipe de saúde do centro cirúrgico para minimizar as fragilidades da equipe, erros e injúrias traumáticas além ressaltar o papel do enfermeiro como gestor de ações e medidas de qualidade dos cuidados em saúde, evidenciando a cultura de segurança do paciente.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão da literatura do tipo integrativa sobre a segurança do paciente no centro cirúrgico. A metodologia de revisão integrativa é uma pesquisa no campo da Prática Baseada em Evidências (PBE), que abrange a publicação e sistematização dos resultados de uma pesquisa bibliográfica em saúde, tendo o propósito de ser útil na assistência à saúde, de maneira que fortaleça a importância da pesquisa acadêmica na prática clínica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Em que consiste em seis passos: reconhecimento do tema e escolha da hipótese ou questão norteadora da pesquisa para a produção da revisão; formação de critérios para exclusão e inclusão de amostragem/estudos ou pesquisa na literatura; delimitação das informações que serão retiradas dos estudos selecionados; verificação dos estudos incluídos na revisão integrativa; análise dos resultados; exposição da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A questão norteadora escolhida foi: Com base na literatura científica, quais medidas estão sendo tomadas para segurança do paciente no centro cirúrgico?

Logo após, realizou-se a etapa de coleta de dados realizada no mês de março de 2020 na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que possui mecanismo de busca nas bases da: Base de Dados em Enfermagem (BDENF), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Nesta base utilizaram-se os seguintes termos: “Centro cirúrgico” e “Segurança do paciente”. Salienta-se que estes termos foram obtidos por meio da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br). O operador booleano utilizado para compor a pesquisa foi o AND.



Foram efetuados como critério de elegibilidade: artigos completos, estudos disponíveis na íntegra on-line nas bases de dados em estudo, do tipo artigo, nos idiomas inglês e português e textos publicados no período dos últimos cinco anos (2015 à 2020). Foram excluídos os artigos que o título ou o resumo não atingiram o objetivo do estudo e os estudos repetidos.

Por fim, a etapa da avaliação dos artigos passou-se com a leitura dos títulos e resumos dos estudos observados em cada busca, onde foram excluídos os que não se enquadravam com o tema e aos critérios de inclusão. Os artigos com potencialidade para formar a amostra da revisão integrativa foram adquiridos e avaliados na íntegra, sendo assim inclusos apenas aqueles que contemplavam a proposta da revisão integrativa presente.

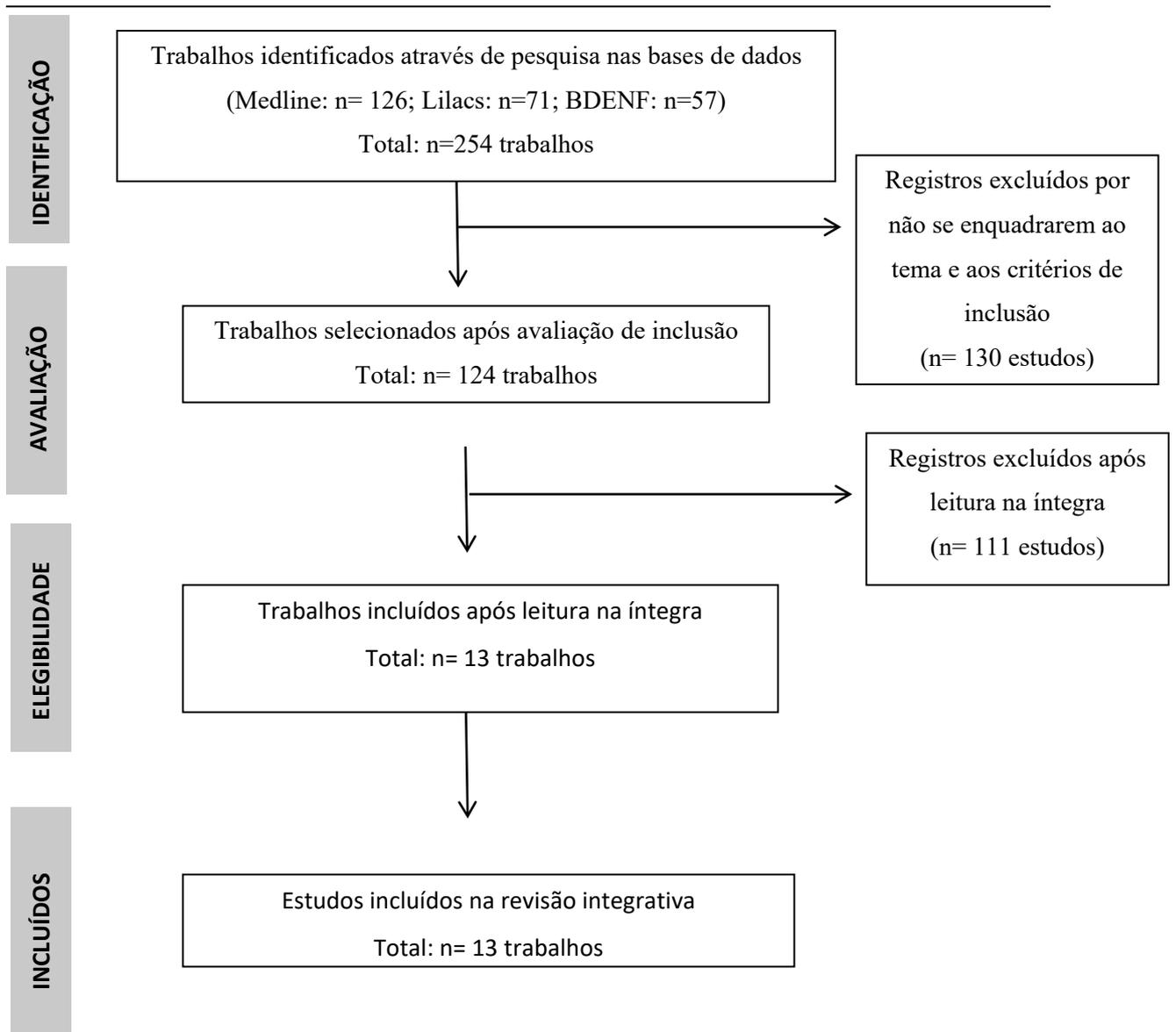
Desse modo, a amostra da presente revisão integrativa contou com 13 estudos. Com base nesses estudos foram levantados os seguintes dados: o título dos estudos; autores; periódicos; ano de publicação e objetivos. Ao final, os dados foram comparados e analisados.

RESULTADOS

Conforme os decritores usados nas bases de dados aqui examinadas, foram identificados 254 documentos. Logo após, foi executada a seleção dos documentos através dos seguintes critérios de inclusão: estudos disponíveis na íntegra, completos, publicados em português e inglês, do tipo artigo e textos publicados no período dos últimos 5 anos, resultando em 130 estudos inclusos. Além disso, foram utilizados critérios de exclusão: artigos que o título ou resumo que não atingiam o objetivo do estudo, artigos duplicados, retirando dessa forma 111 estudos. Sucedendo na amostra final de 13 artigos selecionado, como a figura 1 demonstra.



FIGURA 1. Amostra da quantidade de artigos encontrados e a relação da amostra da pesquisa.



FONTE: Própria, 2020.

No Quadro 1 estão expostos os artigos selecionados segundo informações extraídas dos mesmos.

QUADRO 1.Relação dos artigos selecionados.

COD	AUTOR (ANO)	TÍTULO	OBJETIVO	PERIODICO
E1	ABREU <i>et al.</i> (2019)	Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem	Analisar a cultura de segurança do paciente a partir da visão da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico	Rev. Gaucha Enferm
E2	ALMEIDA; RODRIGUES, (2019)	Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade	Avaliar a conformidade da execução da lista de verificação de segurança cirúrgica	Rev. Gaucha Enferm
E3	BATISTA <i>et al.</i> (2019)	Cultura de segurança e comunicação sobre erros cirúrgicos na perspectiva da equipe de saúde	Analisar a cultura de segurança do paciente em relação às dimensões relativas à comunicação e notificação de eventos na percepção da equipe de saúde.	Rev. Gaucha Enferm
E4	GOMES <i>et al.</i> (2019)	Contagem cirúrgica e segurança do paciente na perspectiva do circulante de sala operatória	Investigar a perspectiva do circulante de sala operatória sobre a	Rev. Sobecc



			contagem cirúrgica para a segurança dos pacientes.	
E5	ALMEIDA; RODRIGUES, (2018)	Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros	Analisar as evidências científicas acerca da frequência de checagem de itens da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros.	Rev Rene
E6	DIZORDI; STUMM (2018)	Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura	Avaliar atitudes de segurança da equipe multiprofissional, que atua em um centro cirúrgico de um hospital geral, sobre o clima de segurança do paciente antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura.	Rev enferm UFPE on line
E7	GUITIERRES <i>et al.</i> (2018)	Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros	Descrever as recomendações de enfermeiros para boas práticas de segurança do paciente em centro cirúrgico.	Rev Bras Enferm [Internet]



E8	OLIVEIRA <i>et al.</i> (2018)	Adesão do checklist cirúrgico à luz da cultura de segurança do paciente	Analisar a produção científica nacional e internacional sobre a adesão de checklist cirúrgico quanto à segurança do paciente	Rev. Sobecc
E9	RIEGUE; OLIVEIRA (2017)	Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico	O objetivo deste estudo foi refletir sobre o processo de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente no centro cirúrgico.	Cogitare Enferm
E10	GOMES <i>et al.</i> (2016)	Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico	Conhecer a percepção de profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico em relação à utilização do checklist cirúrgico..	Rev. Sobecc
E11	TOSTES <i>et al.</i> (2016)	Prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica como fator de segurança do paciente	Identificar a prática da profilaxia antimicrobiana cirúrgica adotada pelos profissionais atuantes em centro cirúrgico.	Rev. Sobecc
E12	SOUZA <i>et</i>	Aplicabilidade do checklist	Identificar a	Rev. Sobecc



	<i>al.</i> (2016)	de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares	aplicabilidade do checklist de cirurgia segura em centros cirúrgicos hospitalares	
E13	CAUDURO <i>et al.</i> (2015)	Cultura de segurança entre profissionais de centro cirúrgico	Avaliar a percepção da cultura de segurança entre profissionais de saúde atuantes em unidades de centro cirúrgico	Cogitare Enferm

Fonte: Pesquisa Direta, 2020.

DISCUSSÃO

Para uma melhor assimilação do assunto, constituíram-se 2 categorias de resultados, permitindo assim uma melhor apresentação das evidências científicas sobre segurança do paciente no centro cirúrgico, sendo elas: (1) Cultura de segurança e prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico; e (2) Desafios enfrentados na implementação do checklist no centro cirúrgico.

Categoria 1: *Cultura de segurança e prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico*

Este estudo encontrou 7 artigos que retratam sobre cultura de segurança e prevenção de eventos adversos, sendo eles: E13(CAUDURO *et al.*, 2015); E11(TOSTES *et al.*, 2016); E9(RIEGEL; OLIVEIRA, 2017); E6(DESORDI; STUMM, 2018); E7(GUTIERRES *et al.*, 2018); E3(BATISTA *et al.*, 2019) e E1 (ABREU *et al.*, 2019).

De acordo com as pesquisas feitas foi evidenciado que um dos principais problemas enfrentados na implementação da cultura de segurança nos centros cirúrgicos (CC) se dá pelo déficit na educação e diálogo entre os profissionais do centro cirúrgico, tendo em vista que há dificuldades dos profissionais em falar livremente sobre erros cometidos por outros profissionais e ideias para melhorias no setor, porém muitos sentem estimulados pela gerência para falar sobre situações que possam comprometer diretamente a saúde do paciente. Outra questão apontada é o fator de que existe uma carência de profissionais, como também a



deficiência de qualificação e o déficit no treinamento dos novos profissionais (CAUDURO *et al.*, 2015).

É percebido também que outro ponto notável para a minimização de efeitos adversos dos paciente do CC é a necessidade de melhor competência e qualificação grupal e individual dos profissionais do setor, como também a falta de apoio das líderes do CC. Sobre a pesquisa feita pelo E11, é preciso levar em conta que os dados coletados foram isoladamente da equipe de enfermagem, sendo necessária um levantamento com todos da equipe do CC para um melhor esclarecimento sobre a eficiência da cultura de segurança no hospital analisado (ABREU *et al.*, 2019).

Do mesmo modo, percebe-se que existem vulnerabilidades com relação a cultura de segurança e a carência de comunicação dos erros cirúrgicos, sendo uma das principais causas o receio de discutir decisões ou ações erradas cometidas por funcionários de cargos superiores. Destaca-se que a comunicação como principal ferramenta para a segurança no serviço de saúde (BATISTA *et al.*, 2019).

Outro meio de prevenção de riscos para o paciente é a Profilaxia Antimicrobiana Cirúrgica (PAC). O E2 retrata sobre a importância do uso da Cirúrgica PAC para a prevenção da Infecção do Sítio Cirúrgico e os desafios enfrentados na sua prática, sendo, no hospital pesquisado, o principal problema a administração que é feita no tempo inadequado, descumprindo as recomendações e afetando sua eficácia de prevenção, o que resulta no comprometimento da segurança do paciente. Evidenciou-se também que a PAC não foi aplicada em algumas cirurgias classificadas como potencialmente contaminadas, situação que é indispensável, evidenciando o não cumprimento correto deste método preventivo (TOSTES *et al.*, 2016).

Nesta pesquisa foi possível obter de oito (08) recomendações de enfermeiros sobre boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico (CC), sendo elas: o envolvimento da equipe multiprofissional e dos gestores da instituição; o estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente; a aplicação do checklist de cirurgia segura; a melhoria da comunicação interpessoal; a ampliação da atuação do enfermeiro; a disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; a busca individual por atualização profissional; e o desenvolvimento de ações de educação continuada (GUTIERRES *et al.*, 2018).



Nesta perspectiva sobre a importância da enfermagem o Processo de Enfermagem (PE) e a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se tornam indispensáveis para o melhor cuidado com o paciente e contribuem como ferramentas para documentação para posterior avaliação dos cuidados prestados. Devendo a SAE ser aplicada em sua totalidade e no uso de suas 5 etapas inter-relacionadas: histórico, diagnóstico planejamento, implementação e avaliação (RIEGEL; JUNIOR, 2017).

Categoria 2: *Desafios enfrentados na implementação do checklist no centro cirúrgico*

Este estudo encontrou 6 artigos que retratam sobre a implementação do checklist no centro cirúrgico, sendo eles: E12(SOUZA *et al.*, 2016); E10 (GOMES *et al.*, 2016); E8(OLIVEIRA, 2018); E5 (ALMEIDA; RODRIGUES, 2018); E4 (GOMES *et al.*, 2019) e E2(ALMEIDA; RODRIGUES, 2019).

Quando se trata do uso do Checklist na Sala de Operação o entrosamento da equipe de saúde, ou a falta dele, podem interferir na segurança do paciente e no uso correto do checklist. Foi evidenciado que a equipe de enfermagem percebe a necessidade do uso checklist como ferramenta de proteção dos pacientes e dos profissionais do CC, porém por vezes enfrentam a falta de cooperação dos outros membros envolvidos no processo, principalmente a resistência advinda dos médicos. O principal ponto positivo sobre o uso deste instrumento é uso rápido e fácil do checklist que otimiza a assistência. É preciso reforçar ainda que, diante do que foi extraído das pesquisas, notou-se a necessidade de implementação de treinamento e maiores esclarecimento sobre o uso da ferramenta e sua importância para a segurança do paciente (GOMES *et al.*, 2016; SOUZA *et al.*, 2016).

Ainda no que concerne a implementação do checklist nos hospitais, a enfermagem se destaca como o membro da equipe profissional que mais participa na implantação desta ferramenta, como também na comunicação com os membros envolvidos direta e indiretamente com o cuidado. Sendo os médicos cirurgiões os que mais se destacam por serem os que tem menor adesão. O E6 pontua ainda que a frequência de checagem do checklist é insatisfatória (OLIVEIRA, 2018; ALMEIDA; RODRIGUES, 2018).

Em um estudo realizado em hospital público pediátrico do Distrito Federal (DF) observou-se que há a aplicação do checklist, mas foi constatado que em todas as cirurgias pediátricas houveram erros de preenchimento na checagem de materiais em sala, sendo que 95,4% das cirurgias aconteceram mesmo quando houve a evidente identificação de falhas na



segurança. Ainda nesta pesquisa foi constatado que o manuseio do checklist foi feito majoritariamente por técnicos de enfermagem e enfermeiros (ALMEIDA; RODRIGUES, 2019).

Ademais, em um estudo que contou com a entrevista de 11 circulantes de Sala de Operação (SO), constatou-se que os circulantes reconhecem a importância da contagem cirúrgica no CC, mas apontam alguns pontos que colaboram para a deficiência na implementação do protocolo de contagem cirúrgica, tais como: o pouco tempo disposto para a computação, pois os outros profissionais pressionam para terminar mais rapidamente; a barreira posta por alguns médicos que se recusam a admitir que esqueceram algum item na incisão operatória, principalmente sobre a retenção de compressas; a falta de conhecimento dos circulantes acerca de que todos os itens cirúrgicos devem ser contados e não só as compressas; e o risco de lesão causada pelo manuseio incorreto dos perfurocortantes (GOMES *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Mediante ao exposto, foi constatado que um dos principais problemas enfrentados no CC se dá pelo déficit na educação e no diálogo dos profissionais do setor, como também a deficiência de qualificação e treinamento dos novos profissionais, sendo uma das principais causas o receio de discutir decisões ou ações erradas cometidas por funcionários de cargos superiores.

Ainda com relação a segurança do paciente no centro cirúrgico foi evidenciado que a equipe de enfermagem percebe a necessidade do uso do checklist como ferramenta de proteção dos pacientes e dos profissionais, porém por vezes enfrentam a falta de cooperação da equipe e a resistência advinda dos médicos.

Também constatou-se que os circulantes reconhecem a importância da contagem cirúrgica no CC, mas porém, eles encontram algumas dificuldades, por conta de outros profissionais, assim pondo em risco a segurança do paciente, podendo levar à danos maiores. Nessa perspectiva é de suma importância a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e o entrosamento de toda a equipe, para medidas prestadas no centro cirúrgico.

REFERÊNCIAS



ABREU, Ingrid Moura *deet al.* Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, n.1, p. 1-8, 2019.

ALMEIDA, Raquel Elisa; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Execução da lista de verificação de segurança cirúrgica em operações pediátricas: avaliação da conformidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. e20180270, p. 1-10, 2019.

ALMEIDA, Raquel Elisa; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica em hospitais brasileiros. **Revista Rene**, v. 19, n. e32567, 2018.

BATISTA, Josemar *et al.* Cultura de Segurança e Comunicação Sobre Erros Cirúrgicos na Perspectiva da Equipe de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. e20180192, 2019.

CAUDURO, Fernanda Letícia *et al.* Cultura de Segurança Entre Profissionais de Centro Cirúrgico. **Cogitare, Enfermagem**, Paraná, v.20, n.1, p. 129-38, 2015.

Dezordi, Cátia Cristiane Matte; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. Atitudes de segurança de uma equipe antes e após a implantação do checklist de cirurgia segura. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.12, n.3, p:816-9, 2018.

GOMES, Eduardo Tavares *et al.* Contagem cirúrgica e segurança do paciente na perspectiva do circulante de sala operatória. **REV. SOBECC**, v. 24, n.1, p.37-42, 2019.

GOMES, Cátia Denise Perez Pereira *et al.* Percepção de uma Equipe de Enfermagem sobre a Utilização do Checklist Cirúrgico. **Revista SOBECC**, v.21, n.3, p. 140-145, 2016.

GUITIERRES, Larissa de Siqueira *et al.* Boas Práticas para Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Recomendações de Enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, v. 71, n. 2940-7, 2018.

OLIVEIRA, Máira Cássia Borges de *et al.* Adesão do Checklist Cirúrgico à Luz da Cultura de Segurança do Paciente. **Revista SOBECC**, v.23, n.1, p36-42, 2016.

RIEGEL, Fernando; OLIVEIRA, Nery José de Júnior. Processo de enfermagem: implicações para a segurança do paciente em centro cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.4, p. 01-05, 2017.

SOUZA, Rayanne Moraes *deet al.* Aplicabilidade do Checklist de Cirurgia Segura em Centros Cirúrgico Hospitalares. **Revista SOBECC**, v.21, n.4, p192-197, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

TOSTES, Maria Fernanda do Prado *et al.* Prática da Profilaxia Antimicrobiana Cirúrgica como Fator de Segurança do Paciente. **Rev. SOBECC**, v.21, n.1, p13-21, 2016.



CAPÍTULO 7

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO RELACIONADO À INCONTINÊNCIA URINÁRIA E ENVELHECIMENTO: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

John Lucas dos Santos de Matos, Graduando de Enfermagem, Faculdade Pitágoras

Alessandra Gonçalves Martins, especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico pelo Instituto Florence de Ensino Superior

Bruna Cruz Magalhães, Mestra em Saúde do Adulto, UFMA

Charlyan de Sousa Lima, Doutorando em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento, UNIVATES

Priscila Lima Cavalcante Lemos, especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Educação de Bacabal, FEBAC

Wédia Duarte Pereira Ferreira, mestre em Saúde da Família, UFMA

Athienne Driele Maniva Teixeira do Nascimento, mestre em Saúde do Adulto, UFMA

Janaína Borges Silveira Lima, especialista em Saúde da Família, UFMA

RESUMO

A incontinência urinária é a perda involuntária da urina pela uretra, gerando-se um impacto na qualidade de vida do idoso. Objetivou-se compreender a atuação do enfermeiro sobre a incontinência urinária em pacientes idosos. Revisão bibliográfica qualitativa. Contudo, confirmamos que poucos profissionais de enfermagem conhecem ou investigam a respeito desse tema.

Palavras-chave: Incontinência urinária; Enfermeiro; Qualidade de vida; Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) configura-se pela perda involuntária de urina, objetivamente demonstrável, causando um problema social ou de higiene. Além disso, podendo variar de um pequeno escape ocasional até a completa incapacidade de conter a urina. Contudo, o envelhecimento humano vem associado de um desgaste físico funcional do corpo e da mente, assim como uma diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Isto acaba levando a alteração da qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento, especialmente, no que tange a independência e autonomia, gerando um enorme impacto sobre a qualidade de vida dessas pessoas idosas (OLIVEIRA et al., 2018).



Atualmente, a incontinência urinária é apontada como um problema no âmbito de saúde pública mundial e epidemiologicamente importante. A IU não faz parte do processo de envelhecimento normal, apesar de que a prevalência do problema aumente com a idade, ela deve ser compreendida pelos profissionais de saúde e idosos como algo anormal, em grande parte evitável e altamente tratável. Sendo assim, os idosos e os profissionais não devem, ou pelo menos não deveriam aceitar a perda involuntária de urina como o algo natural e sim procurar ativamente uma solução para o problema. Por outro lado, alguns profissionais de saúde reconhecem a incontinência urinária como doença, mas não investigam sua presença, por não estarem habilitados a tratá-la (VALENÇA et al., 2016).

No entanto, as intervenções de enfermagem são capazes de auxiliar no diagnóstico e controle da perda urinária contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Nesse sentido, pode-se dizer que os enfermeiros são profissionais de saúde que podem prestar assistência aos incontinentes idosos, destacando a atuação do enfermeiro ao cuidar de pessoas na perspectiva das incontinências urinárias e requer a reunião de habilidades, competências, conhecimento e recursos para a estruturação de uma proposta que seja coerente com uma enfermagem pós-moderna, destacando os fatores de riscos e complicações que favorecem a incontinência urinária em pacientes idosos, comprometendo a qualidade de vida.

O objetivo principal do estudo foi compreender sistematicamente a importância da atuação do enfermeiro relacionado à incontinência urinária em pacientes. Já os objetivos específicos foram três: estudar a incontinência urinária em pacientes idosos: a atuação do profissional de enfermagem, descrever os fatores de riscos associados à incontinência urinária em pacientes idosos, e por fim, discutir sobre a assistência de enfermagem à idosos com incontinência urinária: diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Tratou-se de uma revisão bibliográfica, ou revisão de literatura, de forma descritiva e qualitativa por intermédio de levantamento de seleção de matérias já publicado, artigos científicos e demais referências bibliográficas. Além disso, foram realizadas as pesquisas por intermédio de fontes de dados contidos na BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library OnLine), LILACS (Literatura Latino Americana e Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), Google Scholar, serviram como instrumento para a coleta de dados, a partir dos seguintes descritores: atuação/assistência do enfermeiro, incontinência urinária, envelhecimento, qualidade de vida,



fatores de risco e prevenção. Foram incluídas apenas as publicações que respondem à questão do estudo.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PACIENTES IDOSOS

Segundo Viegas et al. (2009), pode-se dizer que as doenças são capazes de conduzir com maior potência as modificações do envelhecimento, que diante desta situação consegue-se manifestar clinicamente, desenvolvendo-se de modo a tornar possível sua caracterização. Nesse sentido, vê-se, que dentre tais alterações a incontinência urinária é um problema de saúde significativo para os idosos.

É importante ressaltar, que a força de contração da musculatura detrusora, a capacidade vesical e a habilidade de adiar a micção e teoricamente diminuem no homem e na mulher. Porém, as contrações involuntárias da musculatura vesical e o volume residual pós-miccional vai crescendo conforme o desenvolvimento da idade em ambos os sexos. A pressão máxima de fechamento uretral, o comprimento uretral e as células da musculatura estriada, modifica-se principalmente nas mulheres.

Conforme citado acima, além das modificações consecutivas do processo de envelhecimento, doenças específicas do indivíduo idoso também favorecem para a evolução da incontinência urinária, tendo como exemplo, a hiperplasia prostática benigna, que está presente por volta de 50% dos homens com mais de 50 anos de idade, o diabetes e a insuficiência cardíaca estão entre os motivos que podem ser responsáveis pela IU. “Embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações de saúde, bem como, sociais, psicológicas e econômicas, afetando adversamente a qualidade de vida (QV)” (VIEGAS et al., 2009, p.51).

É importante considerar que neste contexto, o autor deixa claro que a incontinência urinária traz ao indivíduo importantes repercussões físicas e sociais, devido às modificações provocadas na população idosa. Sendo assim, é importante constatar que nem todos que possuem incontinência procuram ajuda profissional, devido ao constrangimento em falar sobre o assunto, até mesmos com os com familiares, amigos ou com um profissional de saúde, convivendo com o problema por muitos anos, sem procurar ajuda, e considerando a situação normal. Diante disso, tais distúrbios terminam por afetar diversos aspectos da vida, não só o físico, como também o social, psicológico, ocupacional, doméstico e sexual.



Nesse sentido, pode-se dizer que à atuação dos enfermeiros sobre a incontinência urinária em pessoas idosas, requer uma atenção maior diante desses incontinentes. Sendo assim, os enfermeiros necessitam de melhor formação para identificação e manuseio adequado desse problema, buscando benefícios para executar uma assistência de enfermagem direcionada para melhorar o padrão de eliminação desses pacientes e minimizar complicações potenciais (MELO, 2016).

É importante considerar que, os enfermeiros têm uma contribuição importante para resolver esse problema que acomete muitos idosos, principalmente as mulheres. Nesse sentido, tem um enorme impacto negativo na qualidade de vida da população. Porém, é estabelecida como uma questão social, devido as repercussões negativas sobre a qualidade de vida, higiene e atividade sexual das pessoas idosas com IU. Desta forma, a vida social do idoso incontinente passa a depender da disponibilidade de banheiros e queixas associadas aos fatores da doença modificando toda sua rotina diária (CALDAS et al., 2010).

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO MANEJO DO PACIENTE IDOSO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Pode-se dizer que a incontinência urinária (IU) é estabelecida pela a Sociedade Internacional de Continência (ICS) como a perda involuntária de urina expressamente apresentada, podendo causar problemas de ordem social ou de higiene muitas vezes equivocadamente compreendida como parte natural do envelhecimento. Contudo, fica claro que a incontinência urinária tem impacto negativo na qualidade de vida dos idosos e favorece o isolamento, depressão, vergonha, redução da autoestima e limitação da autonomia do indivíduo no convívio social (CARVALHO et al., 2014).

No entanto, os enfermeiros são profissionais de saúde que podem prestar assistência aos incontinentes idosos, estabelecendo uma assistência de enfermagem que vai além de cuidados domiciliares aplicados exclusivamente em utilização de absorventes para incontinência. Nesse sentido, desempenhando uma assistência integral ao incontinente que irá auxiliar para o controle da perda urinária e trazendo um caminho de fortalecimento para melhora na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, é importante ressaltar que diante de uma boa anamnese, um exame físico completo e uma atenção sistematizada bem efetuada pelo enfermeiro pode suceder na identificação da IU, resultando e conduzindo ao um diagnóstico preciso e intervenções necessárias (OLIVEIRA et al., 2018).



Conforme explicado acima, é interessante, aliás, afirmar que diante deste contexto, fica claro que os enfermeiros são capazes de avaliar, identificar, fornecer informações e determinar algumas intervenções correspondentes em diversos contextos, assim seja em paciente idoso que sofre de IU incluído na comunidade ou em hospitais, contudo exibindo cuidados agudos ou até mesmo pós-agudos.

De modo geral, pode-se dizer que o enfermeiro por ser o profissional que executa a consulta de enfermagem, deve produzir o diagnóstico de enfermagem à frente dos problemas e das necessidades do paciente idoso, além disso, deve possuir a sensibilidade para detectar os fatores que acomete esses indivíduos na fase do envelhecimento e sempre planejando medidas para melhor o acolhimento desse grupo de pessoas idosas com incontinência urinária (MATOS et al., 2019).

Devemos destacar, no entanto, que muitas vezes por escassez de informação do profissional enfermeiro, ou de um exame físico completo, ou anamnese que verifique ao menos os fatores de risco, ou até de uma atenção sistematizada e o mais preocupante, contudo, é que surgem os bloqueios para o diagnóstico precoce da IU (VALENÇA et al., 2016).

De acordo com Oliveira et al. (2018, p.07):

Na SAE, o enfermeiro pode realizar a investigação precoce dos sintomas de IU através da anamnese e do exame físico durante a consulta de enfermagem, e posteriormente produzir um planejamento dos cuidados a serem executados pela sua equipe e paciente. Para a elaboração de cuidados, deve ser levado em consideração o que foi decidido acerca das questões do tratamento, ser verificado e quantificado os riscos de lesões e cuidados com a pele, compreendendo a rede de apoio familiar, as relações sociais e as possíveis modificações para melhorar a qualidade de vida do paciente. Vale ressaltar a necessidade de uma assistência ao incontinente, baseada nos processos de enfermagem, pois essa considera o paciente em sua totalidade.

Conforme descrito por Valença et al. (2016), as intervenções de enfermagem são capazes de auxiliar no diagnóstico e controle da perda urinária contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Nesse sentido, exames simples podem auxiliar o(a) enfermeiro(a) a detectar os fatores de risco para a IU na população idosa, assim como uma anamnese de enfermagem bem detalhada devido à realização de uma simples pergunta: no momento em que tosse, rir, espirra e quando sente forte desejo de urinar, você perde urina de maneira espontânea? Contudo, pode-se dizer que provavelmente, será possível identificar a IU em 80% a 90% dos casos e estabelecer as intervenções de enfermagem a serem praticadas.



Além dessas medidas, o enfermeiro pode atuar no papel da assistência diante de um idoso incontinente, por intermédio da educação em saúde, do suporte emocional, da terapia comportamental e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). É importante ressaltar, contudo, que o profissional de enfermagem não almeja apenas uma condição terapêutica física, inclusive abrangendo o lado psicossocial, também uma melhora integral do paciente idoso diagnosticado com IU. Portanto, melhorando a qualidade de vida do paciente incontinente (OLIVEIRA et al., 2018).

A educação em saúde auxilia o paciente no processo de percepção, enfrentamento, reabilitação, adaptação e aceitação ao tratamento, buscando a orientação e o autocuidado como a melhor opção de enfrentar a IU. O enfermeiro pode realizar todo esse processo através da explicação do mecanismo fisiopatológico e do que é ser incontinente, esclarecendo dúvidas e mitos. É importante também retratar a respeito da associação e dissociação da IU com o envelhecimento, como um processo natural da vida; e trabalhar a prevenção de acidentes físicos, como quedas de pacientes idosos, relacionadas ao aumento da frequência de micção (OLIVEIRA et al., 2018, p. 6).

Vista disso, pode-se afirmar que é muito importante a atuação do enfermeiro relacionado à Incontinência Urinária. Desta forma, o enfermeiro deve-se sempre prestar assistência, orientar e investigar os idosos incontinentes. Contudo, é importante ressaltar que considerando o envelhecimento e as pessoas idosas, percebe-se que conviver com IU, ocasiona-se vários problemas na vida diária do idoso. Diante disso, pessoas incontinentes queixam-se principalmente devido aos seus sentimentos, se enxergando de maneira imponente por não conseguir segurar a urina, além disso, o desconforto e constrangimento frente à situação, perdas matéricas, bem como, pensamentos de desgosto para sair de casa e ficar molhando quando a urina escapa inesperadamente. O mais preocupante, contudo, é constatar que qualquer idoso incontinente, pode desenvolver esses sentimentos, devido à preocupação que o mesmo tem com o juízo alheio, assim como desconfiança de viver em público (MATOS et al., 2019).

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Pavan et al.(2010), pode-se dizer que qualidade de vida é estabelecida como a concepção da pessoa, de seu posicionamento na vida diante do cenário ou no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e estabelecendo uma vinculação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nesse sentido, é importante ressaltar que devido a IU ocorre uma diminuição das atividades pessoais e sociais por causa do desconforto dos que sofrem está disfunção. Diante disso, é importante destacar que este sintoma afeta



adversamente a QV dos incontinentes idosos em muitas esferas, ocasionando perda de confiança física, social, econômica, do relacionamento pessoal e sexual, levando exatamente no desempenho do paciente na sociedade, carregando progressivamente ao isolamento social.

De certa forma, embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas incontinentes em risco, é uma condição que pode trazer sérias implicações de saúde. No entanto, existe um consenso quanto ao fato de que ela pode afetar negativamente a QV em muitos aspectos, bem como, psicológica e social, quanto física, pessoal e sexualmente. Porém, ocasionando um impacto altamente negativo no desempenho desses pacientes (FITZ et al., 2012).

Percebe-se aqui, entretanto que os efeitos dessa situação podem ser avassaladores nos indivíduos portadores de tal disfunção, relacionado a IU principalmente na QV da mulher, pois causam, muitas vezes, isolamento social, queda da autoestima, impacto econômico, vergonha, frustrações e interferência na vida sexual, podendo inclusive despertar episódios depressivos (CORNÉLIO et al., 2012).

De modo geral, vê-se que a perda urinária ocasiona desconforto, perda de autoconfiança e pode acarretar a infecções urinárias, úlceras de pressão e dermatoses de períneo. O mais preocupante, contudo, é que as implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas que se direciona a mudanças no estilo de vida e influencia afetando adversamente a QV dos idosos incontinentes. Em vista disso, vale ressaltar que as alterações comportamentais para diminuir o impacto dos sintomas, sentimentos como solidão, tristeza e depressão, que se apresentam presentes na vida dos incontinentes (KNORSF; RESENDE; GOLDIM, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo, no que se refere a este artigo, possibilitou uma análise de como a incontinência urinária afeta adversamente a qualidade de vida, ocasionado um impacto altamente negativo no desempenho desses idosos incontinentes, além disso, modificando toda sua rotina diária. Apesar disso, é importante destacar que poucos profissionais de enfermagem conhecem ou investigam a respeito desse tema, que necessita ser mais explorado e difundido, para o manejo adequado dos incontinentes. No entanto, vê-se que os enfermeiros podem desempenhar um papel importante na identificação dos sintomas, interação com o paciente, incentivando mudanças comportamentais, tratamento clínico e conduzindo ao um diagnóstico preciso e intervenções necessárias. Porém, atuando então



diretamente para o bem-estar físico, emocional e social dos portadores dessa patologia, e melhorando sobretudo a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

CALDAS, C. P. et al. Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: uma ação do enfermeiro. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p.783-788,2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2020.

CARVALHO, M. P. de. et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.721-730,2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232014000400721&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 fev. 2020.

CORNÉLIO, T. C. P. et al. Avaliação do perfil sociodemográfico e do impacto da incontinência urinária na qualidade de vida em mulheres atendidas no município deParnaíba–Piauí. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 10, n. 34, p. 1-6, 2013. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1799/1400>.Acesso em: 18 mar. 2020.

FITZ, F. F. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo,v. 58, n. 2, p. 155-159, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302012000200010&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 16 mar. 2020.

KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; GOLDIM J. R. Perfil clínico, qualidade de vida e sintomas depressivos de mulheres com incontinência urinária atendidas em hospitalescola.**Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos,v. 15, n. 2, p. 109-116, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141335552011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2020.

MATOS, M. A. B. de. et al. As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [Online]**, v. 11, n. 3, p. 567-575, 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6581/pdf_1>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MELO, L. S. de. Infecção do trato urinário em pacientes idosos com incontinência urinária: um estudo de coorte. p. 1-74, 2016. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/877M.PDF>>. Acesso em: 29 fev. 2020.



OLIVEIRA, L. G. P. et al. Incontinência urinária: a atuação do profissional de enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 18, n. 18, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/118/52>>. Acesso em: 24 fev. 2020.

PAVAN, K. et al. Comportamento da incontinência urinária em pacientes com esclerose múltipla e a sua influência na qualidade de vida. **Med Reabil**, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/01035894/2010/v29n1/a001.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2020.

VALENÇA, M. P. et al. Cuidados de enfermagem na incontinência urinária: um estudo de revisão integrativa. **Revista Estima**, v. 14, n. 1, p. 43-49, 2016. Disponível em: <<https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/195/pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2020.

VIEGAS, K. et al. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Revista Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 50-57, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/6388/5369>>. Acesso em: 29 fev. 2020.



CAPÍTULO 8

PREVENÇÃO DE QUEDAS NO AMBIENTE DOMICILIAR E SUAS COMPLICAÇÕES AO IDOSO

Antônio José Ferreira Paiva, Graduando de Enfermagem, Faculdade Pitágoras

Alessandra Gonçalves Martins, especialista em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico pelo Instituto Florence de Ensino Superior

Bruna Cruz Magalhães, Mestra em Saúde do Adulto, UFMA

Charlyan de Sousa Lima, Doutorando em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento, UNIVATES

Priscila Lima Cavalcante Lemos, especialista em Saúde da Família pela Faculdade de Educação de Bacabal, FEBAC

Wédia Duarte Pereira Ferreira, mestre em Saúde da Família, UFMA

Athienne Driele Maniva Teixeira do Nascimento, mestre em Saúde do Adulto, UFMA

Janaína Borges Silveira Lima, especialista em Saúde da Família, UFMA

RESUMO

Dentre as adversidades recorrentes que mais acometem a população idosa, destacam-se as quedas, que se tornou um problema de saúde pública devido à alta incidência e pelas consequências que refletem na qualidade de vida dos idosos. A reflexão acerca desse fenômeno, favorece a elaboração de ações educativas e de prevenção.

Palavras-chave: Quedas; Idosos; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Com o avançar da idade, ocorre naturalmente variações no corpo. No caso do idoso, é comum distinguir parâmetros reduzidos da massa muscular que moderam a força, e que reflete na densidade óssea, que enfraquecem o arcabouço esquelético do indivíduo, enfraquecendo-os. Tais condições interferem significativamente em sua postura, na marcha, no equilíbrio, fatores que corroboram para o evento da quedas, e conseqüentemente leva há impactos a este público, bem como maiores gastos aos serviços públicos e/ou privados.



Dentre as adversidades recorrentes que mais acometem a população idosa, destacam-se as quedas, que se tornou um problema que afeta todos os níveis de atenção em saúde, devida à alta incidência e pelas consequências muitas vezes irreparáveis que acarretam. Pode-se discorrer sobre a queda como alteração súbita, e não aguardada de posição original. Portanto, torna-se necessário dá ênfase às consequências, temporárias ou permanentes, geradas por quedas que apresentam impactos negativos a estes.

O comprometimento das funções, ocasionados por episódios de queda, tem implicações relevantes para a família, à comunidade, e o sistema de saúde e propriamente para a vida do próprio idoso. É válido ressaltar que a incapacidade funcional ocasiona maior vulnerabilidade a quedas na velhice, contribuindo para dependência, assim como para insatisfação ao seu bem-estar e da qualidade de vida. Face à maior vulnerabilidade do indivíduo a situações que propiciam a quedas, e levam a sua alta prevalência no local de moradia.

Como questão norteadora dessa pesquisa temos: Quais os meios de prevenção de quedas no ambiente domiciliar e suas complicações ao idoso? como objetivo geral temos; Verificar as medidas de prevenção de quedas no ambiente domiciliar, bem como as complicações associadas. Enquanto, aos objetivos específicos esta pesquisa consiste em: Discorrer sobre a pessoa idosa e seu aumento populacional; Identificar os fatores causais de quedas no ambiente domiciliar e medidas de prevenção; Citar as complicações a ao idoso relacionados a quedas.

Trata-se de um estudo de Revisão Bibliográfica. Foram inseridos neste estudo artigos em língua portuguesa publicados no período de 2010 a 2020. A busca para a coleta de dados desta pesquisa ocorreu nas bases virtuais presentes no Portal de Pesquisa da Biblioteca de Saúde (BVS): LILACS, SCIELO. Os descritores utilizados neste estudo, segundo o DeCs (Descritores em Saúde da Birreme) foram: Quedas em idosos; Ambiente Domiciliar; Complicações.

PESSOA IDOSA E OS ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO

As definições quanto ao ser idoso, é diferenciado para países em desenvolvimento e países desenvolvidos. Nos primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 60 anos e mais; nos segundos são idosas as pessoas com 65 anos. Essa definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira



Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com os níveis de reprodução e condições socioculturais pela qual as nações propiciam aos seus cidadãos (SANTOS, 2010).

O verdadeiro significado do que é ser idoso no Brasil, passa por questões sociais, econômicas, políticas e culturais. Ser idoso num país como o nosso, frente às desigualdades que se apresentam traz em si uma carga valorativa, ou seja, o idoso é aquele que tem uma idade avançada e que por consequência encontra-se fora do processo produtivo, visto como dependente e vulnerável. (BRASIL, 2010).

No Brasil, o critério para definir a pessoa idosa baseia-se no limite etário, definido por meio de regulamentos que endossam essa definição. Conforme Estatuto do Idoso em seu Art.1º entende-se por pessoa idosa às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Conforme este estatuto a pessoa idosa goza de todos benefícios inerentes à pessoa humana tais como saúde, educação, alimentação, moradia, cultura e lazer (COUTO, 2016).

A Política Nacional do Idoso (PNI) em seu Art. 2º corroborando com esta definição também considera idoso, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Para tanto, a OMS adota padrões diferenciados, ou seja, considera como idosa à pessoa com 60 anos ou mais caso vivam em países em desenvolvimento, e com mais de 65 se residem em países desenvolvidos (MENDES, 2017).

Com isso, torna-se válido ressaltar que não há uma definição ampla de pessoa idosa à todos os países, órgãos e legislações. Entre os vários critérios estabelecidos para a definição de idoso, a faixa etária é o que mais se destaca. Contudo, cabe-se afirmar que a mesma não é um indicador conciso para os conjuntos de modificações que caracterizam esta nova fase da vida, já que existe uma série de diferenças significativas correlacionadas ao estado de saúde (MENDES, 2017).



Ressalta-se desta maneira que o envelhecimento assim bem como a infância, adolescência e maturidade, é marcado por transformações específicas, desencadeadas pela passagem do tempo, que se expressa pelas características relevantes aos idosos e que expõe a complicações como síndromes geriátricas, cada vez mais incapacitantes e preocupantes, incorrendo em repercussões no âmbito social, econômico e de saúde (ALMEIDA; SOLDERA; GOMES,2012).

Os dados demográficos sobre a realidade brasileira segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) revelam que, o quantitativo de idosos em 2030, ira alcançar 30 milhões no país, tal acontecimento se dá por parte aos avanços tecnológicos que tem levado a melhorias quanto áreas do conhecimento, relevantes progressos mediados pelo uso racional de medicamentos, tratamentos, e como resultado final melhores condições aos idosos. (IBGE, 2017).

O crescente aumento desta população aliados a queda da fecundidade, prorroga ainda mais este novo cenário mundial, tornando-se uma condição preocupante aos cofres públicos, pois os mesmos demandando em aumento de gastos para a previdência social e custos relacionados a assistência em saúde (SOARES et al. 2014).

Contudo o percentual de indivíduos que atingem a terceira idade, apresentam inevitavelmente consigo patologias das mais variadas etiologias, e eventualmente desenvolverão determinada incapacidade; Pois apesar de a grande evolução médica, o processo de envelhecimento naturalmente propicia a incapacidades, notoriamente devido a presença de agravos a saúde tornando-o usuário de poli fármacos , que possuem efeitos colaterais e alteram seu estado fisiológico, levando os mesmos a incapacidade quanto a realização de suas atividades laborais (REZENDE et al. 2012).

É natural encontra-se junto ao envelhecimento, o surgimento de doenças que afetam as mais variadas funções bem como: redução da equidade visual, diminuição de julgamento e raciocínio lógico, alterações negativas na marcha, que influenciam diretamente em seu equilíbrio, que acarretam em aumento de quedas, que por vezes ocorrem em seu próprio domicilio, além de alterações no humor e quadros depressivos que o tornam dependentes a medicamentos (CUNHA; PINHEIRO, 2016).

Estes acontecimentos se procedem primordialmente, porque os mecanismos homeostáticos indivíduo responsáveis por preservar o equilíbrio no meio interno, se alteram,



reduzindo eventualmente sua amplitude chegando ao ponto no qual sua realização se justifica de maneira ineficaz e o equilíbrio se tornando-o propício a demais problemas de saúde (OLIVEIRA, 2014).

As necessidades desta clientela, cujo contingente populacional cresce em ritmo bastante acelerado no Brasil dos nossos dias, passa a ser compreendida como uma das expressões da questão social contemporânea. Isto requer do Estado e governos o redimensionamento da agenda pública e dos investimentos, de forma a superar ações pontuais e focalizadas, por ações de alcance social [...] (SILVA, 2014, p. 206).

Cabe mencionar que tal fenômeno está muito além de apenas determinar a faixa etária de cada pessoa, constituindo-se como um evento comum a todos, e mediados por fatores extrínsecos pelo qual o indivíduo está localizado, e desempenham alterações funcionais, que por vezes estão correlacionados ao risco de patologias, e diminuição da qualidade de saúde mental (NOGUEIRA e CARDOSO, 2013)

Sendo por este motivo o estudo quanto as condições predisponentes ao envelhecimento da população como um todo, motivo de grandes questionamentos sociais, e mundiais, pois o mesmo cresce em ritmo acelerado, e trata-se de uma realidade comum a todos, notoriamente em locais em desenvolvimento, como o nosso país, levando a mudanças quanto perfil populacional e tornam também onerosos os custos quanto a assistência prestada a este público (MALINI; LOPES; LOURENÇO, 2014).

Tal processo, apresenta-se como uma realidade mundialmente reconhecida, além disso, é descrito como o principal fenômeno demográfico do século XXI. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o expressivo aumento da terceira idade se dá num contexto de crise econômica, perdas dos direitos antes conquistados, desmonte da previdência entre outros, o que dificulta a consolidação dos direitos inerentes à pessoa idosa e formulação de políticas sociais que atendam às suas demandas (MALINI; LOPES; LOURENÇO, 2014).

O envelhecimento é um processo que tende a ocorrer em todos os indivíduos, e expressa-se predominantemente pela perda de adaptação e diminuição da funcionalidade, estando em meio associado a características biológicas e físicas. Esta última, é possivelmente aquela que mais cedo revela o envelhecimento, e aquela que pode alterar a capacidade normal que o indivíduo apresenta, modificando negativamente seu estilo de vida (SANTOS, 2010).

As definições caracterizam a presente fase da vida como estando marcada pela diminuição das capacidades biológicas e funcionais, e que não são resultado de complicações, ocorrendo inevitavelmente durante o decorrer da vida, e de forma progressiva, limitando a



adaptação do sujeito ao seu local de moradia e mesmo suas relações sociais. As capacidades e resistências físicas vão diminuindo gradualmente, com um aumento da fragilidade e vulnerabilidade, aumentando a probabilidade de morte (BIZERRA et al., 2014).

Com o envelhecimento, toda pessoa passa para uma circunstância na qual a reserva do organismo está diminuída e há um nível de funcionamento, proporcionalmente lento, razão pela qual não se pode submetê-la a demandas excessivas. Por isso, inúmeras são as doenças e as limitações que podem surgir na velhice, tanto sob o aspecto fisiológico e psicológico. Muitas pessoas idosas são arremetidas por doenças e agravos crônicos, estados permanentes ou de longa permanência que propõem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas circunstâncias crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades) (NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

Dentro desse contexto, o aumento quanto aos níveis da terceira idade brasileira trouxe repercussões nas áreas da assistência social e da saúde. Com base nas modificações epidemiológicas do país, atrelada as alterações no quadro de morbimortalidade, o perfil predominante de uma população jovem, passou para um perfil de idosos que apresenta em suma maioria doenças crônico-degenerativo, necessitando assim, de uma assistência (NOGUEIRA e CARDOSO, 2013)

Mediante a este contexto, é possível identificar que, embora o Brasil mantenha-se envolvido num cenário de desmonte dos direitos sociais e políticas fragmentadas e descontinuas, tem avançado em relação à política de proteção à pessoa idosa, e estas servem como diretrizes para formulação e implementação de políticas públicas, programas e projetos destinados ao atendimento desse grupo etário no país (BIZERRA et al., 2014).

Contudo apesar de o comprovado e constante aumento dos níveis da terceira idade, notasse a necessidade de chamar atenção quanto a medidas que assegurem direitos, concretos a sua inserção sociocultural e políticas, bem como medidas de prevenção e promoção a saúde dos mesmos, através da capacitação de profissional da saúde que possam promover a integralidade aos cuidados e necessidades de modo a preservar seu estado funcional (MALINI; LOPES; LOURENÇO, 2014).

Desta forma o avançar da idade ocorrerá de forma saudável reduzindo os fatores de risco a morbimortalidade por meio da inserção de políticas voltadas ao bem estar no tocante a



aspectos físicos culturais, que influenciam na saúde. Para que tais objetivos sejam alcançados, é necessário a adoção de ações preconizadas pelo estatuto do idoso que tem como papel primordial mantê-los associados e ativos junto à família, e a sociedade levando a uma condição de vida saudável nesta fase tão especial da vida (FALSARELLA; GASPARATTO; COIMBRA, 2014).

Contudo também é necessário ter conhecimento quanto as condições que expõe o idoso a situações de fragilidade bem como episódios de queda no ambiente domiciliar, pois estudos demonstram que tais ocorrências tem se tornado comuns em suas residências, e as mesmas levam a complicações e por vezes a incapacidade no idoso, chamando atenção para a implementação de medidas preventivas a este quadro.

FATORES CAUSAIS DE QUEDAS E PREVENÇÃO

A queda é definida como a junção não intencional com a superfície de apoio, decorrente da mudança quanto a determinada posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um fator intrínseco determinante ou um acidente inevitável. As quedas têm expressiva predominância entre os fatores externos de ferimentos não intencionais (NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

Segundo Streit et al. (2011) as quedas na terceira idade acarretam em grandes preocupações aos serviços de saúde pública, com o aumento sua frequência, conseqüentemente há uma elevação quanto a morbimortalidades e aumento de recursos socioeconômicos, contribuindo para a dependência e da institucionalização deste público. A etiologia de tais eventos nessa população é multifatorial, e estão associados a aspectos fisiológicos, musculoesqueléticos e psicossociais relacionados ao processo natural do envelhecimento e o ambiente no qual está inserido.

Dentre os fatores causais que produzem quedas estão: os intrínsecos e extrínsecos. No que se refere ao primeiro fator, diz respeito a condições relacionados ao indivíduo, dos quais decorrem das alterações fisiológicas devido ao progresso da idade, e patologias existentes, como de fatores psicológicos e iatrogênicas. Quanto fatores extrínsecos, referem-se a seu estilo de vida e atividades no ambiente físico, que quando não se adapta as necessidades do indivíduo, facilitam a ocorrências de quedas (PEREIRA et al., 2017).



O idoso, notoriamente passa a maior parte do tempo em sua residência, o citado ambiente é julgado aparentemente como o mais seguro, pela familiaridade; Porém, a pessoa idosa apresenta suas habilidades diminuídas devido a autoconfiança embasada pelo conhecimento quanto a sua residência. A atenção também fica diminuída porque as atividades que realizam são corriqueiras, assim, acidentes que poderiam facilmente ser prevenidos, incorrem a redução da mobilidade ou da capacidade funcional (FERRETI et al., 2014).

Entre os acidentes domésticos, as quedas são as mais comuns em uma eventualidade de 70% e fatores externos em 30%, tais dados estáticos comprovam que os domicílios brasileiros não estão adaptados para atender às necessidades dos idosos. Entre os fatores ambientais que colaboram com as quedas estão: iluminação ineficiente, superfícies lisas, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, vestimentas inapropriadas, patologias nos pés, e via pública mal conservada, com buracos ou irregularidades (PITON, 2010).

A escada, também tem contribuído para tal evento em domicílios, incluídos a outras condições: falta de luminosidade e de barras de proteção e apoio e, episódios de distração somam-se como fatores que incorrem a queda. No Brasil, dados apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) demonstra que cerca de 10% das quedas são decorrentes em escadas, sendo que o ato da descida apresenta maior risco quanto subi-las. Outro fator mencionado no ambiente é o uso de vestimentas inadequados, objetos dispersos no ambiente e locais externos como jardins, varandas/sacadas, parques, garagens e estacionamento (HANAUER et al., 2011).

Cunha e Pinheiro (2016) em um estudo de corte realizado com 350 idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF), vítimas de quedas no último ano de 46,9% (134) referiram que tapetes soltos, piso escorregadio, objetos dispersos no chão, a ausência de barras de apoio, interruptor afastados da porta do banheiro, como elementos de risco extrínsecos para quedas em sua residência, a presença de degraus, desníveis no chão e animais de estimação como fontes de risco extrínsecos.

Seguindo a temática outro fator apontado na terceira idade, como cofator de risco de queda e medo de queda e a tontura, que reside na sensação de conturbação do equilíbrio corpóreo no meio ambiente, no qual pode em alguns casos, restringir certas atividades em



função desse medo. As desordens do equilíbrio e a sensação de tontura podem estar relacionadas a déficits sensoriais, à diminuição da capacidade associativa e dos reflexos adaptativos e ao declínio no processamento central, frequentes nos idosos. Além disso, também as alterações do sistema vestibular periférico e central, e o processo degenerativo das células ciliadas, das células ganglionares e das terminações, são características do processo de envelhecimento. Com isso, a população idosa passa a ser mais suscetível à tontura e a quedas (GOMES et al. 2014).

A identificação e implementação precoce de medidas que podem precavê-las ainda são os meios mais seguros a vida dos idosos. Ao identificar os riscos de forma eficiente, pode-se evitar e/ou reduzir os impactos, bem como a demanda por intervenções de saúde e elevação da dependência física, além de ônus financeiro para o sistema de saúde (MORAES et al., 2017).

Para tratar de maneira que contemple todos os eventos que corroboram para tal acontecimento, em uma sociedade com perfil idoso, é essencial a implementação de políticas públicas saudáveis que agregam uma visão e designem prioridades e padrões institucionais. Tais políticas devem proporcionar a síntese de padrões que apoiam a produção de novas pesquisas, estimulando ampla colaboração e maximizando os recursos disponíveis. As quedas e seus impactos provido na população da terceira idade, são problemas de saúde pública mundial, que enfrentam a influência de uma população que envelhece. As boas novas são as evidências por novos estudos demonstrando que a maioria delas é tanto previsível quanto evitável (FALSARELLA et al., 2014).

A origem multifatorial correlacionadas a quedas, chamam a atenção para uma abordagem proativa e eficiente no sistema de prevenção, que integre políticas, medidas proativas, preventivas e práticas. Estas Políticas devem ter a disposição infraestrutura e o apoio fundamentais para uma abordagem holística e integrada à prevenção das quedas, sendo que a prevenção tem demonstrado benefícios essenciais para apoiar a implementação eficaz das intervenções apropriadas. A Prática é onde a evidência é aplicada de acordo com os padrões e protocolos estabelecidos pelas políticas (BRASIL, 2010).

É necessariamente importância estratégias voltadas para se evitar as quedas, por meio da implementação de ações que minimizem esses fatores, como a avaliação rigorosa das condições do domicílio, bem como a adaptação e manutenção de acordo com a necessidade de



cada indivíduo, sendo que os familiares assumem um papel a fim de atender as sugestões de intervenção a fim de reduzir eventuais riscos e danos (GUIMARÃES, 2013).

Algumas sugestões bastante eficazes são : a prática regular de exercício físico, pois ajuda a que o idoso tenha um equilíbrio e marcha mais seguros; sapatos ou chinelos com calcanhares reforçados e presos aos seus pés com solas antiderrapantes; As vestimentas, bem como calças e os roupões devem ter a altura ideal para que não tropece; Os interruptores devem estar ao alcance do idoso; o ambiente interno quanto externo deve estar sempre muito bem iluminado; os eletrodomésticos devem estar presos à parede; adaptar pisos para antiderrapantes; o ambiente sempre livre de objetos; os móveis devem estar dispostos de modo que não impeçam a circulação; trocar tapetes soltos por antiderrapantes ou presos ao chão; a camas deve estar na altura estipulada mais conveniente; o quintal deve estar livre de folhas e flores húmidas no chão; estar atento aos animais de estimação, principalmente cães e gatos. Zelar pela segurança é uma questão de bom senso e precaução. Ao manter o ambiente livre de perigos está a diminuir o risco de queda tanto ao idoso quanto aos demais residentes (RITA DIOGO; MOURA, 2017).

Para uma melhor prevenção integral a ocorrência de quedas, a população mundial, merece receber um auxílio de qualidade quanto a esse acontecimento e de seus fatores de risco, pois a elevação de informações claras e concisas quanto a estes acidentes é capaz de minimizar a exposição a seus fatores desencadeadores, preparando a sociedade para vivenciar o processo de envelhecimento, principalmente quando há vulnerabilidade (NOGUEIRA et al., 2013).

O objetivo de estratégias de educação dos clientes e familiares não só sobre o risco de quedas e suas complicações, como também sobre como intervir em sua incidência é de suma necessidade. Um ambiente propício e satisfatório as suas atividades e que oferece segurança, é fundamental, proporciona estímulo e controle pessoal, facilita a interação social, estimula a adaptação às mudanças e é familiar para o idoso (BRASIL, 2013).

A implementação de medidas preventivas no ambiente domiciliar proporciona um suporte fundamental para um envelhecimento saudável, seguro e ágil; a realização de tarefas no dia-a-dia, com segurança, agregam mudanças ou adaptações arquitetônicas, sendo que a segurança é um direito que atribuído a todos os seres humanos, com pertinência para aqueles



que se encontram mais vulneráveis. É primordial uma segurança eficaz para se decorrer um envelhecimento ativo e bem-sucedido. (GEMITO et al., 2014).

Apesar de uma definição superestimada quanto aos fatores de risco ambientais e domiciliares que corroboram em quedas, são poucos os estudos compactos nesta área. A prevenção da queda é vista como a principal forma de diminuir a morbidade e a mortalidade, reduzir os recursos hospitalares e o asilamento e isolamento, como consequências. Os programas de prevenção têm o benefício de, simultaneamente, ampliar a saúde como um todo, bem como a qualidade de vida, sendo sua prática especialmente importante para a faixa etária mais idosa (BUKSMAN et al., 2010).

Programas que estimulam a prática regular de atividade física também é um excelente aliado aos idosos minimizam declínios na musculatura e estrutura influenciando diretamente a qualidade de vida, sua pratica independentemente da idade, auxilia no tônus e preservação da força muscular, e conserva os níveis metabólicos, e assim conter as quedas .cabe destacar que atividades como a musculação deve ser ofertada de maneira segura e compatível com capacidade física e respeitando suas condições motoras de acordo com sua individualidade, realizadas no mínimo duas vezes por semana para o aumento da força de membros inferiores e equilíbrio corporal (HANAUER et al., 2011).

Os benefícios da atividade física no processo de envelhecimento estão diretamente relacionados a efeitos psicológicos, tais como melhora do auto conceito, da autoestima, da imagem corporal, diminuição da ansiedade e tensão muscular, minimização da insônia e do consumo de medicamentos, e a socialização. Apresenta também relação significativa entre os níveis de atividade física e o estado de saúde mental, evidenciando menor prevalência de indicadores de depressão e ansiedade (GUIMARÃES et al., 2012, p. 667).

Tais ações de educação a saúde na terceira idade são citadas como uma mecanismos de a promoção a qualidade de vida, proporcionam a redução quanto aos níveis de quedas em seu ambiente familiar, melhoram a capacidade dos mesmos ao tomarem decisões relevantes a comportamentos que corroboram em risco de quedas, e aumentam a sua força muscular e a segurança ao desenvolvimento de atividades laborais, e auxiliam em sua saúde mental (GOMES et al. 2014).

Prevenir a ocorrência de quedas é a medida mais sabia, eficaz e satisfatória ao sistema de saúde, seja por meio de mudanças ou adaptações arquitetônicas tais como iluminação adequada, pisos antiderrapantes, apoios instalados no banheiro, manter o ambiente limpo e organizado, transmitir informações capazes de minimizar a exposição a seus fatores



desencadeadores, e estimular a prática regular de atividades físicas adaptadas as limitações físicas de cada indivíduo, contribuindo para o envelhecimento saudável e qualidade de vida na terceira idade.

COMPLICAÇÕES DAS QUEDAS EM IDOSOS

As quedas proporcionam sofrimento e complicações na terceira idade decorrentes de fraturas nas mais variadas estruturas anatômicas, lesões e feridas, e conseqüentemente transtornos emocionais como: tristeza, impotência para atividades laborais, medo de cair, perda da capacidade da autonomia, isolamento, restrição ao leito, exclusão de atividades sociais, e por vezes dependência integral de outros, pois precisam de ajuda para a execução de suas atividades (ALMEIDA; SOLDERA; GOMES, 2012).

Suas sequelas variam desde a presença de hematomas em lesões de tecidos moles, traumas ósseos, fragilidade, hospitalização e exposição a procedimentos cirúrgicos, por fim até mesmo a morte; Além destes danos de caráter físicos, os cuidadores e a familiares apresentam maiores chances de desenvolver transtornos psicoemocionais; tais episódios quando protagonizados dentro do ambiente hospitalar também decorrem em prejuízo as instituições por prorrogarem o tempo de internação e eventualmente maiores gastos de recursos a saúde (FECHINE e TROMPIERI, 2012).

Segundo Bizerra et al. (2014), afirmar em sua pesquisa que 60% das quedas ocorrem no domicílio, o estudo ainda afirma que 80% dos idosos passaram a sentir medo de cair após o incidente, 25% abandonaram a atividade que ocasionou a queda, e 23% modificaram os hábitos de rotina, esses dados evidenciam também sobre o temor e inseguranças de posteriores ocorrências de queda após o primeiro evento (BIZERRA et al., 2014).

Em um estudo realizado por Oliveira et al. (2014) cerca 19% das quedas pertinentes ao ambiente familiar, geram fraturas graves no idoso. Constituindo-se a população feminina as mais atingidas por quedas por conta da osteoporose e também são as que mais necessitam, devido a consequência das quedas, de atendimento médico e hospitalização. Dentre outras consequências associadas podemos destacar: contusões, entorses, feridas e abrasões, lesões musculares e neurológicas. E como consequências: imobilização, surgimento de outras doenças, dor, declínio funcional da atividade física, abandono de atividades de rotina, tristeza, mudança de comportamentos, e a perda de autonomia e da independência.



As fraturas de quadril também são complicações relativamente comuns após as quedas, onde houve uma elevação de 8%, em internações hospitalares por fratura de quadril, sendo responsáveis por morbidade e mortalidade neste grupo etário, e são caracterizadas segundo as regiões anatômicas, sendo as mais comuns as fraturas do acetábulo, geralmente decorrente de impacto de maior força física; as de fêmur e colo do fêmur, somam 45% e geralmente são de maior complexidade, pois afetam o fluxo sanguíneo e a cabeça do fêmur incorrendo em necrose; já nos casos de fraturas intertrocânticas e subtrocânticas, costumam gerar complicações à longo prazo (MAIA et al. 2011).

Por fim tais fraturas levam a embolia pulmonar como uma das possíveis complicações finais. Tais fraturas tornam o idoso incapacitado ao realizar atividades corriqueiras, transcorrendo para um estado de acamado, que acaba expondo a lesões por pressão (LPP) por percorrer horas ou mesmo dias deitado na mesma posição, o que leva a hipóxia e necrose tecidual, devido a estase sanguínea, e alta compressão mecânica do próprio corpo, torna-se comum o aparecimento de trombos nos membros inferiores, que se desprendem e percorrem seguindo a circulação, e se instalam no pulmão, gerando a Trombo Embolia Pulmonar (TEP), ou até mesmo se instalam no cérebro, e causar diretamente complicações graves (MACHADO, 2010).

Ainda no que se refere as fraturas, as literaturas citam as regiões do fêmur como as de maior preocupação as autoridades sanitárias, devido a suas altas consequências e gastos ao setor público, tais estudos também abordam que a expectativa de vida referentes a vítimas de trauma de fêmur é diminuída cerca de 15 a 20%, quanto a taxa de mortalidade correlacionada a tal fratura variam de 15 a 50%, sendo a incapacidade física pós trauma responsável por 50% da população idosa permanecer restrita ao leito ou mesmo a cadeira de rodas, nesta situação 25 a 35% precisam de cuidadores ou instrumentos de suporte a sua locomoção (BORGES, 2013).

Estudo recente avaliando a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos com história de fratura de fêmur um ano após o tratamento cirúrgico identificou dificuldade para deambular com necessidade de auxílio em 44,2%, com menores chances de recuperação da marcha naqueles com idade igual ou superior a 80 anos 21. Outro estudo, também avaliando idosos um ano após a fratura de fêmur, observou dependência parcial na realização das atividades da vida diária em 19,6% deles e dependência total em 13,7%, significando a existência de algum grau de dependência funcional em mais de 30% dos pacientes. (SOARES et al., 2014).



Durante o processo de hospitalização por fraturas decorrentes de quedas em idosos encaminhados para tratamento e/ou procedimentos cirúrgico, inevitavelmente foram expostas a demais patologias tais como: doenças infectocontagiosas, pneumonia, sepse, dentre outras. Estas complicações, informadas na Declaração de Óbito, podem esconder o verdadeiro percentual de óbitos que apresentam a queda como principal fator de mortalidade (MAIA et al. 2011).

Quanto aos óbitos associados a tal evento, variam segundo o local da lesão e/ou fraturas e sua gravidade bem como a presença de patologias crônicas representando a quinta causa de morte neste público, e nos casos em que não levam imediatamente a morte, colabora para que dois terços sejam expostos a dor e incapacidade funcional, restringindo ou inviabiliza sua mobilidade o impedindo de realizar atividades de vida diária (AVD) (BARBOSA, 2013).

É válido ressaltar que além de quedas no ambiente domiciliar os idosos também estão frequentemente expostos a este acidente durante situações de hospitalização constituindo um dos principais Eventos Adversos (EA) a serem evitados nas unidades de saúde levando a prioridade nos programas de segurança do paciente, pois, levam a complicações graves de diferentes intensidades, como retirada aparelhos terapêuticos, , piora do quadro clínico ou mesmo óbito, além de prorrogar o período de internação (CASTRO et al., 2011).

Segundo Araújo et al. (2014) menciona que mortalidade decorrentes de quedas na terceira idade corresponde a 0,69% em de todos os incluídos no estudo, dentre estes índices 7,15% englobando as causas de origem externas correlacionadas a quedas, e que poderiam facilmente ser evitadas mediante a implementação de ações já mencionadas por demais estudiosos.

De maneira geral aproximadamente 62,5% de episódios de queda não desencadeiam em lesões relativamente preocupantes, apenas presença de escoriações e cortes, e 18,8% agregaram em fraturas de fêmur, 12,5% complicações nos joelhos e 6,3% afetaram a cabeça, revelando a etiologia de situações preocupantes e que afeta significativamente o idoso, sua família, a sociedade em geral e sistema de saúde (ROCHA, 2010).

Em um estudo realizado por Nascimento e Tavares (2016), com uma amostra de 05 idosos, de 60 ou mais, residentes em Florianópolis, SC, a presente investigação revelou que as quedas mais graves acabam limitando as atividades básicas dos idosos, causando, além de



danos físicos, consequências psicológicas, nesta investigação idosos que já caíram, relatam medo de cair novamente, o medo de cair pode desencadear tanto em consequências físicas, como psicológicas e sociais, e pode acarretar menor confiança na capacidade de caminhar contribuindo para o declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social.

Em um estudo realizado por Oliveira et al. (2014), constituído por 1.705 idosos, de 60 anos ou mais, residentes em Florianópolis, SC, A presente investigação demonstrou que as quedas mais graves acabam limitando as atividades básicas dos idosos, causando, além de danos físicos, consequências psicológicas, Nesta investigação idosos que já caíram, relataram medo de cair novamente, O medo de cair pode ser desencadeado tanto pelas consequências físicas como psicológicas e sociais, podendo levar a menor confiança na capacidade de caminhar, contribuindo para declínio funcional, depressão, sentimentos de desamparo e isolamento social.

As quedas e o medo de quedas são conjunturas que podem gerar fins graves à saúde dos idosos e dispõem de fatores de risco compartilhados, podendo levar os indivíduos com tais encargos a um ciclo vicioso de declínio funcional, isolamento social, insatisfação física, alteração de equilíbrio e marcha, perda da confiança, entre outros, aumentando não só o risco de quedas, mas o medo (MALINI; LOPES; LOURENÇO, 2014 p.40).

Através de estudos voltados a temática evidenciam que os idosos acometidos por quedas apresentam complicações multifatoriais que levam a necessidade de algum procedimento prestado nos serviço de saúde, o que nos leva questionar se os que atuam diretamente na assistência aos mesmos como também a família e/ou responsáveis, que devem adaptar de imediato a estrutura física do local onde se encontram indivíduos da terceira idade para se reduzir assim possibilidade de novos eventos, além de tratamentos complementares. A especificação de idosos vítimas de acidentes por quedas contribui para a análise acerca desse fenômeno, que retrata um problema de saúde pública auxiliando a elaboração de ações educativas e de prevenção propicia a esse grupo etário (GUIMARÃES, 2013).

A caracterização de idosos vítimas de acidentes por quedas contribui para a reflexão a respeito desse fenômeno, que retrata um problema de saúde pública contribuindo com a elaboração de ações educativas e de prevenção propicia a esse grupo etário. Importante enfatizar que a prevenção de quedas em idosos pode se dar também por meio de habilitação e educação continuada dos profissionais de saúde, para que os que intervêm na visita domiciliar



seja capaz de orientar e intervir em situações de risco de quedas em idosos (CRUZ et al., 2012).

Dessa forma, sendo as quedas um evento influenciador na habilidade funcional e psíquica e que altera diretamente a condição de independência e de autonomia do idoso, é de suma relevância a busca por soluções capazes de reduzir os fatores de risco atrelados a mesmas. A identificação dos fatores de risco significativos causadores de quedas é uma importante etapa no sentido de estabelecer estratégias para prevenção da mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As complicações decorrentes de quedas encontram as fraturas de fêmur, quadril e outras, perda da autonomia e restrição ao leito, maior exposição a comorbidades, o medo de cair novamente, e abalo psicológico principalmente quando os mesmos são afastados de seu convívio social. Assim a prevenção de quedas no ambiente domiciliar, se dá por meio de condições como uma iluminação correta, pisos antiderrapante, ordenação do ambiente, ausência de tapetes, e prudência para assento durante o banho. Salientamos que material antiderrapante nos degraus e barras de apoio para facilitar o acesso à escada podem ser utilizados. Confortamos que é primordial a constatação dos grupos mais frágeis e suscetíveis a quedas, e que uma equipe multidisciplinar precisaria ser encarregue por tal identificação visto a natureza das quedas.

Espera-se que esta pesquisa seja capaz de acarretar novos olhares e de ideias mais críticas para avaliações de maior rigidez sobre as inconsistências presentes no ambiente físico domiciliado pela população idosa. Assimila-se uma arquitetura de interior capaz de adaptar-se às necessidades do público idoso, considerado maior percentual de usuários nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. T, SOLDERA, C. L. C, GOMES, I. R. T. L. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predispõem a quedas em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 58, n. 4, p. 427-33, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n4/v58n4a12.pdf>>. Acessado em: 08/03/2020 as 16:15 mim.

Araújo AM, Menezes RMP, Mendonça AEOd, Lopes MdS, Tavares AdM, Lima HCFd. Perfil da mortalidade por quedas em idosos. **Revpesquicuid fundam.** 2014; 6(3):863-75Disponível



em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p863>. Acessado em: 04/05/2020 as 09:02 mim.

BARBOSA KTF, Fernandes MGM, Oliveira FMRL, Santos KFO, Pereira MA. Queda em idosos: associação com morbidade e capacidade funcional. **J Nurs UFPE online** 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4719/6859>. Acessado em 28/04/2020 as 18:14 mim.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série pactos pela saúde 2006, v. 12. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 08/03/2020 14h 29min.

_____. Ministério da Saúde \ Secretaria de Saúde. **Protocolo elaborado pela equipe técnica do PROQUALIS**. 51f,2013. Disponível em: http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf. Acessado em 27/04/2020 às 11h50min.

BIZERRA, Caio Drummond de Amorim et al. Quedas de idosos: identificação de fatores de risco extrínsecos em domicílios. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 203-212, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2858>>. Acesso em: 08/03/2020 14h19min.

BORGES, F. G. **A abordagem da queda em idosos na atenção primária à saúde**, 2013. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4013.pdf>> Acesso em: 03/05/2020 as 02:09 mim.

BUKSMAN.S, VILELA ALS, PEREIRA SRM, LINO VS, SANTOS VH. **Quedas em Idosos: Prevenção**. Projeto Diretrizes, 2010. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>. Acessado 28/04/2020 às 11h19min.

CASTRO P.M.M.A; MAGALHÃES A.M; CRUZ A.L.C; REIS N.S.R.D. Testes de equilíbrio e mobilidade funcional na predição e prevenção de riscos de quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.129-140, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00129.pdf>. Acessado em: 28/04/2020 as 19:08 mim.

COUTO, Berenice Rojas. *et. al.* (org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. – 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2016.

CRUZ D.T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos; **Rev. Saúde Pública**. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017. Acessado em 17/04/2020 às 10h19min.



CUNHA, P. PINHEIRO, L.C. O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. **Rev. Port. Med. Geral Fam.**, Lisboa, v.32, n. 2, p. 96-100, abr. 2016. Disponível em: https://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200003&lng=pt&nrm=iso. Acessado 10/03/2020 às 17h18min.

FALSARELLA, Gláucia Regina. GASPARATTO, Livia Pimenta Renó. COIMBRA, Arlete Maria Valente. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00897.pdf>. Acessado em 10/03/2020 às 08h03min.

FERRETTI, Fatima. LUNARDI. Diany. BRUSHI, Larissa. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Fisioter Mov.** 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a05v26n4.pdf>. Acessado em 27/04/2020 às 11h03min.

FECHINE B.R.A.; TROMPIERI N. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso como Passados Anos. **Revista científica internacional**. ISSN: 1679-9844. Ed.20. v.1. n.7. 2012. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>. Acessado em 30/04/2020 as 17:08 mim.

GEMITO. Maria Laurência Parreirinha. BATINAS, Maria de Fátima Sousa. MENDES, Felismina Rosa Parreira. SANTOS, Silvana Sidney Costa. LOPES, Manuel José. Prevenção de quedas em idosos domiciliados: promoção do envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Vol. 6, núm. 5, dezembro, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750772012.pdf>. Acessado em 07 de abril de 2019 às 19h09min.

Gomes ECC, Marques APO, Leal MCC, Barros BP. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados**: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde coletiva*, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803543 acesso em: 30/04/2020 as 09:01 mim.

GUIMARÃES, Renato Vinicius Alves. **Queda no idoso**: uma abordagem multicausal. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais. 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4111.pdf>. Acessado em 28/04/2020 às 19h11min.

GUIMARÃES, A. C. A; SCOTTI, A. V; SOARES, A; FERNANDES, S.; MACHADO, Z. Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. **Rev., Brás.Geriatr.Gerontol**, Rio de Janeiro, p.669-670, 2012.

HANAUER, Thomas. PETTENON, MarinezKoller. GOMES, Joseila Sonogo, STUCKY, Rosane Maria Michel. ROSANELLI, Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan. KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat. Identificando fatores de risco que contribuem para quedas em idosos. **Revista contexto & saúde ijuí editora unijuí**. Vol. 10 N. 20



jan./jun. 2011. Disponível em:
file:///C:/Users/Edinalva/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbw
e/TempState/Downloads/1721-Texto%20do%20artigo-7054-1-10-20130716%20(1).pdf.
Acessado em 28/04/2020 às 13h09min.

IBGE. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em:<<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/default.shtm>>. Acessado em 10/03/2020 às 11h03min.

MALINI, Flávia M.; LOPES, Cláudia S.; LOURENÇO, Roberto A. Medo de quedas em idosos: uma revisão da literatura. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.38-44, 2014. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=470. Acessado em 11/03/2020 às 11h30min.

MAIA BC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2011; p.381-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200017>

MENDES, Farah Rejenne Corrêa; CORTEZ, Beltrana. O ambiente da velhice no país: por que planejar? **Revista Kairós**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 197-212, 2017. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2787/1822>>. Acessado em 10/03/2020 às 15h41min.

MORAES, Suzana Albuquerque. SOARES, Wuber Jefferson Sousa. LUSTOSA, Lygia Paccini. BITON, Tereza Loffredo. FERRIOLO, Eduardo. PERROCINI, Monica Rodrigues. Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n5/pt_1809-9823-rbagg-20-05-00691.pdf. Acessado em 25/04/2020 às 11h050min

NASCIMENTO, Janaína Santos. TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto Contexto Enferm.** Vol. 25. Nº2. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0360015.pdf>. Acessado em 10/03/2020 às 13h45min.

NOGUEIRA A, ALBERTO M, CARDOSO GA, BARRETO MAM. Risco de queda nos idosos: educação em saúde para melhoria da qualidade de vida. **Rev. Práxis**, 2013. Disponível em <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/582>. Acessado em 10/03/2020 às 16h023min

OLIVEIRA, Adriana Sarmiento de; TREVIZAN, Patrícia Fernandes; BESTETTI, Maria Luísa Trindade; MELLO, Ruth Caldeira de. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 637-645, set. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000300637&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 10/03/2020 às 01h24min.



PERREIRA, Silviane Galvan. SANTOS, Claudia Benedita dos. DORING, Marlene. PORTELLA, Marilene Rodrigues. Prevalência de quedas no domicílio de longevos e fatores extrínsecos associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2900.pdf. Acessado em 26/04/2020 às 10h055min.

RITA DIOGO, Ana. MOURA, Margarida. **GUIA PRÁTICO ILUSTRADO: Aumente a sua qualidade de vida e a do idoso dependente também**. 9f, 2017. Disponível em: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf. Acessado em 27/04/2020 às 13h044min.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Concepções teórico-filosóficas sobre - envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**. Vol. 63. Nº 6. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_abstract&tlng=pt> Acessado em: 10/03/2020 às 16h 01min

SILVA, Marta Borba. **Assistência Social e seus usuários: entre a rebeldia e o conformismo**. – São Paulo: Cortez, 2014.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza; MORAES, Suzana Albuquerque de; FERRIALLI, Eduardo; PERROCINI, Monica Rodrigues. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-60, mar. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00049.pdf>> Acessado em 10/03/2020 às 20h13min

REZENDE, C.P.; GAEDE-CARRILLO, M.R.G.; SEBASTIÃO E.C.O. **Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública vol.28 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2012. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400002>. Acesso em: 10/03/2020.

ROCHA, L.; DENARDIN, B., LOURDES M.; BEUTER, M.; SILVA, R.M.; PETRI, T. J. **Vulnerabilidade de idosos às quedas seguidas de fratura de quadril** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 14, núm. 4, pp. 690-696 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil outubro-diciembre, 2010.



CAPÍTULO 9

SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE: ELABORAÇÃO DO PERFIL DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DOS LEITOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL NA PARAÍBA

Clésia Oliveira Pachú, professora doutora, UEPB
Maria Da Guia Nunes Pereira, graduanda de Farmácia, UEPB
Diana Aires Silva, graduanda de Serviço Social, UEPB
Thayse Genuino Martins, graduanda de Serviço Social, UEPB

RESUMO

Este artigo apresenta projeto de pesquisa em desenvolvimento objetivando identificar o perfil dos adolescentes usuários dos leitos especializados em saúde mental do município de Campina Grande, Paraíba. A metodologia a ser utilizada na presente pesquisa do tipo quantiquantitativa descritiva, será desenvolvida no serviço de desintoxicação do município de Campina Grande, Paraíba, no período de fevereiro a junho de 2018. O interesse no tema adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas se deu a partir da inserção no Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS), em Setembro de 2017, após aprovação no Edital UEPB/PEPAD/001/2017. A coleta de dados nos arquivos do referido serviço acontecerá por meio de formulário desenvolvido pelas pesquisadoras composto das seguintes variáveis: Sexo, idade, forma de entrada no equipamento de saúde, antecedentes psiquiátricos, substâncias psicoativas utilizadas pelos usuários e medicamentos prescritos durante o tratamento. Os dados são coletados nos prontuários disponíveis no setor da saúde mental de usuários adolescentes atendidos entre janeiro a dezembro de 2017 e serão analisados por estatística descritiva e, qualitativamente com base na técnica de análise de conteúdo. Sua importância consiste em contribuir de forma científica, produzindo arcabouço teórico, proporcionando ampla discussão e conduzindo a novos pontos a serem investigados.

Palavras-chave: Saúde Mental. Emergência psiquiátrica. Usuários de drogas.

INTRODUÇÃO

A discussão acerca do tema saúde mental no Brasil é recente. A atenção à saúde na Idade Média era prestada por religiosos, com o passar do tempo foram criados novos serviços e, em 1920, a assistência era fornecida em consultórios apenas para quem podia pagar pelo serviço, e, nas Santas casas para pobres. Em seguida, surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) prestadoras de assistência médica e benefícios previdenciários. Estas só permitiam acesso a estes serviços aqueles que tinham vínculos empregatícios e contribuíam



com as Caixas. Somente a partir das denúncias de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos foi possível a criação do tratamento humanizado.

No passado as pessoas que sofriam com algum transtorno causado por uso de substâncias ou não, eram vistas como ameaça à paz da sociedade e o seu tratamento foi mecanismo de exclusão e punição para aqueles que sofriam com esta doença. Portanto, discutindo os avanços alcançados após estas denúncias, a exemplo dos hospitais com leitos especializados para saúde mental e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), criados a partir da aprovação da Lei nº 10.216/01 que originou a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

A aprovação da Lei nº 10.216/01 deu origem à Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, regulamenta serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Além das mudanças na forma de tratamento, o “doente” mental/paciente, como era até então chamado, passa a ser considerado como usuário sujeito de direitos, e de seu tratamento. Desta forma, buscaram-se novas alternativas de atenção à saúde mental que originam a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), dos Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), bem como dos Hospitais-Dia e das Residências Terapêuticas.

Também da mesma lei citada anteriormente foi aprovada a Portaria Nº 148, DE 31 de janeiro de 2012 que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Neste contexto, surgiram alguns hospitais com atendimentos emergenciais, como o Hospital Dr. Edgley Maciel da cidade de Campina Grande, Paraíba, referência para atendimento de pacientes em surto psicótico e desintoxicação por uso de entorpecentes.

A emergência psiquiátrica vem se tornando um elemento fundamental no que se refere ao atendimento do usuário em crise ou surto psiquiátrico. É com base nesta importância do serviço para a comunidade que identificamos através do projeto de extensão a necessidade de se ter informações mais detalhadas e precisas sobre esses usuários atendidos naquele serviço de saúde, traçando assim seu perfil.

A escolha deste tema ocorreu devido à nossa inserção no Núcleo de Educação e



Atenção em Saúde (NEAS) realizando por meio do Programa Educação e Prevenção ao Uso de Tabaco e outras drogas (PEPAD), em Setembro de dois mil e dezessete, onde verificamos a necessidade de analisar o perfil dos usuários dos leitos especializados em saúde mental da cidade de Campina Grande, Paraíba.

O tema é relevante no contexto social por ser o abuso de drogas problema global e de saúde pública a ser enfrentado pela sociedade, pelo equipamento de saúde e pelos familiares dos adolescentes. As consequências do consumo e abuso de drogas vão desde problemas de saúde até problemas de cunho social. Dessa forma, este projeto tem como propósito traçar o perfil dos usuários adolescentes dos leitos especializados em saúde mental, no ano de dois mil e dezessete. Espera-se contribuir com um arcabouço teórico acerca do tema, possibilitando a ampliação dos debates e informação à comunidade acerca da realidade da saúde nos dias atuais.

Dessa forma, temos como objetivo geral a identificação do perfil dos adolescentes usuários dos leitos especializados em saúde mental do município de Campina Grande, Paraíba. E como objetivos específicos: relatar quais as substâncias psicoativas mais utilizadas por esse público e antecedentes psiquiátricos; analisar o vínculo familiar do usuário e relação entre a internação e o ato infracional; verificar o tempo de tratamento do usuário na instituição; e realizar levantamento dos principais medicamentos prescritos durante o tratamento de desintoxicação e, (in)existência de interações medicamentosas

METODOLOGIA

A pesquisa será do tipo quantiqualitativa descritiva com base no método crítico dialético. Segundo Minayo (2002), esse método de pesquisa pressupõe uma análise dialética que permita enxergar que ambas podem ser trabalhadas em conjunto, trazendo elementos que se complementam, corroborando para interpretação mais abrangente da realidade posta. Dessa forma, os dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois, a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia conforme afirma Minayo (2002).

A pesquisa encontra-se em fase de desenvolvimento e está sendo realizada no setor documental dos leitos especializados em saúde mental do Hospital municipal Dr. Edgley Maciel, situado na Rua Fernandes Vieira, 659, José Pinheiro, Campina Grande, Paraíba.



conforme observado no Quadro 1.

A população em análise, usuários assistidos nos leitos especializados em saúde mental. E a amostra os adolescentes usuários da referida instituição, com transtornos causados por uso de substâncias psicoativas.

Serão analisados e incluídos na pesquisa todos os documentos (prontuários individuais) de adolescentes que passaram na instituição de Janeiro a dezembro de 2017 e fizeram uso de substâncias psicoativas. Como critério de exclusão serão prontuários de adolescentes ausentes de histórico de abuso de substâncias psicoativas..

A coleta de dados já pôde ser iniciada em virtude da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB. A coleta de dados está ocorrendo por meio de formulário elaborado pelas pesquisadoras acerca do perfil do usuário, histórico farmacoterapêutico e utilização de drogas ilícitas, e em conformidade com documentos disponíveis no setor da saúde mental da referida instituição.

Os dados quantitativos serão analisados após a conclusão da etapa da coleta de informações, e, analisados por estatística descritiva simples. Para analisar os dados qualitativos, será utilizada a técnica de análise de conteúdo, respeitando todas as informações dos prontuários, demonstrando a importância de ser fiel ao que se foi observado, buscando de maneira crítica fazer análise da realidade historicamente descrita, mostrando a importância do trabalho na vida do usuário.

Quadro 1: Etapas do desenvolvimento metodológica da pesquisa.



Fonte: O autor, 2018

Na elaboração do perfil do usuário deste serviço, o roteiro utilizado tem como pontos: Definição do sexo que mais utiliza o serviço; Participação da família no acompanhamento do tratamento do usuário; Definição do tempo médio de duração do tratamento deste usuário na instituição; Verificação de antecedentes psiquiátricos; Analisar se a internação está vinculada a algum ato infracional, no caso, se a internação foi solicitada por meio de medida judicial, conforme mostra o Quadro 2 .

Quadro 2. Dados a serem demonstrados acerca dos adolescentes usuários dos leitos de saúde mental.

Dados a serem demonstrados acerca dos usuários dos leitos de saúde mental.					
Sexo	Vínculo Familiar	Substâncias Psicoativas	Tempo de Tratamento	Antecedentes Psiquiátricos	Ato Infracional
Definição do sexo que mais utiliza o serviço;	Participação da família no tratamento;	Elencar quais as substâncias psicoativas mais utilizadas;	Relatar o tempo de tratamento do usuário na instituição;	Verificar os antecedentes psiquiátricos.	Analisar se há relação entre a internação e o ato infracional;

Fonte: O autor, 2018

A pesquisa com base nos dados coletados por meio de Formulário foi elaborado pelas pesquisadoras, em virtude da semelhança com dados disponíveis no setor da saúde mental. Dessa forma, trazemos a importância dos registros realizados nos prontuários individuais desses usuários.

Conforme Matos (2013), os prontuários surgem como estratégia de sintetização das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais de saúde que tiveram contato com o usuário no período em que o mesmo esteve na instituição, e proporcionando também uma comunicação sobre acerca do que foi avaliado durante outros atendimentos e a situação enfrentada pelo paciente. Dessa forma:

“O prontuário do usuário reflete, por meio dos registros escritos, os procedimentos realizados junto a este pelos trabalhadores que o atendem diretamente no que se refere ao seu tratamento, ou seja, os registros dos profissionais- por exemplo: assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais etc.” (MATOS, 2013, pág.131- 132).

A pesquisa com base em documentos é ampla, fazendo parte de contexto social e



refletindo a realidade vivida. Por isso, torna-se de extrema relevância sua análise criteriosa e fidelidade aos registros.

Entretanto, segundo Campanharo (2013), o tratamento com medicamentos é essencial no cuidado à saúde, mas também pode ser causa de doença e morte, podendo conduzir enorme ônus econômico para a sociedade. Com isso, têm sido demonstrado os erros mais frequentes que colocam em risco a saúde do paciente, onde geralmente são ocasionados por medicamentos, como por exemplo; as Interações Medicamentosa (IM). No entanto, estudos indicam que classes terapêuticas que mais apresentam inadequações de uso são antidepressivos, ansiolíticos e antibióticos, medicamentos psicotrópicos conduzem a dependência. Estas classes são muito utilizadas no curso de internações para tratamento de desintoxicação.

Daí a importância de analisar o perfil dos usuários necessitados de cuidado, onde deve ocorrer a revisão das prescrições por profissional, ajudando a observar a existência de doenças e detectar mudanças na saúde mental, possibilitando a identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos. Também serão associados a morbimortalidade, identificando as substâncias psicoativas mais utilizadas por esse público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento da pesquisa pôde-se perceber até o presente momento relaciona-se ao grande número de adolescentes usuários dos serviços para desintoxicação, possivelmente, corresponde aos avanços no serviço de Emergência Psiquiátrica de Campina Grande. O aperfeiçoando ocorreu porém ainda precisa aprofundar o conhecimento referente a demanda do serviço e a relevância deste para sociedade. Com isso, buscar também articulações com outros setores que compõem a rede de saúde mental no município para melhor atendimento e eficácia dos serviços para estes usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas -portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.

_____ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das



peçoas -portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. Legislação em Saúde Mental. 5. ed. ampl. Brasília: 1990-2004.

CAMPANHARO, Cássia Regina Vancini. Interação medicamentosa no serviço de emergência. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/10.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.

In: MINAYO, M. C. DE SOUZA (org). Pesquisa social. 23 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MATOS, Maurílio Castro de. Serviço social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva, 1928, Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 17. Reimpr.. São Paulo: Atlas, 2008.



CAPÍTULO 10

IMPLANTAÇÃO DA DISCIPLINA PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NOS CURSOS DE SAÚDE

Janielle Silva Marinho de Araújo
Inglidy Rennaly Maciel Melo
Clésia Oliveira Pachú

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicinas tradicionais e complementares, foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº 971 de 2006 e ampliada pela Portaria 145 de 2017 do Ministério da Saúde. Objetivou-se revisar acerca da implantação do componente curricular práticas integrativas e complementares nos cursos da área de saúde. O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da implementação do componente curricular Prática Integrativas e Complementares (PICS) nos cursos de graduação de saúde, foi realizada por consulta a bancos de dados Ministério da saúde e SciELO. A busca foi realizada pela combinação das palavras-chave “Terapias Complementares” e “PICS na graduação” com língua e sintaxe apropriadas a cada banco de dados, a partir de 2006, utilizaram-se artigos em português. Diante das bases utilizadas, foram encontrados cerca de seis artigos relacionados com o exercício das práticas integrativas e complementares (PNIPC) nos cursos de graduação em saúde. A utilização desta na atenção básica como forma de inclusão por ser de baixo custo, fácil acesso e excelente perspectiva de ampliação do cuidado em saúde. Há necessidade de integrar a medicina moderna às práticas de saúde não convencionais na atenção à saúde. As práticas complementares podem ser recursos úteis na promoção da saúde, porque estabelecem uma nova compreensão do processo saúde-doença, destacando-se a perspectiva holística e emponderamento individual impactando na vida cotidiana dos sujeitos.

Palavras-chave: Práticas Complementares; Terapias Complementares e PICS na graduação.

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicinas tradicionais e complementares, foram institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada pela Portaria GM/MS nº



971, de 3 de maio de 2006 e ampliada pela Portaria 145 de 2017, totalizando 19 práticas desde março de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) teve sua implantação consolidada no início do século XXI, no Brasil. Esta Política corroborara com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e acrescenta linha de tratamento alternativo ao paciente no serviço público de saúde de cunho holístico, antes restrita ao serviço privado (BRASIL, 2006). Neste contexto, destaca-se a preocupação do Estado com a inclusão dos sujeitos no cuidado em saúde.

Segundo Brasil (2006) a implantação da PNPIC comina com o fortalecimento do SUS, na capacitação profissional, meios de divulgação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) a população, estímulos a pesquisa científica e também as universidades, visando inserção de disciplinas nos cursos de graduação e pós-graduação relacionado às PICs.

Contudo, para potencializar as ações de promoção de saúde e cuidado no SUS, é necessário superar os desafios presentes em práticas de cuidado segmentado, individualistas, limitadas, restritas e de difícil acesso, para que aconteça a inserção das PICS e a construção e qualificação de um campo de cuidado e promoção de saúde no SUS (LIMA; SILVA; TESSER, 2014).

Estão dispostas na PNPIC, como PICS: Homeopatia, Medicina tradicional chinesa/acupuntura, Plantas medicinais e fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo social/crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropaxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2018).

Devido a implantação de PICS não ser exigida, os profissionais que tem conhecimento acerca das PICs relatam ter obtido essas informações por meio de experiência familiar ou leitura, não tendo a graduação como fonte principal do conhecimento adquirido. Afirmam também que a implantação de componentes referentes a área seria importante na matriz curricular (CONTIJO E NUNES, 2017).

As PICS podem contribuir para a integração disciplinar, pois utilizam continuamente e de maneira quase que inalterada os mesmos recursos tecnológicos há muito tempo, sob natureza interdisciplinar. O realizar dessas práticas possibilita a utilização de alternativas



capazes de fazer diferença no modo de cuidar, através de meios alternativos na promoção da saúde, não lucrativos, menos onerosos e mais adequados para o cuidado holístico dos indivíduos atendidos (JÚNIOR, 2016).

Estão sendo cada vez mais utilizadas, pois entre as suas vantagens estão o auxílio na redução do estresse, de níveis de ansiedade, sintomas depressivos, alívio da dor e quadros de compulsão alimentar, colaboração para melhora do bem-estar, serenidade, humor e qualidade do sono (RODRIGUEZ et al., 2015).

O Ministério da Saúde e da Educação devem realizar investimentos em pesquisa e ensino nas graduações e pós-graduações que sejam voltados aos profissionais em formação e atividade para que se estimule a formação crítica de pesquisadores, professores, trabalhadores das PICS nas universidades e serviços de saúde, também estimulando o financiamento por parte dos municípios para a capacitação desses profissionais (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Deste modo, entende-se que a implantação da disciplina Práticas Integrativas e Complementares em Saúde se faz necessário, quando vislumbrado que a falta de conhecimento dos graduandos dos cursos de saúde em relação às PNIPC emitem déficit na saúde pública, bem como na prática de outras alternativas na cura de agravos em saúde.

Neste estudo, objetivou-se apresentar a correlação entre as PICS e sua implementação nos cursos de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa acerca da inserção das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) nos cursos da área de saúde. As revisões integrativas são métodos que proporcionam a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados obtidos e observados através das pesquisas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram consultados os bancos de dados Ministério da saúde e SciELO. A busca foi realizada pela combinação das palavras chaves “Terapias Complementares” e “PICS na graduação” com língua e sintaxe apropriadas a cada banco de dados, a partir de 2006 e utilizaram-se artigos em português.



Os critérios de inclusão dos estudos para revisão foram: Estudo publicado entre 2006 e 2017, contendo dados que fundamentassem a importância da implementação do conhecimento das PICS nos cursos de graduação. Para os resultados de cada busca, a seleção inicial ocorreu pela leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados, sendo descartados aqueles evidentemente não relacionados ao tema, local ou período estabelecidos nesta pesquisa, bem como os que não continham dados originais.

Dos títulos e resumos elegíveis, os artigos foram avaliados e fizeram parte da segunda etapa de seleção quanto à elegibilidade. Os artigos que aparentemente cumpriam com os critérios de inclusão foram obtidos e analisados criteriosamente. Finalmente foram incluídos aqueles que contemplavam a proposta da presente revisão sistemáticos. Para os estudos identificados que cumpriram os critérios de inclusão, organizaram-se suas características incluindo autor, ano e local do estudo, método utilizado, participantes e principais resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, entre os 20 artigos identificados com a estratégia de busca utilizada, 8 artigos tiveram que ser avaliados na íntegra, mas somente 3 cumpriam com os critérios de inclusão da revisão (Figura1). Esses 8 artigos se referiam a 2 estudos onde estavam inseridas as palavras-chave: “Terapias Complementares” e “PICS na graduação”.

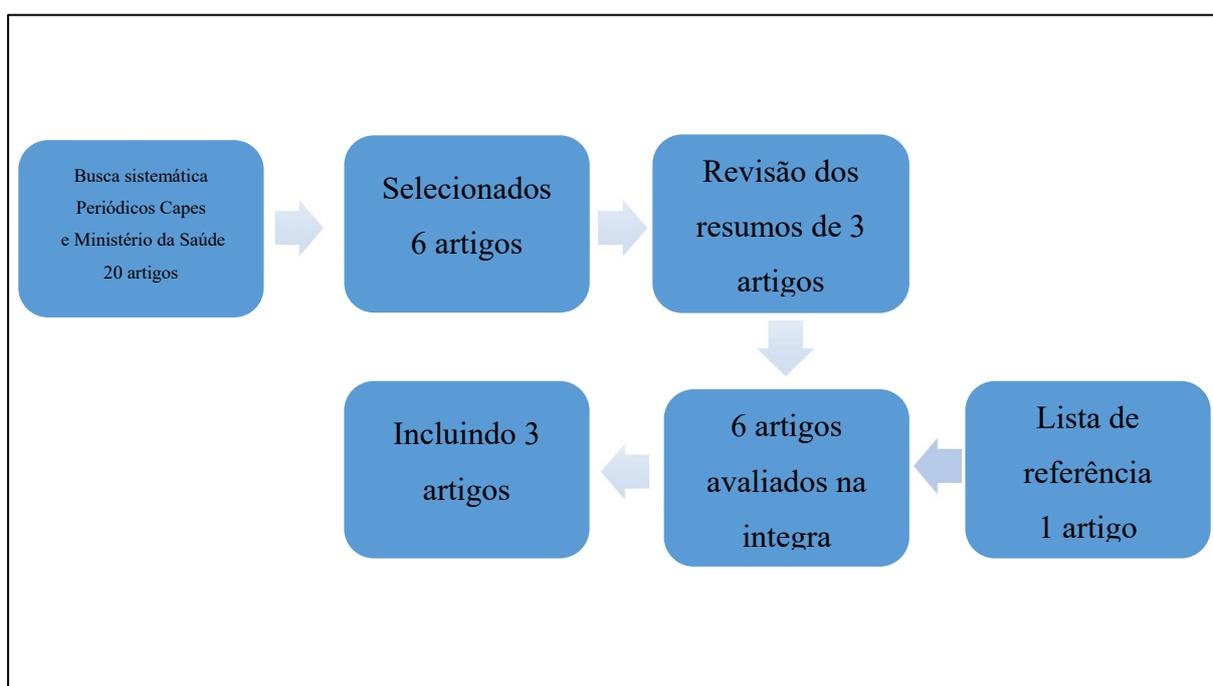
A totalidade dos estudos utilizou abordagem transversal de desenho de estudo para obtenção das informações que foram coletadas. Os três artigos incluídos na revisão foram originalmente publicados em português.

A Tabela 1 mostra as características dos estudos incluídos na análise. Cerca de 10% dos artigos analisados se tratava de uma revisão sistemática para a obtenção das informações que foram coletadas por meio do Ministério da Saúde e Periódicos Capes, os três artigos que foram incluídos, todos são em português.

Diante das bases utilizadas, foram encontradas poucas fontes que expusesse a implementação da Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNIPC) nos cursos de graduação da área de saúde. O Ministério da Saúde aprovou em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e em 2017 implementou com novas PICS diante da necessidade de integrar a medicina moderna às práticas de saúde não convencionais na atenção à saúde.

Na literatura, encontram-se diferentes denominações das práticas terapêuticas, entretanto, no Brasil, usa-se a expressão práticas integrativas e complementares (PIC) (BRASIL, 2009). Essa denominação difundiu-se desde a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, na qual se incluem, em seu escopo: Medicina tradicional chinesa (sobretudo, a acupuntura), homeopática e antroposófica, plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia) (ISCHKANIAN et al., 2012).

Figura 1 - Fluxograma de artigos utilizados por meio das ferramentas de busca, expostas abaixo



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Tabela 1 - Características dos estudos utilizados

Referência	Ano	Local	Método	Resultados
BRASIL	2006	Ministério da saúde	Revista catalográfica	Dos 5.560 questionários enviados, retornaram 1342, dos quais 232 apresentaram resultados positivos e demonstraram a estruturação de alguma prática integrativa e/ou complementar em 26 estados,



				num total de 19 capitais, sendo a amostra considerada satisfatória no cálculo de significância estatística para um diagnóstico nacional.
GONTIJO, M. B. A	2017	Scielo	Estudo descritivo e exploratório	Participaram 118 profissionais da saúde, de nível superior, do Sistema Único de Saúde de três municípios brasileiros, em 2014. Procederam-se à análise descritiva e à análise de <i>cluster (two-step cluster)</i> . A maioria dos profissionais conhece parcialmente as práticas integrativas e complementares; considera mais eficiente a acupuntura e a fitoterapia; desconhece a antroposofia e o termalismo; tem menor credibilidade na homeopatia; desconhece a política nacional de práticas integrativas e complementares; considera que seus conhecimentos não foram obtidos durante a graduação, mas principalmente pela leitura e experiência em família; entende que estas práticas devem ser inseridas na graduação e que são importantes para a profissão e para o serviço.
ISCHKANIAN et al, 2012	2012	Scielo	Análise documental e a entrevista com roteiro pré-	Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que apenas cinco dos 26 entrevistados



estabelecido
direcionada

conheciam a PNPIC, que ainda prevalece o modelo biomédico nos atendimentos, que o fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em algumas das PIC tem se constituído em grande problema na unidade, que a divulgação das PIC não tem sido suficiente para que profissionais e usuários as conheçam.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Segundo Ischkanian et al., (2012) para agregar as PICS ao atendimento convencional, é necessário a formação e qualificação dos profissionais diante das dificuldades e desafios em sua implantação, além de fornecimento de material e aquisição de insumos utilizados em instituições públicas. No entanto, o SUS tem se mostrado favorável ao uso de recursos terapêuticos que sejam eficazes e economicamente mais acessíveis.

Porém, faz-se necessário que o mercado esteja qualificado de forma adequada e, para que isto aconteça, é preciso que todos os profissionais se encontrem aptos a realizar tais práticas e, desta forma, então detentores do conhecimento acerca das práticas integrativas e complementares.

A implantação das PNPIC enriquece a política no SUS devido a melhor capacitação profissional, por intermédio da divulgação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e implantação na comunidade trazendo diversos benefícios aos praticantes das diversas áreas disponíveis, dependendo do conhecimento dos profissionais, sendo comum principalmente aos profissionais de saúde (BRASIL,2006).

Contijo e Nunes (2017) afirmam que pelo fato da implantação não ser exigida, os profissionais que têm conhecimento acerca das PICS, não possuindo a graduação como fonte principal do conhecimento adquirido, onde a implantação de disciplinas referentes a área seria importante na matriz curricular já que o conhecimento das PICs é adquirido por meio de recursos próprios e contratação de terceiros, onde deveria ter a graduação como recurso



principal. Neste sentido, verifica-se a falha da educação formal no processo de inclusão de sujeitos, quer seja profissional ou assistidos.

Há multiplicidade de práticas em saúde que, necessariamente, não se fundamenta por racionalidade médica ou outras práticas que atuam de forma complementar. Para tanto, é importante se obter uma definição mais clara acerca deste campo para viabilizar a prática em promoção da saúde.

A promoção da saúde pode ser compreendida como campo de propostas, ideias e práticas, que estão em ascendência na saúde pública, oriunda de concepção ampla do processo saúde/doença e de seus determinantes, recomendando a articulação de saberes, técnicos e populares, e, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A inserção das práticas integrativas e complementares nos cursos de graduação configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, principalmente na rede SUS na tentativa de envolver a integralidade da atenção à saúde da população. Nesse entendimento, ressalta-se a importância da implementação deste componente na grade curricular dos futuros profissionais de saúde para que possam estar qualificados para atuar na rede primária fortalecendo as práticas de promoção da saúde, em especial as PICS.

CONCLUSÃO

No presente artigo de revisão sistemática, verificou-se a escassez de artigos na literatura acerca da implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Verifica-se a importância das PICS devido à necessidade de inclusão de assistidos no Sistema Único de Saúde de forma pública e qualificada promovendo saúde a população. Deste modo, há necessidade de implantar nas graduações esse componente curricular enriquecendo a promoção da saúde, aumentando o número de assistidos e melhor qualificando os profissionais.

As práticas integrativas e complementares se apresentam como recursos úteis na promoção da saúde, por estabelecer uma nova compreensão do processo saúde/doença, destacando a perspectiva holística e o empoderamento individual, com impactos na vida cotidiana dos sujeitos.

REFERÊNCIAS



BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas E Complementares No SUS: Atitude De Ampliação De Acesso** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático : práticas integrativas e complementares em saúde**. – Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS/ Ministério da Saúde** – Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. F. Integrative and complementary practices: knowledge and professional credibility of the public health service. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro. v. 15 n. 1, p. 301-320, 2017.

ISCHKANIAN, C.P., PELICIONI, F. C., Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**. v.22, n.2 São Paulo, 2012.

JÚNIOR, E.T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 86, 2016.

LIMA, K.M.S.V.; SILVA, K.L.; TESSER, C.D. Práticas integrativas e complementares e relação com a promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Revista Interface**, v. 18, n. 49, p. 261-272, 2014.

RODRIGUEZ, L. et al. Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa. **Revista Enfermaria Global**, n. 39, jul. 2015.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Revista Einstein**, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

TESSER, C.D.; SOUSA, I.M.C.; NASCIMENTO, M.C. Práticas integrativas e complementares na atenção primária a saúde brasileira. **Revista Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 174- 188, 2018.



CAPÍTULO 11

ESGOTAMENTO PROFISSIONAL DAS EQUIPES DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Cryshna Leticia Kirchesch, Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas (RS), Brasil. Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Gerenciamento em Enfermagem pela Faculdade Unyleya. Brasília (DF), Brasil. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas (RS), Brasil

RESUMO

Objetivo: conhecer os sintomas físicos e psicológicos relacionados ao estresse evidenciado no cotidiano ocupacional das equipes de enfermagem, que atuam em unidades de urgência e emergência. **Método:** revisão integrativa realizada nas bases de dados da LILACS e SciELO. Os critérios de inclusão foram trabalhos indexados em formato de artigos; redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol; de qualquer limite temporal. A amostra constituiu-se de 9 artigos. **Resultados:** elencou-se os fatores que geram estresse aos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência, e consequentes sinais e sintomas que no decorrer do cotidiano laboral são apresentados por esses profissionais, como sensação de fadiga, dor de cabeça por dor muscular (ombros e pescoço), sensação de desânimo de manhã ao se levantar, indisposição gástrica, taquicardia, rubor facial e sensação de sudorese. **Conclusão:** diante dos fatores que influenciam na saúde do trabalhador, torna-se necessário refletir acerca de possíveis atividades que amenizem os problemas geradores de estresse, que levam ao esgotamento profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Enfermagem em emergência; Esgotamento profissional; Enfermagem do trabalho.

INTRODUÇÃO

O esgotamento profissional, também conhecido pelo termo em inglês Burnout, caracteriza-se pelo estresse vivenciado pelo profissional em seu ambiente de trabalho, podendo resultar em desmotivação, exaustão e aumento da taxa de absenteísmo (RISSARDO; GASPARINO, 2013).

Os primeiros estudos que originaram o termo “Burnout” foram desenvolvidos por trabalhos seminais do psicanalista Herbert Freunderberguer, em 1974, quando este



acompanhou o desgaste emocional de profissionais que trabalhavam numa clínica de dependentes químicos em Nova York (MARTINS et al., 2014).

Em 1981, houve a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da temática e assim, Maslach e Jackson elaboraram um instrumento de mensuração denominado MaslachBurnoutInventory (MBI). O MBI foi testado em investigações envolvendo países como a Coréia do Sul, Brasil, dentre outros, sempre seguindo as três dimensões que explicam o Burnout: exaustão emocional; despersonalização e falta de realização pessoal (PIRES et al., 2012).

Na exaustão emocional ocorre a perda dos recursos emocionais para lidar com o trabalho, como se não houvesse mais energia para prestar a assistência exigida no desenvolvimento de suas atividades. Na despersonalização, acontece a dissimulação afetiva, caracterizada por insensibilidade e cinismo com as pessoas que recebem o serviço prestado. E no terceiro pilar de análise, a falta de realização pessoal, promove uma tendência a avaliar o próprio trabalho de forma negativa, o que acaba por comprometer o serviço (RISSARDO; GASPARINO, 2013).

Esses transtornos são frequentemente encontrados em profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência, nas quais a tensão emocional é alta em decorrência da gravidade dos diagnósticos apresentados pelos pacientes internados. De acordo com a Portaria nº 354, de 2014, o termo urgência é caracterizado como ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já a emergência é a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte (BRASIL, 2014).

Desse modo, as unidades de urgência e emergência são locais que necessitam de agilidade no atendimento, devendo a equipe ser capacitada para lidar com situações imprevistas e que exigem maior complexidade técnica, por se tratar de pacientes que apresentam patologias graves com risco de morte (BEZERRA et al., 2012).

Acredita-se que ao trazer os sintomas físicos e psicológicos da síndrome de Burnout, esse estudo possa contribuir para que os enfermeiros assistenciais, reflitam acerca da importância em conhecer a patologia, empenhando-se na identificação precoce, principalmente em seus locais de trabalho, de problemas que estejam sendo evidenciados no cotidiano laboral da equipe de enfermagem, a fim de evitar a progressão do quadro clínico



que poderá resultar em afastamento compulsório das atividades profissionais. Dessa maneira, esse estudo teve como objetivo conhecer os sintomas físicos e psicológicos relacionados ao estresse evidenciado no cotidiano ocupacional das equipes de enfermagem, que atuam em unidades de urgência e emergência.

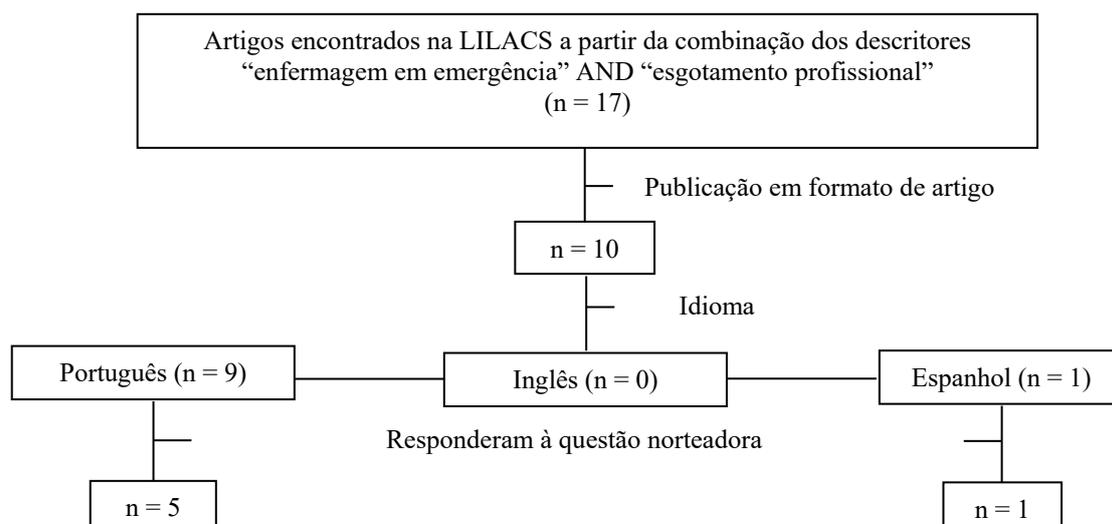
MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem por finalidade reunir, a partir de busca sistemática e ordenada, as evidências disponíveis do tema investigado, tendo como resultado final parâmetros atuais (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Os critérios de inclusão para a busca de estudos foram: trabalhos indexados na base de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); utilização dos descritores “enfermagem em emergência” e “esgotamento profissional”, junto ao operador booleano *AND*; publicações em formato de artigos; artigos redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol; artigos de qualquer limite temporal. Foram excluídos os artigos que não responderam ao questionamento norteador: O que há na literatura acerca dos sintomas físicos e psicológicos de estresse evidenciados no cotidiano ocupacional das equipes de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência?

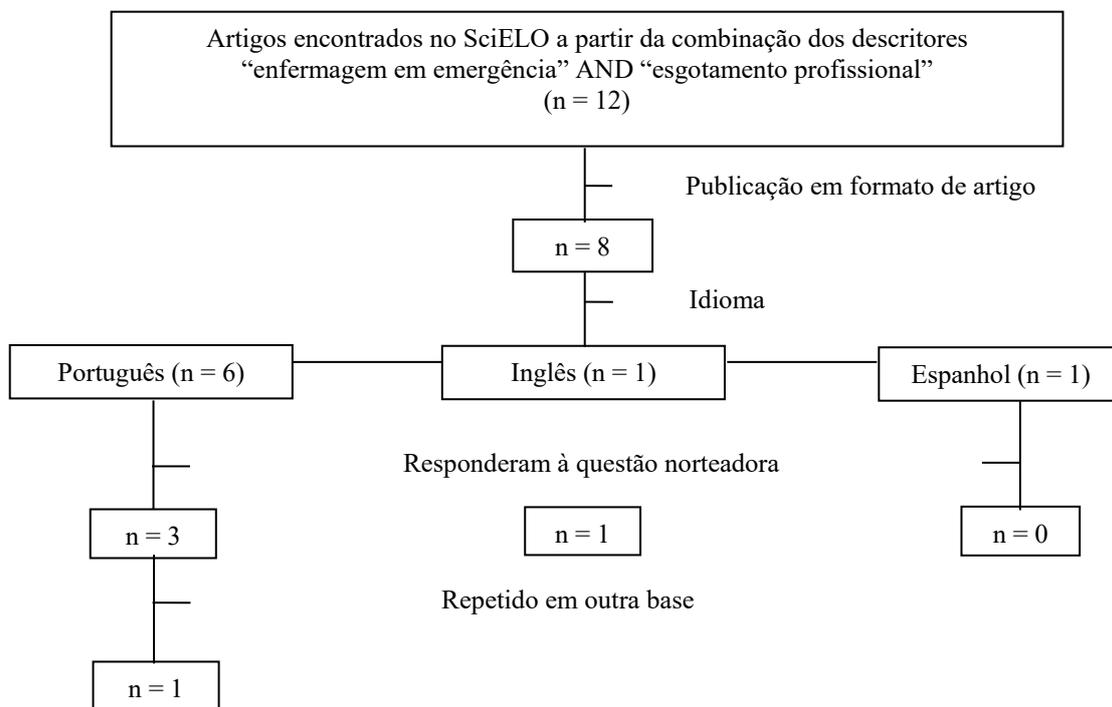
Desse modo, ao consultar as bases de dados, identificaram-se 17 estudos no LILACS e 12 no SciELO, conforme sinalizado na Figura 1 e Figura 2, a seguir:

Figura 1 - Representação gráfica da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão na base de dados da LILACS.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Figura 2 - Representação gráfica da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão na biblioteca eletrônica do SciELO.



Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Identificou-se uma amostra final composta de 9 artigos, sendo 6 do LILACS e 3 do SciELO. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento, que proporcionou a coleta organizada e sistematizada das informações dos artigos, de acordo com as seguintes variáveis: título, periódico, autoria, ano de publicação, e base de dados de indexação (URSI, 2005). Os artigos foram numerados, conforme ordem cronológica de publicação para facilitar sua localização e os dados foram apresentados em tabelas devido à facilidade de organização e visualização dos mesmos.

Esse trabalho foi elaborado seguindo os aspectos éticos contidos na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, respeitando os preceitos de autorial (BRASIL, 1998).

RESULTADOS

Primeiramente apresenta-se a síntese dos estudos analisados, seguidos pelos resultados dos dados das 9 publicações da amostra, que abordam sobre o esgotamento profissional das equipes que atuam na urgência e emergência.

Tabela 1 - Apresentação dos artigos selecionados para a Revisão Integrativa.

Ano	Autor	Título	Base de dados	Periódico
2008.	PANIZZON, C.; LUZ, A. M. H.; FENSTERSEIFER, L. M.	Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica.	LILACS.	Revista Gaúcha de Enfermagem
2008.	RODRIGUEZ, A. M.; PEDREROS, M. C.; MERINO, J. M.	Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile.	LILACS.	Revista Ciencia y Enfermería
2009.	SILVEIRA, M. M.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M.	Estressores e <i>coping</i> : enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar.	LILACS.	Revista Eletrônica de Enfermagem
2011.	FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W.; OLIVEIRA, M. A. F.; PEREIRA, M. O.	Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento.	LILACS.	Revista Escola de Enfermagem da USP
2012.	BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P.	Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura	LILACS.	Revista Acta Paulista de Enfermagem
2012.	SELEGHIM, M. R.; MOMBELII, M. A.; OLIVEIRA, M. L. F.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S.S.	Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro.	SciELO.	Revista Gaúcha de Enfermagem
2014.	FONSECA, J. R. F.; NETO, D. L.	Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência.	SciELO.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2014.	MESQUITA, K. L.; GOMES, G. P. L. A.;	A visão do enfermeiro/ gestor sobre a necessidade de	LILACS.	Revista de Enfermagem do



	SILVA, M. J. B. F.; SANTOS, L. F.	implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência.		Centro Oeste Mineiro
2015.	PORTELA, N. L. C.; PEDROSA, A. O.; CUNHA, J. D. S.; MONTE, L. R. S.; GOMES, R. N. S.; LAGO, E.C.	Burnout syndrome in nursing professionals from urgency and emergency services	SciELO.	Journal of Research: Fundamental Care Online

Fonte: Coleta direta de dados. Elaborado pela autora (2019).

Os principais achados das amostras foram relacionados aos fatores que geram o estresse aos profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência e consequentes sintomas que no decorrer do cotidiano laboral são apresentados por esses profissionais.

DISCUSSÃO

A enfermagem é considerada uma profissão estressante, e nos setores de urgência e emergência a situação é agravada. É comum os profissionais estarem insatisfeitos, apresentando produtividade insuficiente ou doenças ocupacionais e/ou acidentes frequentes no trabalho (SILVEIRA; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Setores onde rotineiramente ocorrem paradas cardiorrespiratórias, convulsões, edemas agudos de pulmão, choques hemorrágicos, cardiogênicos, sépticos e anafiláticos, geram estresse intenso a equipe de enfermagem que precisa atuar prontamente para reestabelecer a normalidade da saúde dos pacientes (FARIAS et al., 2011).

Diante disso, os serviços de urgência e emergência requerem que o trabalhador tenha um bom desempenho em suas atribuições e possua boa saúde mental e física. No entanto, não há um respaldo das instituições contratantes frente a essa demanda, a fim de dar subsídios à saúde do trabalhador (SILVEIRA; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Alguns fatores favorecem o aparecimento do estresse, como a complexidade dos cuidados efetuados a paciente gravemente enfermos; idade dos profissionais; sexo; tempo de exercício profissional, carga horária de trabalho semanal, o tempo de experiência profissional como fator desencadeante de Burnout, onde funcionários que possuem um tempo laboral maior que 12 anos tem uma predisposição mais acentuada de ser afetado pela síndrome (PANIZZON et al., 2008).



Com essa experiência profissional adquirida no serviço, somam-se os fatores estressantes como o desenvolvimento de atividades além da função ocupacional, o cumprimento na prática de uma carga horária maior a estabelecida por lei, pouco quantitativo de recursos humanos, trabalho em instalações físicas inadequadas e em ambientes insalubres, remuneração baixa, relacionamento conflituoso com colegas da equipe de enfermagem e equipe médica, bem como o distanciamento entre teoria e prática (SILVEIRA; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Vale salientar que os cuidados aos pacientes em urgência e emergência são realizados por equipes multidisciplinares, como médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. No entanto, é a equipe de enfermagem quem realiza os cuidados intensivos, avaliando e realizando os procedimentos técnicos, permanecendo em contato constante com o paciente. Além dessa atividade assistencial, o enfermeiro precisa também ser o responsável por toda a administração da unidade, tendo que atentar para a organização e burocracia que emanam do serviço (PANIZZON et al., 2008).

Com tantas funções, o trabalho acaba por colaborar com o adoecimento do empregado ao invés de promover crescimento e transformação do indivíduo (BEZERRA et al., 2012).

Os profissionais que atuam na área da enfermagem são mais acometidos por problemas relacionados a agentes estressores, pelo fato de estarem em contato permanente a pacientes que apresentam grande sofrimento e que por diversas vezes evoluem ao óbito (PANIZZON et al., 2008).

Sensação de fadiga, dor de cabeça por dor muscular (ombros e pescoço), sensação de desânimo de manhã ao se levantar, indisposição gástrica, taquicardia, rubor facial e sensação de sudorese, são sintomas frequentemente encontrados nos profissionais que atuam na enfermagem (FARIAS et al., 2011).

Além disso, o estresse proveniente do trabalho em unidades de urgência emergência é um fator que contribui para a exacerbação de sentimentos de ansiedade, medo, tensão, tornando o indivíduo vulnerável a doenças. Esse cenário conta com a escassez de recursos humanos, causando sobrecarga de trabalho a toda a equipe, onde profissionais, por vezes, precisam improvisar soluções devido ao ritmo acelerado das atividades. Para agravar o contexto, se faz necessário o esforço físico para prestar a assistência, como a movimentação



dos pacientes no leito e transporte dos mesmos, contribuindo para um desgaste excessivo da mão de obra oferecida (BEZERRA et al., 2012).

Esse fator é intensificado pelo fato do gênero feminino ser maioria dentro das equipes de enfermagem e ainda possuírem jornada dupla de trabalho, uma vez que além de serem boas profissionais, precisam ainda cuidar da casa, dos filhos e família (RODRIGUES; PEDREROS; MERINO, 2008).

Com os estigmas criados pela sociedade, os funcionários demonstram receio em admitir que estão exaustos físico e mentalmente, uma vez que lhes é cobrado a manutenção do equilíbrio de suas emoções para ser possível gerenciar as situações de urgência provenientes de seu ambiente de trabalho. Esse fato faz com que seja descoberto a estafe do profissional em momentos onde há desgaste acentuado das relações de trabalho, sendo necessário medidas mais incisivas para a resolução ou amenização do problema como o afastamento do profissional (FARIAS et al., 2011).

O enfermeiro além de estar em constante atividade promotora de estresse devido as urgências e gravidade dos casos clínicos dos pacientes, ainda precisa estar em contato com o pessoal da farmácia, laboratório, higienização, serviço social, dentre outros, gerando uma carga de trabalho exaustiva, visto que deve resolver todos os problemas da unidade (FONSECA; NETO, 2014). Desenvolver atividades assistenciais e gerenciais ao mesmo tempo tornou-se comum na rotina do enfermeiro e ambas são consideradas estressoras (FARIAS et al., 2011).

Esse aglomerado de funções predispõe a saturação do estado psicológico causando sintomas como, sensibilidade emocional excessiva, irritabilidade, diminuição da libido, perda de senso de humor, tensão muscular, insônia, alterações do apetite e problemas de memória (PORTELA et al., 2015).

Acrescentam-se sintomas como fadiga, depressão, síndrome do pânico, síndrome residual pós-traumática, síndromes paranoides além de alguns distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforços repetitivos, transtornos psicossomáticos e síndromes de insensibilidade. Além das síndromes os indivíduos com estresse podem apresentar diminuição na eficiência e, conseqüentemente, na produtividade, gerando conflitos interpessoais, desmotivação, atrasos constantes, ociosidade, absenteísmo, altas taxas de doenças e baixo nível de esforço (MESQUITA et al., 2014).



Outro agente estressor é relacionado a escassez de materiais, onde o profissional, num momento de urgência necessita encontrar os instrumentos necessários em outras unidades, visto que não há materiais suficientes para todo o hospital. Não ter no momento da intercorrência, os materiais necessários para atuar e reverter o imprevisto, causa descontentamento e frustração(BEZERRA et al., 2012).

O barulho advindo de uma unidade de urgência também é um fator gerador de estresse, devido a repetitividade dos ruídos e o tempo a que o funcionário fica exposto, acentuando a problemática(FONSECA; NETO, 2014).

Acrescenta-se ainda problemas físicos e psicológicos como, sensação de desgaste físico constante, dúvida quanto a si próprio, sudorese nas mãos, e outras doenças decorrentes do enfraquecimento do organismo (SELEGHIM et al., 2012).

Esse esgotamento profissional resulta numa má atuação no serviço, pois o profissional não se sente capacitado o suficiente para desempenhar suas funções. Acrescenta-se a isso o cansaço físico e mental de longas jornadas de trabalho, que contribuem para a exaustão dos funcionários, bem como as escalas com plantões de 12 horas continuadas(RODRIGUES; PEDREROS; MERINO, 2008).

A junção dos fatores geradores de estresse se reflete na saúde do trabalhador, causando uma baixa na imunidade, ficando assim, propensos ao aparecimento de doenças e agravos, que podem culminar num afastamento provisório ou perpétuo de suas atividades laborais(PORTELA et al., 2015).

Esse estudo apresentou limitações, visto que poderia ter sido incluído dissertações e teses, o que possibilitaria o aumento da amostra. No entanto, essas limitações poderão ser supridas por outras revisões e pesquisas cujos resultados poderão ser associados a este estudo. Sugere-se ainda, que sejam incluídos na pesquisa, outros profissionais que também atuam nas unidade de urgência e emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que a equipe de enfermagem lida cotidianamente com fatores estressores. No entanto, há um agravamento em unidades de urgência e emergência, por ser tratar de setores complexos, que exigem agilidade, disposição, conhecimento e prontidão dos funcionários devido as intercorrências constantes que emanam do serviço.



Desse modo, esse estudo possibilitou uma visão sobre os sintomas físicos e psicológicos de estresse, evidenciados no cotidiano ocupacional da equipe de enfermagem que atua em unidades de urgência e emergência, atentando para os possíveis riscos que comprometem a saúde do trabalhador e podem evoluir para o afastamento compulsório dos funcionários.

Os resultados encontrados nesse estudo indicam a necessidade de mudanças de trabalho nos setores de urgência e emergência, a fim de diminuir os agentes estressores recorrentes no cotidiano das equipes de enfermagem, melhorando assim, tanto a assistência prestada aos pacientes quanto a satisfação profissional dos membros que compõe a equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

Bezerra FN, Silva TM, Ramos VP. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25 (3): 151-156.

Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. República Federativa do Brasil: Brasília – DF, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de Março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”.

Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *RevEscEnferm USP.* 2011; 45 (3): 722-729.

Fonseca JRF, Neto DL. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. *Ver Rene.* 2014; 15 (5): 732-742.

Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da atenção primária a saúde. *Rev. CienSaude Colet.* 2014; 19 (12): 4939-4750.

Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17 (4): 758-764.

Mesquita KL, Gomes GPLA, Silva MJBF, Santos LF. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Recom.* 2014; 4 (1): 1019-1028.

Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2008; 29 (3): 391- 399.



Pires DA, Santiago MLM, Samulski DM, Costa VT. A síndrome de Burnout no esporte brasileiro. *Rev. Educ. Fís/UEM*. 2012; 23 (1): 131-139.

Portela NLC, Pedrosa AO, Cunha JDS, Monte LRS, Gomes RNS, Lago EC. Burnout syndrome in nursing professionals from urgency and emergency services. *J of Research: FundamentCare Online*. 2015; 7 (3): 2749-2760.

Rissardo MP, Gasparino RC. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17(1): 128-132.

Rodriguez AM, Pedreros MC, Merino JM. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ver Ciencia y Enferm*. 2008; 14 (2): 75-85.

Seleglim MR, Mombelii MA, Oliveira MLF, Waidman MAP, Marcon SS. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2012; 33 (3): 165-173.

Silveira MM, Stumm EMF, Kirchner RM. Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. *Rev. eletrônica enferm*. 2009; 11 (4): 894-903.

Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Esc de Enferm de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.



CAPÍTULO 12

A INFLUÊNCIA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cryshna Leticia Kirchesch, Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas (RS), Brasil. Especialista em Urgência e Emergência pela Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Gerenciamento em Enfermagem pela Faculdade Unyleya. Brasília (DF), Brasil. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Pelotas (RS), Brasil

RESUMO

Introdução: A acreditação hospitalar é um processo continuado, que exige a implementação de manuais, rotinas, protocolos e condutas, a fim de padronizar processos focados na busca pela excelência. **Método:** Revisão integrativa, utilizando os critérios de inclusão: trabalhos indexados na base de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); utilização dos descritores “acreditação” e “qualidade da assistência à saúde”, publicações em formato de artigos; redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol; publicados nos últimos 5 anos. **Resultados:** Foram elencados 12 artigos para análise dos dados, resultando em duas categorias temáticas: benefícios e fragilidades na implementação do processo de acreditação hospitalar e desafios para alcançar a acreditação nas instituições de saúde. **Discussão:** A liderança, planejamento e a gestão da qualidade são os principais preditores de impacto de acreditação, tendo como vantagens a padronização de documentação de processos, esclarecimento da política institucional, o desenvolvimento profissional e as diretrizes clínicas a serem seguidas. **Conclusão:** O processo de acreditação hospitalar envolve fatores complexos, multifacetados, nos quais os gestores precisam avaliar os benefícios e as fragilidades que serão obstáculos durante o andamento desse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação, Qualidade da Assistência à Saúde.

INTRODUÇÃO

A acreditação hospitalar é um processo continuado, que exige a implementação de manuais, rotinas, protocolos e condutas, a fim de padronizar processos focados na busca pela excelência. Periodicamente, a realidade institucional é avaliada pela qualidade de parâmetros previamente definidos, normatizada de acordo com a metodologia acreditadora de cada país. No Brasil, representa-se majoritariamente pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (OLIVEIRA et al., 2019).



Para alcançar a certificação de acreditação é necessário instituir uma mudança na cultura organizacional da instituição, uma vez que é fundamental o preparo e a sensibilização das equipes multidisciplinares quanto aos objetivos do processo, que serão decisivos para o alcance e manutenção da certificação. O sentimento de pertencimento e o agir proativo favorecem o alinhamento entre as etapas a serem cumpridas em todos os níveis do processo, e por isso devem ser estimulados e inseridos num planejamento estratégico dentro dessa mudança cultural (FREIRE et al., 2019).

A partir de então, a expectativa da acreditação se consolida, contribuindo para diminuir as precariedades das instituições hospitalares. A gestão da qualidade passa a adotar práticas que visam melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, sendo ele o centro de todas as decisões (SANTOS; BARBOSA, 2019).

A qualidade da assistência em saúde é norteada por profissionais que realizam uma assistência segura e eficaz. O uso de manuais e protocolos assistenciais estabelecidos pelo processo de acreditação, possibilita a avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada e permite reconhecer resultados desejáveis ou indesejáveis. A partir disso, direciona-se ao planejamento de melhores práticas de saúde, embasadas em fundamentação teórico-científica e adaptações para cada instituição que implementa o processo (FERREIRA et al., 2019).

Nesse sentido, a investigação e a pesquisa devem ser utilizadas como instrumentos capazes de subsidiar mudanças e melhoria no processo de cuidar e por isso, julgou-se pertinente a elaboração desse estudo, por possibilitar a ampliação acerca do conhecimento sobre o processo de acreditação hospitalar, tendo como objetivo identificar a influência da acreditação hospitalar na qualidade da assistência à saúde.

MÉTODO

Revisão integrativa de literatura que tem por finalidade reunir, a partir de busca sistemática e ordenada, as evidências disponíveis do tema investigado, tendo como resultado final parâmetros atuais. As seis etapas preconizadas foram seguidas e descritas a seguir (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Inicialmente definiu-se o tema do estudo e o objetivo emergindo o questionamento norteador: A acreditação hospitalar influencia na qualidade da assistência à saúde?



Os critérios de inclusão para a busca de estudos foram: trabalhos indexados na base de dados da *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); utilização dos descritores “acreditação” e “qualidade da assistência à saúde”, junto ao operador booleano *AND*; publicações em formato de artigos; redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol; publicados nos últimos 5 anos. Desse modo, ao consultar as bases de dados, identificaram-se 24 estudos no LILACS, 17 na BDENF e 179 na MEDLINE. Foram excluídos os artigos que não responderam à questão norteadora do estudo.

A busca de artigos, conforme os critérios de inclusão e exclusão mencionados ocorreram no mês de setembro de 2020, identificando-se uma amostra final composta de 12 artigos completos.

Os artigos foram numerados, conforme ordem cronológica de publicação para facilitar sua localização e os dados foram apresentados em tabelas devido à facilidade de organização e visualização dos mesmos.

Vale salientar que esse trabalho foi elaborado seguindo os aspectos éticos contidos na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que consolida a legislação sobre direitos autorais e afirma em seu artigo 46, inciso III, que não constitui ofensa aos direitos autorais a citação em livros, jornais, revistas ou qualquer outro meio de comunicação, de passagens de qualquer obra, para fins de estudo, crítica ou polêmica, na medida justificada para o fim a atingir, indicando-se o nome do autor e a origem da obra (BRASIL, 1998).

RESULTADOS

A síntese dos 12 artigos científicos selecionados foi apresentada em um quadro, contendo informações como o nome dos autores, ano de publicação, título do artigo, periódico e conclusão. Partindo dessas variáveis, foi possível destacar os resultados a seguir.

Quadro 1 – Apresentação da síntese dos estudos incluídos. Brasil, 2020.

Autor Ano	Título	Periódico	Conclusão
1 BOGH et al.,	Accreditation and improvement in	International Journal for	A participação na acreditação não foi associada a uma maior melhoria no cuidado prestado em casos de



2015	process quality of care: a nationwide study	Quality in Health Care	acidente vascular cerebral agudo, insuficiência cardíaca ou úlcera.
2 Devkaran; O'Farrell, 2015	The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis	BMC Health Services Research	Embora haja uma queda temporária no desempenho imediatamente após a implementação, este estudo mostra que a melhoria alcançada com a acreditação seja mantida durante um ciclo de três anos.
3 Oliveira; Matsuda, 2016	Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade	Escola Anna Nery	Apesar de empecilhos relacionados à cultura organizacional e à rotatividade de pessoal, a acreditação foi apontada pelos gestores como vantajosa à qualidade do gerenciamento e também da assistência porque, por meio da padronização dos processos e centralização do usuário no cuidado, a assistência é gerenciada para a qualidade.
4 Algahtani et al., 2017	Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia	Ann Saudi Med	Conforme percebido pelos profissionais de saúde, a acreditação teve um impacto positivo sobre o processo e implementação de mudança no hospital que resultou na melhoria na entrega de atendimento ao paciente e outros serviços de saúde.
5 Ferreira et al., 2017	Acreditação internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional	Revista de enfermagem UFPE online	Os trabalhadores perceberam a Acreditação Internacional como recurso que (re)direcionou as práticas de gestão da qualidade, promoveu melhorias no capital humano e incrementou a cultura de segurança.
6 Bouças et al., 2018	Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus	Physis: Revista de Saúde Coletiva	As diretrizes da acreditação apontaram o caminho para o desenvolvimento dos serviços avaliados, na medida em que exigiram o cumprimento de padrões necessários a uma assistência farmacêutica de qualidade.



	impactos		
7 Lam et al., 2018	Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study	BMJ	A acreditação hospitalar nos EUA não está associada com menor mortalidade, e está apenas ligeiramente associada com taxas de readmissão reduzidas para 15 condições médicas selecionadas neste estudo. Não houve evidência para indicar que pacientes que escolhem um hospital credenciado pelo Joint Commission confere quaisquer benefícios de saúde ao invés de escolher um hospital credenciado por outra organização de acreditação independente.
8 Saadati et al., 2018	Accreditation in one teaching hospital: a phenomenological study among Iranian nurses	International Journal of Health Care Quality Assurance	A acreditação tem impactos positivos no hospital, com relação a qualidade de serviço; ou seja, segurança do paciente, foco no paciente e melhoria do processo hospitalar. No entanto, os gestores devem identificar experiências negativas e implementar políticas como: padronização da força de trabalho de enfermagem, promoção do enfermeiro com base na qualidade, indicadores de melhoria, utilização de uma forma de pagamento adequada e melhora da relação entre os profissionais.
9 Teymourzadeh et al., 2018.	Accreditation effects on health service quality: nurse viewpoints	International Journal of Health Care Quality Assurance	A acreditação teve um impacto positivo nos resultados de qualidade do hospital militar. O caráter, hierarquia e liderança (ou comando) de uma organização militar é eficaz e teve impacto durante o processo de implementação da acreditação. Gerentes de hospitais militares usam informações oportunas e precisas para planejar e motivar os funcionários e aumentar sua participação na implementação do programa de melhoria da qualidade do hospital.
10 Andres et al., 2019	Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong	BMC Health Services Research	Embora a acreditação hospitalar não tenha demonstrado melhorar os resultados dos pacientes, este estudo sugere que as iniciativas associadas ao credenciamento podem abordar áreas de preocupação como o envolvimento nos cuidados prestados e o apoio emocional dos provedores.



	hospital patient experiences survey		
11 Barbino Junior et al., 2019	Qualidade em um hospital acreditado especializada na percepção de profissionais de enfermagem	Revista Brasileira de Enfermagem	Há uma busca cada vez mais constante pela qualidade no serviço de saúde. Nesse sentido a análise do desempenho da acreditação deve ser feita juntamente com o paciente e os profissionais do serviço, a fim de diagnosticar as potencialidades e fragilidades do serviço.
12 Shakibaei, 2019	Role of a hospital accreditation program in developing a process management system: A qualitative study	International Journal of Health Care Quality Assurance	Esse estudo afirma que a acreditação pode melhorar os processos organizacionais, usando critérios sistemáticos, estruturados e direcionados a qualidade da assistência. Monitorar os resultados e apresentá-los durante reuniões multidisciplinares podem fornecer uma motivação para a mudança.

Fonte: pesquisa direta, 2020.

As amostras estão compreendidas entre 2015 e 2019. Observa-se que o quantitativo de publicações anuais vem aumentando com o passar dos anos. Em 2015 houveram duas (16,7%) publicações, em 2016 uma (8,3%), em 2017 duas (16,7%), e já em 2018 houve um aumento significativo, totalizando quatro (33,3%) artigos e em 2019 três (25%) artigos.

No que diz respeito ao objetivo da presente revisão integrativa, classificou-se os dados obtidos em duas categorias temáticas: benefícios e fragilidades na implementação do processo de acreditação hospitalar e desafios para alcançar a acreditação nas instituições de saúde.

DISCUSSÃO

Benefícios e fragilidades na implementação do processo de acreditação hospitalar

Na ótica da gestão, a acreditação hospitalar facilita o gerenciamento, pois trata-se de um caminho a seguir e um ponto a se almejar. É por meio dela que são mapeados os



processos, deixando as estratégias mais definidas. Utiliza-se a racionalização do trabalho, a educação permanente, a padronização de processos assistenciais, a mensuração e a avaliação de resultados, em busca, essencialmente, da qualidade assistencial. Nesse complexo sistema organizacional, o paciente é o centro da atenção e o propósito da existência das instituições de saúde (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

A liderança, planejamento e a gestão da qualidade são os principais preditores de impacto de acreditação, tendo como vantagens a padronização de documentação de processos, esclarecimento da política institucional, o desenvolvimento profissional e as diretrizes clínicas a serem seguidas. No entanto, os enfermeiros referem que a documentação é estressante e dispensável (TEYMOURZADEH et al., 2018).

Esse aumento das tarefas burocráticas envolvendo preenchimento de documentos, pode causar a resistência dos profissionais, que já se sentem sobrecarregados com as rotinas hospitalares e com tempo insuficiente para participarem das reuniões de equipe que visam contemplar as tarefas da acreditação (SHAKIBAEI E., 2019).

Geralmente os enfermeiros apresentam dificuldade durante a implementação do processo, pois além da burocratização, enfrentam o envolvimento e cooperação deficiente dos médicos e do pessoal administrativo, bem como produção de documentação supérflua e um sistema de incentivos pobre. Mesmo com essas fragilidades, é notório que durante a implementação da acreditação, há uma redução das taxas de flebite, ao se usar estatísticas mensais, e qualidade no programa de melhoria da sala de cirurgia, ao fornecer feedback dos procedimentos aos médicos. Além disso, utiliza-se estatísticas para melhorar a segurança e avaliação da higiene das mãos, por intervenções baseadas em resultados. É possível ainda, mensurar e considerar a satisfação do paciente e do funcionário, monitorando reclamações e elegendo medidas de intervenção. (SAADATI et al., 2018).

Desse modo, o processo de acreditação contribui com a mudança organizacional, visando a qualificação do atendimento prestado, por meio de processos padronizados. No entanto, alguns profissionais não demonstram ter confiança no sistema de protocolos, fazendo com que o ceticismo predomine nas equipes, o que impede o bom fluxo das propostas de trabalho (SHAKIBAEI E., 2019).

Em um hospital localizado na Ásia, foi possível verificar que os pacientes relatavam queixas sobre a falta de escuta dos profissionais de enfermagem e médicos. A falta de apoio



emocional, causa angústia, medo e preocupações, e com o processo de acreditação foi possível verificar essa falha. (ANDRES et al., 2019).

Na Jordânia, o processo de acreditação contribuiu com vários aspectos do atendimento ao paciente, incluindo uma redução no retorno à UTI em 24 horas após a alta, redução na rotatividade de pessoal e integridade dos prontuários médicos. Essas melhorias traduzido em economia totalizam US\$ 593.000 do sistema de saúde(ALGAHTANI et al., 2017).

Entre os hospitais dos EUA, não ocorreu nenhuma associação entre acreditação privada e taxas de mortalidade. Apenas foi possível observar um avanço quando trata-se do número de readmissões por doenças crônicas. É relevante o fato de que os hospitais dos EUA são concorrentes e disputam os clientes, logo, a competição pode ser um impulsionador de melhoria da qualidade, o que não obrigatoriamente deva estar relacionado a acreditação. O controle da qualidade nos hospitais dos EUA advem das seguradoras, que diante de uma suspeita de negligência no atendimento ao paciente, rapidamente aciona a administração hospitalar para prestar esclarecimentos (LAM et al., 2018).

Parece ser comum encontrar melhorias da assistência, em hospitais não acreditados, que apenas com medidas gerenciais, conseguem alcançar bons resultados(BOGH et al., 2015).

Para a implementação da acreditação existem obstáculos, impedimentos intrínsecos nas organizações de saúde como a cultura organizacional e a rotatividade de pessoal. A cultura está arraigada nos profissionais que dificilmente veem mudanças como algo positivo. Desconstruir essa negatividade que envolve desenvolvimento por adequações é um desafio comum em hospitais que buscam a acreditação. A rotatividade de pessoal também desacelera o desempenho do processo, uma vez que o profissional qualificado busca novas oportunidades em instituições que lhe proporcione melhores salários devido a qualificação e experiência adquiridas. Desse modo, faz-se necessária a promoção de medidas educativas relacionadas à construção de uma cultura de desenvolvimento, bem como o incentivo à permanência dos profissionais já capacitados, na instituição (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

Como um processo de toda organização, o credenciamento deve ser apoiado por vários grupos de profissionais, como gerentes de hospitais, médicos, enfermeiras, equipe de logística, etc. (TEYMOURZADEH et al., 2018).



Os gestores hospitalares precisam entender a acreditação não apenas como uma obrigatoriedade de normas e protocolos, mas sim como uma necessidade a ser fomentada, para se alcançar o sucesso terapêutico e o apoio entre equipes multidisciplinares (BOUÇAS et al.,2018).

No setor da farmácia hospitalar, o processo de acreditação contribuiu para uma mudança substancial das atividades, pois os farmacêuticos evoluem da função de dispensador de medicamentos para ser um agente integrante da equipe multidisciplinar, com o foco no cuidado a saúde do paciente. Foi possível inserir a farmácia na assistência direta ao cuidado. Os funcionários identificaram-se como parte da construção do processo hospitalar e sentem-se satisfeito por terem tido visibilidade do trabalho executado em várias instâncias da instituição. Com a acreditação e a confecção dos protocolos, eles adquiriam autonomia para avaliar se determinado paciente pode receber medicamentos por via oral ou endovenosa, e isso os aproxima do cuidado prestado na instituição (BOUÇAS et al.,2018).

Porém, vale ressaltar que alcançar e manter o status de hospital credenciado tem custos financeiros altos e nem sempre virá acompanhando de resultados positivos. Torna-se assim, discutível a relação custo-benefício, em muitas instituições, devido a necessidade de um investimento significativo em recursos. Além disso, se for aplicada incorretamente, pode resultar apenas em um processo burocrático, complexo demais para envolver as equipes multiprofissionais (DEVKARAN; O'FARRELL, 2015).

Desafios para alcançar a acreditação nas instituições de saúde

A segurança do paciente está em evidência e tem sido discutida, veemente, na área da saúde no campo prático e científico, tanto em âmbito nacional quanto internacional (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Com isso a acreditação tem ganhado força, pois além de aprimorar habilidades profissionais, ela promove o desenvolvimento de novas competências. Assim, os profissionais percebem na construção dos saberes, um novo campo de conhecimento e uma nova forma de se capacitar (FERREIRA et al., 2017).

O reconhecimento profissional é um forte pilar para manter a qualidade da continuidade do processo, juntamente com uma boa remuneração e melhores condições de trabalho (BOUÇAS et al.,2018). Quando o profissional sente-se valorizado, ele imerge nas questões que envolvem sua rotina de trabalho, contribuindo para o crescimento da instituição. Além disso, eles sentem orgulho em trabalhar em uma instituição que alcançou a acreditação



devido a força do seu empenho, e sentem-se lisonjeados, com o reconhecimento de que a acreditação só foi possível devido ao trabalho dos grupos desenhados para tal fim (FERREIRA et al., 2017).

Em contrapartida, ainda é fraca a cooperação do profissional médico no programa de acreditação, e como o envolvimento da equipe clínica é essencial para garantir que todos os padrões sejam atendidos, é preciso desenhar um sistema motivacional, envolvendo grupos intersetoriais e criar um sistema de sugestões como componentes de gestão de recursos humanos (TEYMOURZADEH et al., 2018).

A padronização das atividades contribui nesse processo pois proporciona maior segurança no desenvolvimento das ações, ao direcionar a tomada de decisão. De certo modo, isso tranquiliza os profissionais, pois as ações não são baseadas no empirismo e sim em um protocolo desenvolvido por uma equipe multidisciplinar (FERREIRA et al., 2017).

As expectativas dos profissionais frente a padronização do trabalho estão relacionadas a transmissão de confiança e prestação de serviços de forma segura, seguido do cumprimento dos prazos, estrutura física e aparência da instituição (BARBINO et al., 2019).

Vale salientar que os benefícios em prol da segurança do paciente não estão atrelados isoladamente à acreditação hospitalar, pois a satisfação profissional, a relação entre os trabalhadores da equipe multidisciplinar, o engajamento dos gerentes e o tempo de atuação profissional na instituição, também podem ser fatores que influenciam no alcance das metas relacionadas a segurança do paciente e qualidade da assistência (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de acreditação hospitalar envolve fatores complexos, multifacetados, nos quais os gestores precisam avaliar os benefícios e as fragilidades que serão obstáculos durante o andamento desse processo. O envolvimento da equipe das diversas categorias ocupacionais é fundamental para que se alcance êxito na implementação dos protocolos, manuais e desenvolvimento de atividades que envolvem a acreditação. Diante disso, é preciso ter um panorama bem definido, com fluxos de trabalho que envolvam todos os profissionais na construção do processo, para que assim a assistência a saúde seja beneficiada com a implementação da acreditação hospitalar.



REFERÊNCIAS

- ALGAHTANI H; ALDARMAHI A; MANLANGIT JUNIOR J; SHIRAH B. Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2017; 37(4): 326-332.
- ANDRES E. B.; SONG W.; SONG W.; JOHNSTON J. M. Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey. *BMC Health Services Research*. 2019;19(623): 2-9.
- BARBINO JUNIOR LR, SILVA LGC, GABRIEL CS. Quality as perceived by nursing professionals in an accredited specialized hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(Suppl 1):282-8.
- BOGH S B; JENSEN A M F; BARTELS P; HOLLNAGEL E; JOHNSEN S P. Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015;27(5):336–343.
- BOUÇAS E; MARTINS T R; FUTURO D O; CASTILHO S R. *Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos. Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2018;28(3): e280317.
- BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. República Federativa do Brasil: Brasília – DF, 1998.
- DEVKARAN S; O’FARRELL P N. The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis. *BMC Health Services Research*. 2015;15(137):1-14.
- FERREIRA A M D; OLIVEIRA J L C; INOUE K C; VALERA I M A; MEIRELES V C; MATSUDA L M. Acreditação internacional em hospital brasileiro: perspectivas da equipe multiprofissional. *Rev enferm UFPE online*. 2017, 11(Supl. 12):5177-85.
- FERREIRA N C L Q; MENEGUETI M G; ALMEIDA C L; GABRIEL C S; LAUS A M. Avaliação dos padrões de qualidade da assistência de enfermagem com indicadores de processo. *Cogitare enfermagem*. 2019;24(1):e62411.
- FREIRE E M R; SILVA V C; VIEIRA A; MATOS S S; ALVES M. A comunicação como estratégia para manutenção da acreditação hospitalar. *Esc Anna Nery* 2019;23(1):e20180224.
- LAM M B; FIGUEROA J F; FEYMAN Y; REIMOLD K E; ORAV E J; JHA A K. Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study. *BMJ*, 2018;363(1):k4011.
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2008;17(4):758-64.



SAADATI M. ; TEYMOURZADEH M B E; RAVANGARD R; HOSSEINI K A S M. Accreditation in oneteaching hospital: a phenomenologystudyamongIranian nurses. InternationalJournalof Health CareQualityAssurance. 2018; 31(7):855-863.

OLIVEIRA J. L. C.; MAGALHÃES A. M. M.; BERNARDES A.; HADDAD M. C. F. L.; WOLFF L D G; MARCON S S; MATSUDA L. M. Influência da Acreditação hospitalar na satisfação profissional da equipe de enfermagem: estudo de método misto. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3109.

OLIVEIRA J L C; MATSUDA L M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. Esc Anna Nery. 2016;20(1):63-69.

SANTOS J S O; BARBOSA M A C. Acreditação hospitalar na ótica dos funcionários do hospital universitário professor Alberto Antunes. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. 2019;16(2):1-8.

SHAKIBAEI, E. Role of a hospital accreditationprogram in developing a process management system A qualitativestudy. InternationalJournalof Health CareQualityAssurance. 2019;32(1):120-137.

TEYMOURZADEH M B E; RAVANGARD R; SAADATI M. Accreditationeffectsonhealthservicequality: nurse viewpointsInternationalJournalof Health CareQualityAssurance, 2018;31(7):697-703.



CAPÍTULO 13

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APLICADA A PACIENTE COM ESPONDILODISCITE

Dinah Alencar Melo Araújo, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Caio César Silva França, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Caroline França Fernandes, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Matheus Henrique da Silva Lemos, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Maria de Fátima Sousa Barros Vilarinho, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Monaliza Sousa dos Anjos, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Tamires da Cunha Soares, Universidade Federal do Piauí, UFPI
Ticianne da Cunha Soares, Universidade Federal do Piauí, UFPI

RESUMO

O estudo tem como objetivo relatar a história clínica do paciente e a experiência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente hospitalizado com Espondilodiscite. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído com base na prática vivenciada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí durante o estágio curricular obrigatório II realizado em um hospital público localizado na região central do Piauí. O estudo transcorreu no período de agosto a novembro de 2019 e é referente a aplicação da SAE a um paciente com Espondilodiscite, a qual foi gerada após o paciente passar por uma cirurgia depois de ter sido vítima de agressão com arma branca, atingindo a região da coluna. Após a obtenção de todos esses dados, iniciou-se um estudo aprofundado da patologia em questão, utilizando artigos científicos presentes nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após o estudo, traçou-se os diagnósticos de enfermagem, com suas respectivas intervenções e resultados esperados a fim de promover conforto ao paciente e inviabilizar o desenvolvimento de agravos futuros. A realização desse trabalho contribuiu para a aquisição de conhecimento em relação à patologia estudada, uma vez que não é algo comum de ser estudado na prática acadêmica, bem como possibilitou aos estagiários uma experiência ímpar no que diz respeito a assistência prestada a esse tipo de paciente em um ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Espondilodiscite; Disco Intervertebral; Processo de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A espondilodiscite é uma doença rara caracterizada por um processo inflamatório infeccioso do disco intervertebral e das placas terminais vertebrais adjacentes. Possui classificação primária ou secundária, a primária não está associada a casos de cirurgia espinhal anterior e é geralmente causada por bactérias, sendo classificada, de acordo com sua



etiologia, recebendo a denominação de piogênica, quando provocada por bactérias, e não piogênica, quando por bacilos tuberculosos (FINGER et al, 2019). Sua incidência varia entre 1:100 000 e 1:250 000 e apresenta uma distribuição bimodal, afetando doentes com menos de 20 anos e doentes entre os 50-70 anos(CARVALHO et al, 2018).

Essa infecção pode ocorrer por três vias distintas: disseminação hematogênica, por contaminação direta devido a trauma e cirurgia, e por infecção primária de tecidos contíguos (CARRAGEE, 1997; FANTONI et al., 2012). A via hematogênica arterial é a predominante, possibilitando a disseminação da infecção a partir de locais distantes. Existem um amplo espectro de microrganismos (bactérias, micobactérias, fungos e parasitas) que podem gerar essa infecção (SEBBEN et al., 2017).

Os agentes de infecção mais frequentes são o *Staphylococcus aureus* e as enterobacteriáceas das quais a *Escherichia coli* é a mais frequentemente isolada. Os estafilococos coagulase negativos e os estreptococos são agentes menos prevalentes. O *Mycobacterium tuberculosis* não deve ser esquecido bem como a brucelose, especialmente nas regiões endêmicas (Europa de Leste e países do Mediterrâneo), onde chega a representar 21% - 48% das ocorrências (GOULIOURIS et al., 2012; TURUNC et al., 2007).

Os fatores de risco mais frequentemente estão associados a existência de uma infecção simultânea, a presença de diabetes mellitus, neoplasias, hábitos toxifílicos e cirurgias nos últimos 6 meses (CARRAGEE, 1997; FANTONI et al., 2012). Além da idade, o sexo masculino e comorbidades médicas como o alcoolismo, infecção pelo HIV, desnutrição, uso de drogas ilícitas, malignidade, uso prolongado de esteroides e insuficiência renal crônica (FINGER et al., 2019).

A espondilodiscite possui difícil diagnóstico, sendo essencial a abordagem multidisciplinar, devido à apresentação inespecífica dos sintomas, como dorsalgia sem febre, inicialmente sutil e vaga, sendo um desafio diagnóstico, para isso é necessário exames de imagem, juntamente com hemocultura ou cultura de disco. Os microrganismos causadores nunca são identificados em até 40% dos casos, resultando em grande dificuldade na seleção do medicamento apropriado (GRAELLS et al., 2019).

O patógeno pode ser identificado nas amostras de hemocultura ou cultura de disco ou por exames de imagem, como a Ressonância Magnética, o que permite o início precoce do



tratamento e a redução das complicações (COTTLE; RIORDAN, 2008; GARCIA et al., 2013).

Essa infecção, se não tratada adequadamente pode se estender para a área paravertebral, espaço epidural e corpos vertebrais adjacentes (COTTLE; RIORDAN, 2008). Nos casos em que o antibiótico não é resolutivo, em que há instabilidade vertebral, deformidade progressiva, déficit neurológico e abscesso peridural o tratamento é feito por meio de cirurgia (RUTGES et al., 2016).

Neste estudo, os diagnósticos de enfermagem, suas respectivas intervenções e seus resultados esperados para o paciente com a patologia supracitada, serão realizados por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), implementada por meio do Processo de enfermagem, que pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, desenvolvendo-se em um processo de cinco fases sequenciais e inter-relacionadas (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação), que auxilia na aplicação dos cuidados ao paciente, família e comunidade (GARCIA, 2016).

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo relatar a história clínica do paciente e a experiência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente hospitalizado com Espondilodiscite.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, construído com base na prática vivenciada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí durante o estágio curricular obrigatório II realizado em um hospital público localizado na região central do Piauí.

O estudo transcorreu no período de agosto a novembro de 2019. É referente a aplicação da SAE a um paciente com Espondilodiscite, a qual foi gerada após o paciente passar por uma cirurgia depois de ter sido vítima de agressão com arma branca, atingindo a região da coluna.

Após a escolha desse caso para estudo, seguiu-se com a realização da anamnese, exame físico e coleta de alguns dados, para tal utilizou-se como instrumento a ficha de processo de enfermagem adotada pelo hospital, para que fosse implementar o processo de enfermagem, através de um diálogo com a acompanhante do paciente, bem como com o



próprio paciente. Também utilizou-se o instrumento de coleta de dados elaborado pelo Grupo de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo (UNIFESP/EPM) (ANEXO A), o qual foi retirado do livro *Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de Enfermagem no adulto* da autora Alba Lúcia Bottura Leite de Barros.

Após a obtenção de todos esses dados, iniciou-se um estudo aprofundado da patologia em questão, utilizando artigos científicos presentes nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Após o estudo, traçou-se os diagnósticos de enfermagem, com suas respectivas intervenções e resultados esperados.

Além dos diagnósticos, também realizou-se a descrição minuciosa da patologia, dos exames realizados, das medicações que o paciente faz uso, seus efeitos adversos e os cuidados de enfermagem que devem existir no uso de tais medicações. A fim de proporcionar empoderamento, bem como, proporcionar um meio de discussão do caso entre os acadêmicos e professores.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Descrição da patologia

É uma doença rara caracterizada por um processo inflamatório infeccioso do disco intervertebral e das placas terminais vertebrais adjacentes. Sua incidência varia entre 1:100 000 e 1:250 000 e apresenta uma distribuição bimodal, afetando doentes com menos de 20 anos e doentes entre os 50-70 anos (CARVALHO et al., 2018). Os homens são mais acometidos, com proporção homem/mulher de 1,5-2:1 (MYLONA; SAMARKOS; KAKALOU, 2009).

A mortalidade ocorre em menos de 5% dos pacientes e relaciona-se, principalmente, à sepse precoce. Suas principais complicações são déficits neurológicos permanentes e dor intensa, o que acontece em cerca de um terço dos casos (MCHENRY; EASLEY; LOCKER, 2002).

A infecção vertebral pode ocorrer através de três vias: disseminação hematogênica, inoculação direta percutânea ou disseminação de um foco infectado, por contiguidade (THEODORE; SANI; NICHOLAS, 2010). A via hematogênica arterial é a principal, afetando principalmente a coluna lombar, seguida da torácica e cervical (58, 30 e 11%, respectivamente) (MYLONA; SAMARKOS; KAKALOU, 2009).



Possui classificação primária ou secundária, a primária não está associada a casos de cirurgia espinal anterior e é geralmente causada por bactérias, sendo classificada, de acordo com sua etiologia, recebendo a denominação de piogênica, quando provocada por bactérias, e não piogênica, quando por bacilos tuberculosos (FINGER et al., 2019).

A espondilodiscitepiogênica acomete com maior frequência a coluna lombar, de maneira mais localizada, afetando apenas um segmento vertebral (um disco intervertebral e seus corpos vertebrais apostos), sendo o agente etiológico mais implicado nesses casos é o *Staphylococcus aureus*, responsável por cerca de 55%–90% dos casos, mas outros agentes também importantes são: *Streptococcus*, *Pneumococcus*, *Enterococcus*, *Escherichia coli*, *Salmonella*, *Pseudomonasaeruginosa* e *Klebsiella* (RESNIK, 2002).

Com relação aos achados de imagem em Ressonância Magnética (RM) suspeitos para espondilodiscitepiogênica são: acometimento segmentar, massa paravertebral de limites pouco precisos, disco intervertebral precocemente acometido, e realce/ alteração de sinal homogênea dos corpos vertebrais acometidos (SOUZA et al., 2013).

O *Mycobacterium tuberculosis* causa a maioria das infecções não-piogênicas, no entanto fungos como *Cryptococcus*spp, *Aspergillus*spp, *Coccidioides*spp também são agentes etiológicos possíveis (CAPELI, 2007). A localização mais frequente de tuberculose extrapulmonar é óssea, existindo envolvimento da coluna vertebral em 50% dos casos (JAY et al., 2003).

O patógeno pode ser identificado nas amostras de hemocultura ou cultura de disco. Se não for tratada adequadamente, a infecção pode se estender para a área paravertebral, espaço epidural e corpos vertebrais adjacentes (COTTLE; RIORDAN, 2008).

É uma patologia que se manifesta com dores difusas, vagas, de caráter insidioso e não raro apresenta-se pouco sintomática, sem febre ou indícios de infecção, cujo diagnóstico permanece difícil (SEXTON; MCDONALD, 2011). A Febre pode ser detectada em metade dos casos e os déficits neurológicos, que incluem fraqueza nas pernas, paralisia, déficit sensorial, radiculopatia e incontinência esfíncteriana, acometem um terço dos pacientes (MYLONA; SAMARKOS; KAKALOU, 2009).



Diagnóstico

Na maioria das vezes é feito em fases avançadas devido à inespecificidade dos sinais e sintomas da doença. A suspeita clínica é a base para o diagnóstico da espondilodiscite e pode ser realizado mediante exames laboratoriais e de imagem.

Nos exames laboratoriais, os parâmetros laboratoriais a serem determinados são os leucócitos, proteína C-reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS). Nos doentes na fase aguda, ocorrem elevação dos parâmetros inflamatórios e VHS. Nos pacientes crônicos, os parâmetros podem estar normais ou aumentados e geralmente os leucócitos estão normais associados à elevação do PCR (CRAMER et al., 2003; EYSEL; PETERS, 1997).

Segundo Faria et al., (2011), os exames imagiológicos utilizados para o diagnóstico da espondilodiscite são a radiografia convencional, cintigrafia óssea, tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética nuclear (RMN).

As alterações que podem ocorrer são as seguintes: Radiografia convencional: no estágio precoce (1 a 3 semanas) a radiografia pode ser normal e os primeiros sinais radiográficos incluem hipotransparências subcondral (FARIA et al., 2011). A tomografia computadorizada possui maior sensibilidade diagnóstica devido à superior resolução de contraste de tecidos moles, já a Cintigrafia óssea tem captação aumentada de radiofármacos, traduz atividade inflamatória e aumento do turnover ósseo e é visível 1 a 3 semanas antes de existir tradução na radiografia e TC (JEVTIC, 2004)

Atualmente, o exame de imagem de escolha no diagnóstico de Espondilodiscite é a Ressonância Magnética Nuclear, sobretudo nos estágios muito precoces da doença quando os restantes exames (radiografia e TC) são negativos (MAIURI et al., 1997). As alterações esperadas são a destruição cortical, sinal hipointenso nas vértebras afectadas na ponderação T1 e sinal hiperintenso na ponderação T2, envolvendo o disco intervertebral adjacente. A utilização de contraste endovenoso é mandatório e patognomónico, podendo a captação de contraste persistir de semanas a meses (MANN et al., 2004).

Tratamento e complicações

O objetivo do tratamento é erradicar a infecção, aliviar a dor e restaurar ou preservar a função e as estruturas da coluna vertebral (THEODORE; SANI, NICHOLAS, 2010). Os métodos terapêuticos mais usados são conservador ou cirúrgico: fixação da seção afetada da



coluna vertebral, antibioticoterapia, e dependendo da gravidade, o desbridamento e descompressão do canal vertebral (SCHINKEL; GOTTWALD; ANDRESS, 2003).

O tratamento conservador consiste em medidas não farmacológicas, como fisioterapia e imobilização, além do uso de antibióticos (THEODORE; SANI; NICHOLAS, 2010). De acordo com Bettini et al., (2009) a terapia conservadora da espondilodiscite não complicada deve ser instituída com o uso de antibiótico específico, caso o agente etiológico seja apontado pela biópsia e/ou pela hemocultura, ou de amplo espectro quando não for conhecido o agente específico.

O tratamento compreende o uso de levofloxacina e rifampicina, teicoplanina e rifampicina ou vancomicina e rifampicina (BETTINI et al., 2009). Segundo esse mesmo autor, a reavaliação do método conservador deve ser feita quando houver persistência ou agravamento dos sintomas, indicativo de inflamação ou se os exames imaginológicos não tiverem apresentado melhora após tratamento de um mês. A via de administração e a duração do tratamento ainda não estão bem definidos, mas habitualmente, a via de escolha inicial é a parenteral, que pode ser substituída, se possível, para a via oral após 10 dias (THEODORE; SANI; NICHOLAS, 2010).

De acordo com Queiroz et al., (2013) o repouso no leito na fase inicial é essencial para melhora da dor aguda, juntamente com a imobilização externa que ajuda a estabilizar a coluna vertebral, reduzir a dor e prevenir deformidades. O tratamento conservador possui uma eficácia de 75% nos pacientes diagnosticados entre 6 e 24 meses.

Nos casos em que o antibiótico não é resolutivo, em que há instabilidade vertebral, deformidade progressiva, déficit neurológico e abscesso peridural o tratamento é feito por meio de cirurgia (RUTGES et al., 2016).

A abordagem cirúrgica, é indicado quando há complicações, em que os objetivos do tratamento cirúrgico consistem em remover o foco séptico, detectar o patógeno e estabilizar a secção da coluna infectada. Essa abordagem torna o tratamento mais seguro, proporcionando rápida recuperação e mobilização pós-operatória (CHEUNG; LUK, 2012). Está indicada para os casos de compressão medular, instabilidade da coluna, cifose grave e falha do tratamento conservador (SOBOTTKE; SEIFERT; FATKENHEUER, 2008).

Assim, o tratamento cirúrgico consiste em descomprimir o compartimento afetado, desbridar a área e realizar a fusão anterior, e o desbridamento tem por objetivo reestabelecer a vascularização da área, a fim de proporcionar melhor cicatrização do tecido subsequente,



facilitar a entrega de antibiótico e evacuar a maior parte do tecido infectado, acelerando o curso natural da doença. Para tal, devem ser feitas drenagem dos abscessos e remoção do tecido ósseo infectado até sangramento saudável desse tecido (KEMP et al., 1973).

Por ser doença rara, o alto grau de suspeição para o diagnóstico de espondilodiscite e a disponibilidade de métodos de imagem, como a RM, são fundamentais para permitir o início precoce do tratamento e a redução das complicações (GARCIA et al., 2013). Suas principais complicações são déficits neurológicos permanentes e dor intensa, o que acontece em cerca de um terço dos casos (MCHENRY; EASLEY; LOCKER, 2002).

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Anamnese

V.V.S, 21 anos, sexo masculino, cor parda, estudante, solteiro, oriundo de Jaicós-PI, faz uso de bebidas alcoólicas e tabagismo desde os 15 anos de idade, histórico familiar de hipertensão (pai). O paciente foi admitido no dia 18 de setembro de 2019, na clínica médica, do hospital relatando febre e dor em região lombar, apresentando o diagnóstico médico de Espondilodiscite, mediante encaminhamento de outro hospital, no qual esteve internado, anteriormente, para procedimento cirúrgico após ter sido vítima de agressão com arma branca. No encaminhamento, constava o diagnóstico e a indicação de manter o paciente sob regime de internação para antibioticoterapia. O paciente apresentava venóclise no membro superior esquerdo para administração de medicações endovenosas, necessárias no tratamento.

Exames

O paciente foi submetido aos seguintes exames: Creatinina, Glicose, Potássio, Sódio, Transaminase Glutamicooxalac (TGO), Transaminase glutâmico piruvica (TGP), Uréia e Hemograma completo. Após análise dos mesmos pode-se perceber que somente o valor referente aos linfócitos encontravam-se elevados (44%) e hematócritos baixos (36,9 %). Segundo Lemos (2007), a contagem de linfócitos elevados, também conhecida como linfocitose, ocorre quando se teve recentemente uma infecção ou doença, e quando o hematócrito está baixo, normalmente é indicativo de alguma situação em que há a diminuição da quantidade de hemácias ou de hemoglobina, como a anemia, por exemplo.

Exame físico

Consciente, orientado, calmo, fásico, comunicativo, com estado de cognição preservado, crânio com formato e tamanho normal, cabelos higienizados, face simétrica, sensibilidade preservada, pupilas com diâmetro normal, isocóricas, fotorreagentes, conjuntiva ocular normocorada, sem presença de infecção, com acuidade visual preservada, nariz e seios nasais sem alterações, orelha sem comprometimento com presença de pelos e cerume, e audição normal, cavidade bucal sem alterações, pescoço simétrico e sem alterações. Pele com turgor normal e hidratada. Tórax simétrico e sem alterações na ausculta cardíaca, abdômen globoso, e Ruídos Hidroaéreos presentes. Aceita dieta oferecida. Deambulante. MMSS e MMII simétricos, com mobilidade física prejudicada devido a lombalgia, ausência de lesões e sensibilidade preservada. Sono e repouso não satisfatórios. Eliminações vesicais e intestinais normais (SIC). SSVV: PA: 100X60 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 86 bpm, T: 36 °C.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de enfermagem são fundamentais para o futuro da assistência de enfermagem de enfermagem prestada com profissionalismo e baseada em evidências - e para atender de modo mais eficiente às necessidades dos pacientes e garantir maior segurança (NANDA, 2018). A seguir, no quadro 01, estão descritos os diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados.

Quadro 01: Diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados.

Diagnóstico de enfermagem	de	Características definidoras	Fator relacionado
Dor aguda		Relato e expressão facial de dor;	Agente biológico lesivo (a infecção)
Mobilidade prejudicada	física	Desconforto e dificuldade para virar-se	Dor
Conforto prejudicado		Alteração no padrão de sono e desconforto com a situação	-
Distúrbio no padrão de sono		Pela incapacidade de iniciar e manter o sono	Barreira ambiental
Disposição para melhora do autocuidado		Desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias de autocuidado.	-
Ansiedade			

Fonte: NANDA, 2018.



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Intervenção de Enfermagem é qualquer tratamento que, baseado em julgamento conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente. As intervenções de enfermagem incluem tanto a assistência direta como a indireta; as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade; e a assistência prestada em tratamentos iniciados pelo enfermeiro, médico e outro prestador (NIC, 2016). A seguir, no quadro 02, estão descritas as intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos.

Quadro 02: Intervenções de enfermagem de acordo com os diagnósticos.

Diagnóstico enfermagem	de Intervenções de enfermagem
Dor aguda	<ul style="list-style-type: none">Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores;Observar a ocorrência de indicadores não verbais de desconforto;Usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a dor;Investigar os fatores que aliviam/pioram a dor;Informar sobre a dor, suas causas, duração e desconfortos antecipados em decorrência dos procedimentos;Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto;Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor;Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e intervir de forma adequada;Administrar analgésicos, quando prescritos;Aplicar calor/frio quando apropriado;



Mobilidade prejudicada	física	Determinar a capacidade atual do paciente em transferir-se; Selecionar a técnica de transferência adequada ao paciente; Orientar o paciente sobre todas as técnicas apropriadas, almejando atingir o maior nível de independência; Orientar o indivíduo quanto ao uso auxiliares da deambulação, caso necessite; Identificar os métodos de prevenção de lesão durante as transferências; Usar a mecânica corporal correta durante os movimentos; Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos; Auxiliar o paciente a deambular usando o corpo como muleta humana, conforme apropriado;
Conforto prejudicado		-Determinar a localização da dor, características, severidade, dentre outros; -Monitorizar os sinais vitais antes e depois da administração de analgésicos; -Programar medidas do conforto (posicionamento, redução da luz, musicoterapia, dentre outros). Melhora no sistema de apoio; Redução da ansiedade; Apoio emocional.
Distúrbio no padrão de sono		Controle da dor; Banho; Redução da ansiedade; Monitorar o padrão de sono; Registrar o padrão do sono e quantidade de horas dormidas; Identificar e reduzir estressores ambientais; Planejar as rotinas de cuidados de enfermagem para que procedimentos desagradáveis ou dolorosos não ocorram após as 20 h; Proporcionar um ambiente calmo e seguro; Orientar a acompanhante a manter regularidade nos horários de deitar; Limitar o estímulo ambiental (iluminação e ruído excessivo) para facilitar relaxamento.
Disposição para melhora do autocuidado		Controle do Ambiente; Educação em Saúde; Esclarecimento de Valores; Aconselhamento.

Fonte: NIC, 2016.

RESULTADOS ESPERADOS

Além das taxonomias NANDA e NIC, foi criada a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), que contém os resultados esperados para cada Diagnóstico de Enfermagem identificado. Portanto, esta é a etapa de avaliação do Processo de Enfermagem. Desta forma, completa-se a tríade que vem sendo conhecida na enfermagem como NANDA / NOC / NIC (NOC, 2010). No quadro a seguir (quadro 03), os resultados de enfermagem de acordo com os diagnósticos.

Quadro 03: Resultados de enfermagem de acordo com os diagnósticos.

Diagnóstico de enfermagem	Resultados esperados
Dor aguda	-Controlar a dor; - Promover conforto físico; - Satisfação do cliente.
Mobilidade prejudicada	física -Prevenir complicações; - Prevenir dor por posicionamento incorreto.
Conforto prejudicado	-Controle dos sintomas; -Satisfação do cliente: Ambiente físico; -Aceitação: Estado de saúde; -Bem-estar pessoal
Distúrbio no padrão de sono	- Padrão de sono adequado
Disposição para melhora do autocuidado	-Autodireção dos Cuidados - Bem-estar Pessoal - Comportamento de Busca da Saúde

Fonte: NOC, 2010.

CONCLUSÃO

O enfermeiro deve sempre estar atento as suas ações. Essas ações devem ser fundamentadas cientificamente e os procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização de enfermagem, transmitindo ao paciente segurança e qualidade no tratamento. O enfermeiro deve estar atento ao exame físico do paciente com Espondilocistite, pois através desse exame o profissional identifica as possíveis complicações, bem como algum desconforto ou queixa



do paciente, estabelecendo assim diagnósticos e medidas a fim de promover conforto ao paciente, sempre fazendo avaliação da efetividade desse plano.

No que se refere à enfermagem, compreende-se que o cuidado é um eixo de sua prática social e identitária, dando essência ao seu trabalho e gerando tecnologias que influenciam diretamente na produção e no consumo de bens de saúde. O enfermeiro deve reconhecer seu paciente como um agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvendo-o no desenvolvimento de seu plano de cuidados.

Sendo assim, é de suma importância que se faça um acompanhamento multiprofissional do paciente, além de avaliações minuciosas para que o agravamento dos sintomas possa ser detectado em tempo hábil e oportuno. O enfermeiro como profissional que tem contato maior e mais direto com o paciente, tem o papel de ser o elo entre as necessidades do paciente e a equipe multiprofissional do serviço de atendimento. Assim sendo, a realização desse trabalho contribuiu para a aquisição de conhecimento em relação à patologia estudada, uma vez que não é algo comum de ser estudado na prática acadêmica.

Além disso, possibilitou aos estagiários uma experiência ímpar no que diz a assistência prestada a esse tipo de paciente, bem como, em relação a aplicação do processo de enfermagem na efetivação dos cuidados em saúde no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F. Ceftriaxona: para que serve e como tomar. Tua saúde. Portugal, 2007. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/ceftriaxona-rocefim/>. Acesso em 15 nov de 2019.
- BARROS, A.L.B.L. Anamnese e Exame físico - avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 3º Ed. São Paulo: ARTMED, 2015.
- BARCELOS, F. L. Et al. Espondilodiscite como Complicação Infeciosa de Cateterismo Cardíaco. **Rev. Bras. Cardiol.** v.26, e.5, p.406-09, setembro/outubro, 2013.
- BETTINI, N; GIRARDO, M; DEMA, E; CERVELLATI, S. Evaluation of conservative treatment of non specific pondylodiscitis. **Eur Spine J.**; v.18, e.1, p. 143-50, 2009.
- CAPELI, J. Et al. Espondilodiscite infecciosa: o estudo de quarenta e um casos. *Acta Reum. Port*, v.32, p.255-262, 2007.
- CARRAGEE, E. J. Pyogenic vertebral osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am.*, v.79, p. 874-880, 1997.
- CARVALHO, V. N. et al. Espondilodiscite Infeciosa: Formas de Apresentação, Diagnóstico e Tratamento. **Medicina Interna**, v. 25, n. 2, p. 85-90, 2018.



CHEUNG, W.Y; LUK, K. D. Pyogenic spondylitis. *Int Orthop*. 2012; v. 36, n. 2, p.397-404, 2012.

COTTLE L, RIORDAN, T. Espondilodiscite infecciosa. *J Infect*, v. 56, n. 6, p. 401-412, 2008.

CRAMER, J; HAASE, N; BEHRE, I; OSTERMANN, P.A.W. Spondylitis und spondylodiszitis. *Trauma und Berufskrankheit*. v.5, p.336-41, 2003.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. Artmed, Porto Alegre, 2018.

Dipirona sódica [Bula de remédio]. Responsável técnico: Dra. Francielle Tatiana. Curitiba: Drograria OnLineEireli, 2000. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/dipirona-monoidratada/bula>. Acesso em 15 nov de 2019.

DOCHTERMAN, G.M. et al. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. 6 Ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

EYSEL, P; PETERS, K.M. Spondylodiszitis. In: Peters KM, Klosterhalfen B. Bakterielle Infektionen der Knochen und Gelenke. **Stuttgart: Enke**. p. 52-93, 1997.

FANTONI, M. et al. Epidemiological and clinical features of pyogenic spondylodiscitis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, v.16, p. 2-7, 2012.

FINGER, G. et al. Protocolo investigativo e terapêutico de espondilodiscite: resultados de um serviço de neurocirurgia. *Coluna/Columna*, v. 18, n. 2, p. 138-143, 2019.

GARCIA, E.C. et al. Spondylodiscitis: a rare differential diagnosis of abdominal pain. *Rev Med Minas Gerais*; v.23, e.3, p. 392-395, 2013.

GOULIOURIS, T; ALIYU, S. H; BROWN, N. M. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. *J Antimicrob Chemother*, v. 65, p. 11-24, 2010.

GRAELLS, X. S. et al. Espondilodiscite toracolombar e a abordagem cirúrgica: uma análise retrospectiva. *Coluna/Columna*, v. 18, n. 2, p. 154-157, 2019.

JAY, B. et al. MR. Atypical Pott's Disease: Localized Infection of the Thoracic Spine Due to Mycobacterium avium- intracellulare In a Patient Without Human Immunodeficiency Virus Infection. *South Med J*, v.96, e.7, p. 685-8, 2003.

JEVTIC, V. Infecção Vertebral. *Eur Radiol*, v.14, p.43-52, 2004.

LEMOS, M. Tuasaúde. Linfócitos: O que são e Valores de Referência [Internet]. 2007. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/linfocitos/>. Acesso em 20 de nov de 2019.

KEMP, H.B; JACKSON, J.W; JEREMIAH, J. D; COOK, J. Anterior fusion of the spine for infective lesions in adults. *J Bone Joint Surg Br*. V.55, e.4, p-715-34, 1973

MAIURI, F. Et al: Diagnostic Imaging Spondylodiscitis: Clinical and Magnetic Resonance Diagnosis. *Spine*, p.1741-6, 1997.



MANN, S. Et al. Nonspecific Pyogenic Spondylodiscitis: Clinical Manifestations, Surgical Treatment, and Outcome in 24 Patients. **Neurosurg Focus**, v.17, n. 6, e.3, 2004.

MCHEMRY, M.C; EASLEY, K.A; LOCKER, G. A. Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. **Clin Infect Dis**, v.34, p.1342-50, 2002.

MOORHEAD, S; JOHNSON, M; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem - NOC**. 4 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MYLONA E, SAMARKOS M, KAKALOU E. Pyogenic vertebral osteomyelitis: a systematic review of clinical characteristics. **Semin Arthritis Rheum**, v.39, p.10-7, 2009.

Oxacilina sódica. [Bula de remédio]. Responsável técnico: Dra. Francielle Tatiana. Curitiba: Drogaria OnLine Eireli, 2000. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/oxacilina-sodica/bula>. Acesso em 15 nov de 2019.

QUEIROZ, J.W.M. et al. Espondilodiscite: revisão de literatura. **Arq Bras Neurocir**, v.32, e.4, p. 230-6, 2013.

RESNIK, D. **Osteomyelitis, septic arthritis and soft tissue infection: axial skeleton**. In: Resnick D, editor. *Diagnosis of bone and joint disorders*. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2002. p. 2481–509.

RUTGES, J. P. et al. Resultado do tratamento conservador e cirúrgico da espondilodiscite piogênica: uma revisão sistemática da literatura. **Euro Spine J**, v. 25, n. 4, p. 983-999, 2016.

SCHINKEL, C; GOTTWALD, M; ANDRESS, H.J. Surgical treatment of spondylodiscitis. **Surg Infect. Larchmt**. v.4, e.4, p.387-91, 2003.

SEBBEN, A. L. et al. High cervical spine spondylodiscitis management and literature review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 1, p. 18-20, 2017.

SOBOTTKE, R; SEIFERT, H; FATKENHEUER, G. Current diagnosis and treatment of spondylodiscitis. **Dtsch Arztebl Int**; v. 105, p.181-7, 2008.

SOUZA, C.G. et al. Espondilodiscite piogênica e tuberculosa: aspectos na ressonância magnética para o diagnóstico diferencial. **Radiol Bras.**; v.46, e.3, p.173–177, 2013.

THEODORE, G; SANI, H.A; NICHOLAS, M.B. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management. **J Antimicrob Chemother.**; v.65, e 3, p.11-24. 2010.

TURUNC, T. et al. A comparative analysis of tuberculous, brucellar and pyogenic spontaneous spondylodiscitis patients. **J Infect**, v. 55, p. 158-163, 2007.

Zylium: Cloridrato de ranitidina. [Bula de medicamento]. São Paulo: Farmasa. Disponível em: <https://static-webv8.jet.com.br/drogaosuper/Bulas/7897322700908.pdf>. Acesso em 15 nov de 2019.



CAPÍTULO 14

DEMÊNCIA MISTA: A ACURÁCIA DA IDENTIFICAÇÃO PELA SINTOMATOLOGIA

Egberto Gustavo do Carmo, Doutorado em Neurociências, UNICAMP
Elisângela Gisele do Carmo, Doutorado em Desenvolvimento Humano e Tecnologias, UNESP

RESUMO

A demência vascular é considerada uma das formas mais comuns de demência em idade avançada. A combinação de alterações neuromorfológicas cerebrais do tipo da Doença de Alzheimer e a patologia vascular compartilham a terceira forma mais comum de demência, a Demência Mista, sendo um desafio para a prática clínica desde o diagnóstico ao tratamento e o manejo dos sintomas. Nesta perspectiva, esta revisão de literatura narrativa tem por objetivo apresentar de forma sucinta a doença em sua sintomatologia, as causas e alguns tipos de tratamentos, a fim de reforçar a necessidade de maior acurácia no diagnóstico na parte clínica.

PALAVRAS-CHAVE: demência vascular, demência mista, distúrbios cognitivos vasculares.

INTRODUÇÃO

A alta porcentagem de pessoas idosas diagnosticadas com algum tipo de demência cresce vertiginosamente à medida que os anos vividos avançam. O polimorfismo e a gênese complexa da neuromorfologia das diversas formas de demência (DANEV, STOYANOV, 2010), dentre elas a Demência Mista (DM), com a presença de patologia vascular do cérebro determinam a complexidade na exatidão a partir da classificação expressa em diferentes graus de manifestação da disfunção cerebrovascular.

Conceito

Durante o século 19, estudos neuromorfológicos observaram que o estreitamento dos vasos sanguíneos, devido a condições clínicas pré-existentes do processo de envelhecimento, ocasionava a hipoperfusão do cérebro danificando suas estruturas denominado de demência arteriosclerótica (ROMÁN, 1999). A natureza destas mudanças nas estruturas foi considerada uma etiologia incerta e imprecisa, sendo o estudo de Hachinski, Lassen, Marshall (1974) admitido a divisão dicotômica da demência e da arteriosclerose ao conceito de DM.



Definição

A DM corresponde a coexistência da DA e o Comprometimento Cognitivo Vascular/ Doença Vascular (CCV/DV), para maior clareza DM é a presença dessas duas doenças (ENGELHARDT, 2004). No entanto, Engelhardt (2004), relata que a DM é uma doença pouco definida, mas que está tendo grandes repercussões, uma vez que os idosos são os mais afetados com a doença.

A demência é uma síndrome assinalada pelo declínio das funções cognitivas na qual interfere, consideravelmente, no desempenho funcional do paciente, seja este um idoso ou não (FORLENZA; CARAMELLI, 2000; O'BRIEN, 2006). Dentre os tipos de demências existentes, a DA e a demência vascular (DV) são as duas formas mais prevalentes que acometem, indistintamente, a população idosa (HERRERA et al., 2002).

Diversas áreas cerebrais são afetadas pela DA e as lesões destes locais, muitas vezes, ocorrem, concomitantemente, com as de caráter isquêmico decorrentes de outra patologia, a Doença Cerebrovascular (DCV). A existência de DA e de DCV é denominado de DM, sendo caracterizada por distúrbios circulatórios em áreas do cérebro que levam à infartos recorrentes e, portanto, à danos extensos às células nervosas (WILLIS; HAKIM, 2013). A DCV também pode ocorrer com um curso gradual entre fases longas sem progressão da doença e fases leves de melhora (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; LANGA; FOSTER; LARSON, 2004).

Causas

A DA pode ser assintomática, dependendo da reserva cognitiva do paciente, já que o cérebro é bastante flexível e por muito tempo compensa os processos negativos associados à destruição de neurônios (WILLIS; HAKIM, 2013). O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a doença arterial coronariana reduzem esta reserva e aceleram o início da DA (SOLDAN et al., 2020). A relação inversa também é bastante óbvia

A DA aumenta o risco de doenças vasculares cerebrais, uma vez que a deposição de placas senis, as beta-amiloide ocorre tanto na substância do próprio cérebro como nas paredes dos vasos sanguíneos, levando aos seus danos, originando angiopatias (HONJO; BLACK; VERHOEFF, 2012). Estes processos degenerativos possuem fatores importantes e interligados que são componentes de pré-disposição que o indivíduo tem com relação a doença, como: transporte do gene APOE4; hipertensão; aterosclerose cerebral; arritmias cardíacas; colesterol



alto; maus hábitos adquiridos (alimentação pouco saudável, sedentarismo, tabagismo, etilismo) (VIRANI et al., 2020). Por conseguinte, a base da patogênese da DV são os processos de hipóxia e isquemia do cérebro e a base morfológica é o infarto (mais precisamente, cistos pós-infarto) ou a destruição isquêmica difusa da área da substância subcortical branca (leucoencefalopatia subcortical) com desmielização, gliose e morte axonal (IADECOLA, 2013). Os ataques cardíacos podem ser de grande e médio porte, decorrentes da oclusão de ramos grandes e médios das artérias cerebrais. Ataques cardíacos pequenos (lacunares), de até 1,5 cm de tamanho, via de regra, são múltiplos, surgem como resultado de lesão de pequenas artérias cerebrais (microangiopatia) (IADECOLA, 2013).

A ocorrência simultânea de eventos característicos de DA e DCV é de cerca de um terço dos pacientes com DA ou 25% dos acometidos, e estimativas semelhantes aparecem nos pacientes com DCV, dentre os quais, apresentam alterações patológicas peculiares de DA, ocorrendo, por vezes, falsos diagnósticos (KALARIA; BALLARD, 1999). A DA e a DM coexistem e se inter-relacionam, havendo danos cognitivos cumulativos, no entanto, fatores de risco controlam o desencadeamento do acidente vascular cerebral, o que sugere ser uma prevenção à DM (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

A maior ocorrência de indivíduos com diagnóstico de Diabetes mellitus e hipertensão arterial (HA), hábito de tabagismo e com idade avançada estão entre os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de DV. A HA é um prognóstico para fatores de declínio cognitivo simultaneamente com uma série de doenças neurodegenerativas, consequências decorrentes do espessamento das paredes dos vasos cerebrais, mudanças morfológicas nas arteríolas cerebrais, que fornecem sangue para a maioria das áreas mais vulneráveis do cérebro responsáveis por processos cognitivos (IADECOLA et al., 2016).

Os fatores de risco primários para a DV são basicamente, além destes citados, o fato de o indivíduo apresentar hipertensão arterial (em pessoas com mais de 75 anos), hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, sífilis, processos inflamatórios crônicos, infecções diversas e aumento da coagulação do sangue (MESCHIA et al., 2014). Na sequência, os fatores de risco secundários incluem condições que afetam os vasos cerebrais - aterosclerose, hialinose, amiloidose, inflamação com ocorrência de trombose e tromboembolismo. Os fatores de risco terciários são lesões cerebrais derivadas por isquemias: microinfartos, macroinfartos, infartos lacunares, expansão dos espaços perivasculares e dano



isquêmico à substância branca do cérebro(MESCHIA et al., 2014). Nos casos de DV, especialmente na demência subcortical, os sistemas de neurotransmissores colinérgico e glutamato são afetados, o que afeta o estado das funções cognitivas (FERREIRA-VIEIRA et al., 2016).

Nesta perspectiva, Woodford e George (2007), analisam a ocorrência da DM nos indivíduos com DV, caracterizada pela causa súbita, gradual e progressão rápida, desencadeada por um AVC devido à histórico familiar ou exposição dos fatores de risco, conforme indicados. Existem indícios de que um dos mais favoráveis fatores de risco para DV estaria implicado na DA, principalmente na aterosclerose presente nestes casos (DIOGO; MAIA; REOLON, 2003).

Langa, Foster e Larson(2004) afirma a intrínseca relação entre as lesões cerebrais de pacientes com DA e a DV, já que ambas possuem ocorrência de degradação celulares em locais pré-determinados com as placas amiloides e emaranhados neurofibrilares com os micro e macro infartos cerebrais e a leucoencefalopatia periventricular isquêmica. Este fato é comprovado pelos estudos que relataram autópsias para averiguar a neuropatologia (ROMÁN et al., 2004; LIN et al., 1999). Em uma série destas autópsias, a DVC foi encontrada em 34 a 50% dos indivíduos com DA (FORNARI et al., 2010).

Sintomas

A progressão e o prognóstico da DM são comparáveis à DA (KIKUCHI; FUNARI, 2006). Apresentar sintomas com características clínicas típicas de DA e piora abrupta, por vezes de rápida progressão e acompanhada por sinais clínicos de AVC, certamente, indicam DM (FORNARI et al, 2010).

Sabe que a DA é uma expressão clínica sequenciada e previsível, observado de acordo com a anatomia clínica. A DCV apresenta-se de forma variada, por meio de lesões subjacentes em sua localização e extensão (ENGELHARDT, 2004).Torna-se intrínseco observar que a situação mais comum de DM é a de um paciente com sintomas e características clínicas típicas de DA, o qual apresenta piora abrupta e indícios clínicos de AVC.



Diagnóstico

Okamoto, Romio e Silva (2013) afirmam que a DM é a patologia que menos pessoas possuem o diagnóstico e muitas vezes o mesmo não ocorre em tempo para posterior tratamento adequado. O diagnóstico de DM envolve sinais de DV na presença de exames clínicos e/ou de neuroimagem. O recurso amplamente utilizado na prática clínica é o Critério Internacional de Classificação (CID).

Segundo Fornari et al (2010), outro instrumento para conhecimento da DM é o Escore Isquêmico de Hachinski (HACHINSKI; LASSEN; MARSHALL, 1974), por meio do qual, pode-se diferenciar os sintomas decorrentes da DA e da DV, facilitando o diagnóstico do profissional de saúde. Após aplicação do instrumento no paciente, o profissional conclui, por meio do escore final que pontuação: menor ou igual a 4 é sugestiva de DA; maior ou igual a 7 é sugestiva de DV; igual a 5 e 6 sugerem DM (FORNARI et al, 2010).

Almeida et. al (2009) demonstram que o diagnóstico clínico de DM é confirmado em pacientes com presença de DV e DA, analisado com base em exames de neuroimagem, como: tomografia computadorizada, ressonância magnética e Doppler. Os exames de neuroimagem é um instrumento eficaz e demonstra maior precisão na observação da degeneração cerebral (ENGELHARDT, 2004). Tais exames de imagem devem ser solicitados por um médico neurologista. Ademais, cita-se o exame de extração do Líquido Cefalorraquidiano (LCR) a fim de analisar as proteínas tau, tau fosforilada e beta-amiloide (A β 42), pelo método de *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA) (LIVRAMENTO, 2013).

Outras formas de investigação é a aplicação de critérios estabelecidos, um exemplo destes é o *Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences* (NINDS-AIREN). Além do NINDS-AIREN há outras referências bastante utilizadas para diagnóstico da DV e DM, como o *Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers* (ADDTC) e o *Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD) (WIEDERKEHRE et al., 2008). Ainda, Hénon et al. (2001) denominou a DM de demência pré-AVC e considerou o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) um instrumento para auxiliar a detecção da DM por meio de entrevista com familiares e/ou cuidadores dos idosos acometidos pela demência. Outro método bastante preciso é o estudo morfométrico, que torna possível obter uma compreensão das características estruturais,



hemodinâmicas e metabólicas do cérebro na DV, não obstante só pode ser realizado no estado *post-mortem* do paciente.

Tratamento

O tratamento da DM deve ser abrangente, visando a possível compensação de todos os distúrbios existentes e a prevenção da progressão futura de doenças que causam danos às células cerebrais. Mesmo que um dos processos prossiga latente ou com sintomas clínicos menores, no futuro pode causar o rápido desenvolvimento de um prejuízo maior, portanto, precisa ser corrigido junto com a doença que causou os principais sintomas da DM (ZEKRY; HAUW, 2002.).

Com relação ao tratamento medicamentoso da DM, pode-se utilizar a estratégia colinérgica, no intuito da melhora da cognição e a glutamatérgica, que contribui na neuroproteção. Já as estratégias monoaminérgicas e outras relacionadas são necessárias para o controle de sintomas de comportamento e psicológicos (ENGELHARDT, 2004).

Na parte vascular utiliza-se anti-hipertensivos, anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, sendo que a HA, para efeito positivo deve permanecer a mesma durante todo o período de tratamento, a fim de uma possível melhoria do quadro cognitivo do paciente. O uso de antagonistas Beta adrenérgicos está coligado à piora dos sintomas cognitivos. Devem-se utilizar os inibidores de ECA e diuréticos – que não causam prejuízo cognitivo. Também fazer a remoção cirúrgica de placas carotídeas pode prevenir ataques vasculares subsequentes (derrames/infartos cerebrais) (CANDIANI, s/d).

O estudo de Chen et al. (2013) apontam a utilização de cerebrolisina possua um efeito terapêutico no aumento da capacidade de aprendizagem, melhoria da memória e modulação de processos metabólicos, aumentando a capacidade neuronal, coligada a fatores neurotróficos.

Ao avaliar os resultados gerais dos estudos de cerebrolisina *in vitro* e *in vivo*, Chen et al. (2013), observaram o seguinte mecanismo de sua ação: 1) supressão do processo de formação de depósitos amiloide; 2) proteção dos neurônios da apoptose e da degeneração por meio da inibição da calpaína; 3) estimulação de sinapses togenesis, contribuindo para um aumento sináptico e eficiência da neurotransmissão; 4) aumento inferior no efeito de indutores de apoptose fisiológica sobre células novas; 5) estimulação da neurogênese, levando



a um aumento no número de novos neurônios. Ao longo dos anos de estudo clínico da cerebrolisina, observou-se experiência suficiente de seu uso em pacientes com diferentes tipos de DM. Juntamente a abordagens farmacológicas, aspectos devem ser levados em consideração e aplicados para um tratamento adequado para a DM, como a modificação do estilo de vida e a correção de fatores de risco um dos mais eficazes e bem estudados na prevenção da DV e consequente DM.

Outras medidas importantes para pacientes com DM é usarestatinas ecolinomiméticos, sendo que reduzem o risco de isquemia (agentes antiplaquetários) e ajudam a melhorar a circulação cerebral. Ressalta-se que o tratamento medicamentoso não é isento de efeitos adversos e têm potencial para interação com outros medicamentos (WANNMACHER, 2005).

Lembrando que a prevenção, a manutenção e a melhoria do componente vascular podem ser obtidas por meio do controle de certo número de fatores de risco, compartilhados em grande parte pelo componente degenerativo (ENGELHARDT, 2004). Candiani (s/d) argumenta que as medidas preventivas são alternativas importantes ao tratamento medicamentoso para a sintomatologia da DV, a saber: adequação da dieta, prática regular de atividade física, controle da diabetes e da HA, conforme acordado acima.

O impacto da DM sobre os núcleos familiares e a sociedade demanda estratégias no sentido da prevenção ou do alívio das manifestações cognitivas, psicológicas e comportamentais (WANNMACHER, 2005). Assim, as intervenções têm como objetivo a melhoria das funções cognitivas (memória, atenção, orientação e concentração), a diminuição dos sintomas comportamentais e psicológicos (agressão, ansiedade, depressão e psicose) e melhoria da qualidade de vida do paciente, dos seus familiares e cuidadores, com mínimos efeitos adversos (WANNMACHER, 2005). Neste contexto, Araújo e Nicoli (2010) ressaltam que é importante priorizar cada paciente para promover o bem-estar individual, dos familiares e dos cuidadores. A ausência de respostas apropriadas às medidas usualmente tomadas acontece, muitas vezes, devido ao agravamento da doença, assim a melhoria é apenas sintomática e quase sempre parcial, pois não há qualquer tratamento capaz de reverter ou estabilizar a doença (WANNMACHER, 2005). O tratamento farmacológico instituído após diagnósticos de possíveis identificações relativas a prejuízos na cognição junto a episódios de AVC e análise aprofundada de exames de imagem e aplicação de critérios, é de extrema



importância. Sendo assim, o objetivo deste estudo é apresentar um referencial teórico breve sobre o diagnóstico clínico em DM, com enfoque dissertativo argumentativo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa realizada em diversas ferramentas de busca nacionais e internacionais, com seleção de artigos que tivessem como tema a base do diagnóstico da DM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente revisão de literatura narrativa, que de acordo com Rother (2007) não se apoia em critérios pré-estabelecidos e nem rigorosos em sua busca, observando o desenvolvimento de um texto baseados em estudos. Desta forma foram selecionados os que apresentassem em seu objetivo e escopo o tema sobre o diagnóstico na DM.

Primeiramente, a análise dos instrumentos de critérios de definição de demências existentes é importante para entrelaçar o objetivo deste artigo. O'Brien e Thomas (2015) analisam o difícil enfrentamento dos médicos acerca da identificação conclusiva e perspicaz da DM, por meio de sintomas iniciais da DV, já que a mesma se confunde com os da DA. A existência da DV pura é extremamente incomum. O estudo O'Brien (2006) já preconizava esta falta de especificidade e sensibilidade nos testes diagnósticos para DM, devido ao grande número de particularidades heterogêneas da DCV, ocorrendo uma varredura dos sinais em exames de imagens, o que deve ser extremamente cuidadoso dentro dos parâmetros dos critérios existentes.

Wiederkehr et al. (2008) observaram, em revisão com duas partes, os critérios diagnósticos utilizados em ambientes clínicos e de laboratórios de pesquisa, a saber: 1) A Escala Isquêmica de Hachinski e a Escala Isquêmica de Rosen (IS-R) são as mais fáceis de usar, porém os autores alertam para o fato de as escalas não incluírem a definição de infartos múltiplos, como o primeiro sinal da DV e consequente DM. 2) Os critérios *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* versões DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV e do CID-10, conforme os autores da revisão citada acima são comprometidos não apresentarem todos os padrões para a definição, devido a não existência de critérios para lesões cerebrares



brandos, já que avalia déficits na parte funcional e social do paciente, fazendo com que o mesmo esteja em uma fase muito avançada da demência para real identificação. 3) Outro critério muito utilizado é o *Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers (ADDTC)*, porém o prejuízo cognitivo indicado pode nem sempre estar associado a DV, no entanto, o ADDTC pode colaborar no diagnóstico da DM, já que a ocorrência de distúrbios simultâneos são sinais importantes nesta patologia. 4) O critério *National Institute of Neurological Disorder sand Stroke (NINDS)* com a *Association Internationalepourla Recherche et l' Enseignementen Neurosciences (AIREN)*, comumente conhecido na área médica como NINDS-AIREN, oferece um suporte para o diagnóstico de DV e DM, porém o instrumento detecta somente déficit em estadiamento avançado da doença, aquele em que o paciente fica restrito a desenvolver atividades da vida diária (AVD) e da vida social com independência.

Pontes Neto, Moro e Cougo Pinto (2013) resumem a avaliação neuropsicológica do paciente com DM com a aplicabilidade das Escalas de Rankin modificada e do Índice do Barthel, segundo analisada como sendo escalas confiáveis, porém com detalhes na avaliação como a falta de diferenciação de sintomas em cada paciente, agrupando-os em um único padrão.

Muitos destas ferramentas clínicas possuem marcadores sintomáticos de evolução tardia exigindo um maior número de exames, como os de imagem para ter total exatidão. Nesta complexidade de fatores é aconselhável pedir ao paciente e cuidadores o detalhamento dos primeiros sinais de declínio cognitivo após um episódio de AVC. Tendo uma supervisão constante destes pacientes é possível identificar distúrbios psicopatológicos, muitas vezes desenvolvidos de forma bastante acentuada no contexto de um ataque sistêmico cerebral.

O estado mental de pacientes com DM, juntamente com declínio amnésico-intelectual expresso em vários graus, é caracterizado por manifestações distintas com uma lentidão na velocidade de fala e pensamento, dificuldades de concentração e mudança de atenção, com preservação relativa da moralidade e da personalidade (STRUB, 2003). Strub (2003) ainda atenta para os distúrbios focais corticais que são menos pronunciados, mas quando as lesões vasculares estão localizadas em áreas funcionalmente significativas, podem ser clinicamente indistinguíveis daquelas na DA. A instabilidade emocional é uma dessas manifestações. Essas características proporcionam um aporte maior por parte do corpo clínico para identificação,



haja vista, a DM possui um declínio cognitivo, nesses casos, retardado, pelo menos no estágio de demência leve e ou moderada (STRUB, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando o contexto da DM, pode-se averiguar que apesar dos avanços dos tratamentos atualmente disponíveis, assim como, os diagnósticos, ainda é previsível afirmar que, muitos casos passam despercebidos na prática clínica e que há uma carência de dados específicos com relação à doença. Outrossim, a indefinição ou o diagnóstico tardio, pode acarretar consequências aos pacientes, como degradação gradual do tecido cerebral e da irreversão dos sintomas, decorrentes de lesões permanentes da doença.

Torna-se premente uma maior conscientização da população acerca deste tipo de demência, como a atualização constante dos profissionais de saúde, formando uma equipe multi e interdisciplinar a fim de lidarem com questões referentes ao manejo e ao tratamento dos indivíduos acometidos pela doença, proporcionando melhoria na qualidade de vida destes indivíduos e seus respectivos familiares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A; FONSECA, S. R; SANTOS, A. P. B. et.al. Epilepsia e Demência em uma Amostra de Pacientes Idosos Acompanhados em Serviço Terciário. **Journal of Epilepsy Research**, v. 15, n. 2, p. 62-64,2009.
- ARAÚJO, C. L. O.; NICOLI, J. S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.1, p. 231-244, 2010.
- CANDIANI, M. **Demências: Alzheimer, Vascular e outras (Diagnóstico e Tratamento).**s/d. Disponível em: <<http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=demencias>> Acesso em: junho 2015.
- CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 7-10, 2002.
- CHEN, N. et al. Cerebrolysin for vascular dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2013.
- DANEV, S.; STOYANOV, D. Early noninvasive diagnostic of neurodegenerative disease. **Folia Medica**, v. 52, n. 2, pág. 5-13, 2010.



DIOGO, C. L. G.; MAIA, M. F. C. P.; REOLON, A. P. Esquecimento e confusão mental no idoso. In: TERRA N. L. (Org). **Entendendo as queixas dos idosos**. Programa Geron. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p.358.

ENGELHARDT, E. Demência mista: do conceito ao tratamento / Mixed dementia: from concept to treatment. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 40, n. 4, p. 33-54, 2004.

FERREIRA-VIEIRA, T. H. et al. Alzheimer's disease: targeting the cholinergic system. **Current Neuropharmacology**, v. 14, n. 1, p. 101-115, 2016.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FORNARI, L. H. T. et al. As diversas faces da síndrome demencial. **Scientia Medica**, v. 20, n. 2, p. 185-193, 2010.

HACHINSKI, V. C.; LASSEN, N. A.; MARSHALL, J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. **The Lancet**, v. 304, n. 7874, p. 207-209, 1974.

HÉNON, H.; DURIEU, I.; GUEROUAOU, D. et al. Post-Stroke Dementia: Incidence and Relationship to Pre-Stroke Cognitive Decline. **Neurology**, v. 57, n. 1, p. 1216-22, 2001.

HERRERA, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

HONJO, K.; BLACK, S. E.; VERHOEFF, N. P. L. G. Alzheimer's disease, cerebrovascular disease, and the β -amyloid cascade. **Canadian Journal of Neurological Sciences**, v. 39, n. 6, p. 712-728, 2012.

IADECOLA, C. The Pathobiology of Vascular Dementia. **Neuron**, v. 80, n. 4, p. 844-866, 2013.

IADECOLA, C. et al. Impact of hypertension on cognitive function: a scientific statement from the American Heart Association. **Hypertension**, v. 68, n. 6, p. e67-e94, 2016.

KALARIA, R. N.; BALLARD, C. Overlap between pathology of Alzheimer disease and vascular dementia. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 13, n. 3, S115-S123, 1999.

KIKUCHI, E. L.; FUNARI, R. M. R., Demências. In: LOPES, A. C. et al. **Diagnóstico e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Volume 2. Barueri: Manole, 2006. p. 807.

LANGA, K. M.; FOSTER, N. L.; LARSON, E. B. Mixed dementia: emerging concepts and therapeutic implications. **Jama**, v. 292, n. 23, p. 2901-2908, 2004.

LIVRAMENTO, J. A. Líquido Cefalorraquidiano - Parte II. O Exame do LCR no Diagnóstico das Demências. In: BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 187-198.



MCALEESE, K. E. et al. Post-mortem assessment in vascular dementia: advances and aspirations. **BMC medicine**, v. 14, n. 1, p. 1-16, 2016.

MESCHIA, J. F. et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 45, n. 12, p. 3754-3832, 2014.

O'BRIEN, J. T. Vascular cognitive impairment. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 9, p. 724-733, 2006.

O'BRIEN, J. T.; THOMAS, A. Vascular dementia. **The Lancet**, v. 386, n. 10004, p. 1698-1706, 2015.

OKAMOTO, I. H.; ROMIO, T. C.; SILVA, R. V. Avaliação neuropsicológica da demência vascular. In: BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 1-896.

PONTES NETO, O. M.; MORO, C. H. C.; COUGO PINTO, P. T. Escalas Neurológicas Utilizadas para Avaliação dos Pacientes com Doenças Cerebrovasculares. In: BRASIL NETO, J. P.; TAKAYANAGUI, O. M. **Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 436-452.

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

STRUB, R. L. Vascular dementia. **Ochsner Journal**, v. 5, n. 1, p. 40-43, 2003.

ROMÁN, G. C. A historical review of the concept of vascular dementia: lessons from the past for the future. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v. 13, n. 3, p. S4, 1999.

ROMÁN, G. C. et al. Vascular cognitive disorder: a new diagnostic category updating vascular cognitive impairment and vascular dementia. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 226, n. 1-2, p. 81-87, 2004.

SOLDAN, A. et al. Cognitive reserve and midlife vascular risk: Cognitive and clinical outcomes. **Annals of Clinical and Translational Neurology**, v. 7, n. 8, p. 1307-1317, 2020.

VIRANI, S. S. et al. Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, p. E139-E596, 2020.

WANNMACHER, L. Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, v. 2, p. 1-6, 2005.

WIEDERKEHR, S. et al. Comparability of the clinical diagnostic criteria for vascular dementia: a critical review. Part I. **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 20, n. 2, p. 150-161, 2008.

WILLIS, K.; HAKIM, A. M. Stroke prevention and cognitive reserve: emerging approaches to modifying risk and delaying onset of dementia. **Frontiers in Neurology**, v. 4, p. 13, 2013.



WOODFORD, H. J.; GEORGE, J. Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods. **QJM: Na International Journal of Medicine**, v. 100, n. 8, p. 469-484, 2007.

ZEKRY, D.; HAUW, J.; GOLD, G. Mixed dementia: epidemiology, diagnosis, and treatment. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 50, n. 8, p. 1431-1438, 2002.



CAPÍTULO 15

MONITORIA ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA DISCIPLINA DE ANATOMIA

Relielton Maciel Arruda, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Rodrigo Monteiro Roque, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

João Sobral Melo, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Márcia Regina Praia Marins da Silva, Fisioterapeuta, Mestre, Faculdade Estácio do Amazonas, Manaus

Elcimara Almeida de Souza, Enfermeira, Mestre, Manaus, Amazonas

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Centro Universitário do Norte (UNINORTE), Manaus, Amazonas

RESUMO

Introdução: A monitoria acadêmica é um conjunto de atividades exercidas por alunos de cursos de ensino superior, funcionando como um programa de extensão adotado pelas universidades, visando o aperfeiçoamento do discente no processo de ensino e aprendizagem de acordo com seu plano de estudos. Como uma importante estratégia, a monitoria constitui o processo de ensino durante a graduação na faculdade, e conseqüentemente por meio dela o aprimoramento e a aproximação de práticas pedagógicas mostrando ao aluno monitor a realidade da docência. **Objetivo:** Relatar a experiência de alunos monitores nas disciplinas de anatomia sistêmica e clínica no curso de graduação em enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência discente durante a monitoria das disciplinas de anatomia sistêmica e clínica ofertada pelo núcleo de extensão da faculdade Estácio do Amazonas. O período de vivência do presente relato deu-se nos semestres letivos entre 2016 a 2019. O programa de monitoria tem carga horária de 50 horas semestrais, divididos semanalmente em auxílio nas aulas práticas no laboratório; correção de provas práticas para obtenção de notas parciais; correção de trabalhos acadêmicos; disposição de materiais necessários nas aulas práticas. **Resultados:** No período de cinco semestres de vivência na monitoria os dias de desenvolvimento das atividades foram diversos, durante os períodos matutino, vespertino e noturno, as segundas-feiras, quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira sempre respeitando os horários pré-determinados no início das atividades do semestre letivo ou quando havia necessidade em horários alternados quando outros monitores não podiam estar presentes. O primeiro semestre de experiência na monitoria foi na disciplina de anatomia sistêmica para as turmas de 1º período de enfermagem e o método utilizado para realização das atividades foi o diário de campo, onde anotávamos os assuntos que seriam repassados em cada aula, já que as aulas eram separadas por sistemas, o acompanhamento nos atlas de anatomia e a reunião para tirar as dúvidas antes das aulas. A dinâmica da aula funcionava da seguinte forma: era separado um período para análise das peças para que os alunos descobrissem por si próprios quais eram aquelas peças; em um segundo período os



monitores estavam livres para irem auxiliar com as dúvidas e ensinar as partes que os acadêmicos não compreendiam e por fim no terceiro período era o momento de avaliação onde a professora e monitores iam de encontro aos alunos, para testar o nível de conhecimento obtido naquela aula no laboratório. As atividades foram realizadas de acordo com o plano de atividades e conteúdo programático da disciplina, elaborado pela professora antes do início das aulas. **Considerações Finais:** Tendo em vista os aspectos observados, a monitoria caracteriza-se como uma importante atividade acadêmica sendo possível solidificar e enriquecer o conhecimento do aluno em vários aspectos privilegiando seu crescimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: anatomia; enfermagem; monitoria; relato de experiência.

INTRODUÇÃO

A monitoria acadêmica trata-se de um conjunto de atividades exercidas por alunos de cursos de ensino superior, funcionando como um programa de extensão adotado pelas universidades, visando o aperfeiçoamento do discente no processo de ensino e aprendizagem de acordo com seu plano de estudos. O monitor é supervisionado por um docente orientador de uma determinada disciplina (SCHNEIDER, 2006).

Visto como um apoio andragógico, o aluno monitor é submetido a potencializar suas habilidades inerentes e intelectuais à docência, proporcionando uma maior aproximação interpessoal na troca de conhecimentos entre docente e aluno, visto que o monitor sabe como é a realidade da dificuldade na disciplina ministrada pelo professor. (MATOSO, 2014)

Em exercício a monitoria é uma oportunidade interessante, pois faz o papel do monitor importante, visto que o aluno monitor conhecendo essas dificuldades pode auxiliar no processo de ensino-aprendizagem dos discentes monitorados, assim como pode também tirar dúvidas relacionadas a exercícios, trabalhos e seminários acadêmicos de uma determinada disciplina (PEREIRA, 2007).

Com o auxílio da monitoria nos laboratórios e sala de aula, torna-se acessível ao professor ministrar as disciplinas, mas complexas e trabalhar melhor com os discentes interessados em aprofundar seus conhecimentos acadêmicos, fortalecendo assim o ensino e aprendizagem com o professor e sua equipe de monitores em uma cooperação mútua com as suas atividades técnicas e didáticas (HAAG et al., 2008).

Como uma importante estratégia a monitoria constitui o processo de ensino durante a graduação na faculdade, e conseqüentemente por meio dela o aprimoramento e a aproximação de práticas pedagógicas mostrando ao aluno monitor a realidade da docência, através do



núcleo de extensão da instituição de ensino superior (IES) que tem o privilégio de oferecer o programa de monitoria tornando-se fundamental para que o aluno monitor possa descobrir a vocação pela docência evitando um profissional frustrado na docência. (MATOSO, 2014)

Em muitas instituições de ensino superior a monitoria acadêmica é oferecida de modo voluntário, porém, o aluno é compensado com horas de atividades acadêmicas complementares (AAC), que é exigido em alguns cursos, além do conhecimento adquirido nesse período, desde que seja realizado processo seletivo e/ou avaliações, conforme estabeleça a IES podendo o monitor atuar em áreas no campo do ensino e pesquisa (BRASIL, 1996).

O candidato pode ser escolhido através de processo seletivo realizado pela própria instituição. A faculdade Estácio do Amazonas através do núcleo de extensão, considerando o disposto na Resolução CONSUP N°11 de 11 de Agosto de 2010 desta IES, realiza o processo seletivo todo semestre e podem participar todos os alunos regularmente matriculados e que tenha obtido aprovação na disciplina que está se candidatando.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo relatar a experiência de alunos monitores nas disciplinas de anatomia sistêmica e clínica no curso de enfermagem.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, que tem como finalidade reunir e descrever precisamente uma dada experiência vivida que possa contribuir de forma relevante na construção de uma atuação abordada na vivência profissional trazendo uma discussão, e proposição de ideias exitosa que venham melhorar na contribuição na área de atuação com vista de torna-lo mais evidente.

Sendo assim este trabalho foi desenvolvido a partir da vivência discente durante a monitoria das disciplinas de anatomia sistêmica e clínica ofertada pelo núcleo de extensão da faculdade Estácio do Amazonas. Neste relato foram utilizados artigos a respeito da monitoria no meio acadêmico, citações da revista brasileira de educação (RBE) e leis que amparam o programa de monitoria.

O período de vivência para a apresentação do presente relato deu-se nos semestres letivos de 2016 a 2019. A monitoria foi realizada sob orientação da professora mestre Márcia



Regina Praia Marins da Silva, no curso de enfermagem. O programa de monitoria tem carga horária de 50 horas semestrais que foram divididos semanalmente em: auxílio nas aulas práticas no laboratório; correção de provas práticas para obtenção de notas parciais; correção de trabalhos acadêmicos; disposição de materiais necessários nas aulas laboratoriais.

Foi disponibilizado também para aqueles que se interessassem os contatos dos monitores, com o intuito de sanar suas dúvidas e a liberação de gravações das explicações dadas no laboratório, sendo que era vedada a distribuição em plataformas de compartilhamento de vídeos.

RESULTADOS

A monitoria apresenta-se como um papel importante na fase acadêmica do estudante de qualquer curso de graduação, pois propicia um ganho intelectual, troca de saberes e a experiência de como é a docência no nível superior (VICENZI et al., 2016). No tempo em que foi vivenciada a monitoria tínhamos uma agenda de atividades a seguir referente a datas e horários em que aconteceriam as aulas práticas nos laboratórios.

No período de cinco semestres de vivência na monitoria os dias de desenvolvimento das atividades foram diversos, durante os períodos matutino, vespertino e noturno, nos dias de segunda-feira, quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira sempre respeitando os horários pré-determinados no início das atividades do semestre letivo ou quando havia necessidade em horários alternados quando outros monitores não podiam estar presentes.

Pode-se observar que quando o acadêmico se torna monitor, o mesmo desenvolve mais segurança nas suas capacidades, é despertado o interesse por mais conhecimento e o seu rendimento nas demais disciplinas melhora (BURGOS et al., 2019). Durante a monitoria de anatomia sistêmica e clínica observamos exatamente isso que o autor relata, pois as notas das demais disciplinas melhoraram bastante e isso colaborou para abertura de novas oportunidades tanto dentro como fora da faculdade.

O primeiro semestre de experiência na monitoria foi na disciplina de anatomia sistêmica para as turmas de 1º período de enfermagem, com os assuntos separados por sistemas, o acompanhamento nos atlas de anatomia e a reunião para tirar as dúvidas antes das aulas.



O atlas de anatomia que utilizávamos era o próprio atlas da instituição, desenvolvido e organizado pela IES Estácio de Sá e disponibilizado nas aulas dentro do laboratório de anatomia. Por ele a nossa orientadora organizava as aulas práticas separando as páginas que auxiliariam no aprendizado do sistema estudado, auxiliávamos nessa parte também, quando possível outros atlas eram utilizados como NETTER e SOBOTTA.

A experiência vivida na monitoria serve tanto para despertar vocações como para precaver erros que possam ocorrer no futuro (VICENZI et al., 2016). As reuniões antes do início das práticas eram essenciais para o preparo dos monitores, pois nelas as dúvidas e questionamentos eram sanados, com isso a linha de raciocínio seria única e não entraríamos em contradição e também não passaríamos informações erradas para os acadêmicos evitando assim ruídos na comunicação e repassar uma informação errônea que no futuro poderia prejudicar a vida acadêmica e profissional do aluno que estava recebendo essa informação.

A dinâmica da aula funcionava da seguinte forma: era separado um período para análise das peças para que os alunos descobrissem por si próprios quais eram aquelas peças; em um segundo período os monitores estavam livres para irem auxiliar com as dúvidas e ensinar as partes que os acadêmicos não compreendiam e por fim no terceiro período era o momento de avaliação onde a professora e monitores iam de encontro aos alunos, para testar o nível de conhecimento obtido naquela aula no laboratório.

O monitorado se sente gratificado quando lhe é outorgado à responsabilidade de contribuir para o processo de aprendizagem. Isso estimula e o prepara para mais adiante se tornar um docente (VICENZI et al., 2016). Isso ocorria na prática quando nos era imputada a responsabilidade de ajudar um aluno que se encontrava com dificuldades, com dúvidas e questionamentos ou quando o mesmo havia faltado às aulas por motivos importantes. Se por como um docente aos corrigir provas práticas que aconteciam duas vezes por semestre era uma sensação muito ímpar e gratificante.

Dentre as demais atividades realizadas nesse período de monitoria pode se destacar as provas práticas no qual com o passar do tempo essa responsabilidade passou a ser dos monitores com relação a organização das peças, etiquetagem das mesmas e correção das provas, tudo sob a responsabilidade e supervisão da nossa professora-mentora. A confiança mútua adquirida com o passar dos semestres nos proporcionou essa confiabilidade e boa relação entre aluno-orientador.



As atividades foram realizadas de acordo com o plano de atividades e conteúdo programático da disciplina, elaborado pela professora antes do início das aulas, conforme representado no quadro a seguir.

Quadro. Disciplinas e conteúdos abordados do curso de graduação em enfermagem.

CURSO DE GRADUAÇÃO	ANATOMIA SISTÊMICA	ANATOMIA CLÍNICA
Enfermagem Biologia Nutrição Educação Física	Sistema Esquelético	Neuroanatomia
	Sistema Articular	Medula Espinal
	Sistema Muscular	Nervos
	Sistema Nervoso	Nervos Cranianos
	Sistema Tegumentar	Cerebelo
	Sistema Circulatório	Diencefalo
	Sistema Digestório	Telencefalo
	Sistema Respiratório	Sistema Nervoso Autônomo
	Sistema Urinário	
	Sistema Endócrino	
	Sistema Reprodutor	

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos observados, a monitoria caracteriza-se como uma importante atividade acadêmica, um instrumento que pode contribuir em uma perspectiva de melhoria na carreira de iniciação à docência sendo possível solidificar e enriquecer o conhecimento do aluno-monitor em vários aspectos privilegiando seu crescimento pessoal e profissional.

Foi evidenciado durante a vivência de monitoria no campus e em laboratório que as técnicas utilizadas em grupos trouxe uma dinâmica que reduziu uma certa desmotivação e a monotonia nos discentes, mostrando que podemos usar meios didáticos que os estimulem a estudar tornando mais fácil a fixação e a reflexão do aprendizado.

Ressaltamos aqui a importância da monitoria no meio acadêmico e o incentivo das IES para que levem esse programa a frente, pois o currículo de um graduando tem como composição o ensino, pesquisa e extensão. E a monitoria engloba um mundo onde pode-se alcançar uma perspectiva de crescimento no intelecto pessoal e profissional na formação de futuros professores universitários.



Os benefícios alcançados da equipe foram muito além do que esperávamos, adquirir novos conhecimentos e rever os já obtidos, ter a experiência de atuar no campo de ensino, exercer o senso da responsabilidade nos horários e nos ensinamentos que repassamos, saber lidar com imprevistos e as diversas personalidades que encontramos nos alunos, foi posto em prática técnicas para ensinar, como também estreitar a relação docente-monitor e fortalecer o vínculo acadêmico, isso contribui para formação de profissionais qualificados para exercer a profissão seja na enfermagem ou docência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. (1996, 23 de dezembro). Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes Básicas da Educação Nacional**. Diário Oficial da União, Seção I, Ano 134, n. 248. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 05 mai. 2020.

DAS NEVES BURGOS, Cinthya et al. Monitoria acadêmica na percepção dos estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 37, 2019.

HAAG, Guadalupe Scarparo et al. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 2, p. 215-220, abr.2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000200011>. Acesso em: 13 jun. 2020.

MATOSO L. M. L. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor: um relato de experiência. **Rev. Cient. da escola de Saúde UP**. v. 3 n. 2 (2014): CATUSSABA- ISSN 2237-3608. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/567>. Acesso em: 05 ago. 2020

PEREIRA, João Dantas. Monitoria: uma estratégia de aprendizagem e de iniciação à docência. In: A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidades e trajetórias. Mirza Medeiros dos Santos, Nostradamos de Medeiros Lins. (Orgs.). Editora EDUFRN, Natal, RN, 2007.

RELATO de Experiência: veja como fazer, modelo e exemplo pronto. **Projeto Acadêmico**, 2020. Disponível em: <https://projetoacademico.com.br/relato-de-experiencia/>. Acesso em: 07, set. de 2020.

SANTOS, M. M.; LINS, N. M. A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidade e trajetórias. Natal: **Edufrn**, 2007. p. 69-80.

SCHNEIDER, M. S. P. S. Monitoria: instrumento para trabalhar com a diversidade de conhecimento em sala de aula. **Revista Eletrônica Espaço Acadêmico**, 5ª Ed., Mensal, 2006.

VICENZI, C. B. et al. A monitoria e seu papel no desenvolvimento da formação acadêmica. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 3, p. 88-94, 2016.



CAPÍTULO 16

PROTOCOLO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO MEIO ACADÊMICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rodrigo Monteiro Roque, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Relielton Maciel Arruda, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

João Sobral Melo, Graduando de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Lêda Lima Sobral, Enfermeira, Mestre, Manaus, Amazonas

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente do Centro Universitário do Norte/UNINORTE

RESUMO

INTRODUÇÃO: A PCR é um acontecimento de extrema emergência e requer das pessoas que irão prestar o atendimento uma adesão rápida de manobras estabelecidas em protocolos e diretrizes internacionais específicas para a prestação dessa assistência. **OBJETIVO:** Descrever a importância do desenvolvimento de práticas educativas para a difusão do conhecimento sólido na realização da ressuscitação cardiopulmonar por acadêmicos dos cursos de saúde dos centros universitários. **METODOLOGIA:** Revisão de literatura do tipo integrativa, descritiva exploratória, com coleta de dados realizada nas bases LILACS, BDNF, SCIELO, MEDLINE e GOOGLE ACADÊMICO, também foram utilizados dois protocolos de reanimação cardiopulmonar: Guideline da American Heart Association – AHA 2015 e Guideline da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **RESULTADOS:** O ambiente acadêmico torna-se oportuno para o ensino de práticas de primeiros socorros voltadas ao atendimento deste evento, pois além dos acadêmicos serem futuros profissionais que atuarão diretamente na assistência, também são potenciais educadores que irão contribuir para a construção do conhecimento de outros profissionais, influenciando assim as mudanças de comportamento em busca dos melhores resultados e maiores chances de sobrevivência das vítimas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Faz-se necessário a elaboração e a execução de medidas que visem à capacitação de acadêmicos dos cursos de saúde sobre o protocolo da American Heart Association- AHA para a realização da reanimação cardiopulmonar (RCP), pois se acredita que formar profissionais aptos para atuarem em emergências como a PCR é imprescindível para a minimização das sequelas, redução do sofrimento e preservação da vida.

Palavras-chave: PCR; Primeiros Socorros; Suporte Básico de Vida; Ressuscitação Cardiopulmonar.



INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é descrita como a interrupção da atividade do coração, confirmada pela ausência da circulação e da respiração. Uma das mais graves emergências clínicas, a PCR é um grave problema de saúde pública e constitui-se em uma das principais causas de morte no mundo. Deste modo, a avaliação e atendimento da vítima devem ser eficazes, permitindo a redução de sequelas e o aumento da sobrevivência, pois entende-se que a vítima em PCR se encontra inconsciente, com respiração ausente ou em gasping e sem pulso central palpável (BRASIL, 2014).

O reconhecimento precoce das causas desencadeantes, orientando a intervenção para cada cenário clínico, trouxe melhorias nos resultados, contribuindo ao prognóstico dos pacientes. Os principais ritmos de PCR em ambiente extra-hospitalar são a Taquicardia Ventricular (TV) e a Fibrilação Ventricular (FV), chegando a quase 80% dos eventos, com bom índice de sucesso na reversão, se prontamente tratados. Quando a desfibrilação é realizada precocemente, em até 3 a 5 minutos do início da PCR, a taxa de sobrevivência é em torno de 50% a 70% (BERNOCHE et al., 2019).

Com o objetivo de reverter este colapso foi desenvolvido o método de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) que se refere à tentativa de recuperar a circulação espontânea, sendo sua aplicação universal (o que independe da causa base da PCR), com atualizações protocolares sistemáticas, através de reconhecer e buscar a correção imediata da falência respiratória e/ou cardiovascular por meio da realização de manobras básicas de RCP (ALBUQUERQUE et al., 2015; CALANDRIM et al., 2017)

Contudo ainda existe a ideia de que os conhecimentos sobre primeiros socorros são de uso exclusivo dos profissionais da saúde, conceito muito disseminado na literatura. A falta de conhecimento em primeiros socorros é notório na população brasileira, e isso pode causar inúmeros problemas (SOUSA *et al.*, 2019). A educação em saúde assume um papel importante na promoção e na qualidade de vida da população, pois permite a união dos saberes científicos e populares, instruindo melhor a comunidade (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Em um ambiente acadêmico é relevante conhecer qual é o nível de compreensão dos profissionais que estão sendo moldados nesses centros. Pois sendo profissional da área da saúde ou não é importante que o mesmo tenha o mínimo de compreensão com relação aos



cuidados de uma vítima em uma situação de emergência (DA SILVA; DAVI, et al., 2018). Um ambiente propício a essa educação, são as redes de ensino superiores como as faculdades e os ambientes escolares, pois são importantes formadores de opinião e contribuirão para a mudança de comportamento (ALBUQUERQUE et al., 2015).

Por conseguinte, a atuação do profissional em saúde não se delimita apenas no socorro direto à vítima, mas também no desenvolvimento de atividades educativas como instrutor de primeiros socorros para leigos ou participando na revisão de protocolos, orientando e trazendo novidades em Atendimento Pré-hospitalar- APH e Suporte Básico de Vida-SBV (SZERWIESKI; DE OLIVEIRA, 2018). A PCR é um acontecimento de extrema emergência e requer das pessoas que irão prestar o atendimento uma adesão rápida de manobras estabelecidas em protocolos e diretrizes internacionais específicas para a prestação dessa assistência (MENEZES; ROCHA 2013).

Nesse sentido o interesse pelo tema surgiu devido à necessidade de sensibilização não só para estudantes dos cursos de enfermagem, educação física e fisioterapia ou de outros cursos da área da saúde, mas também para todo o público, a respeito da relevância do conhecimento em primeiros socorros na parada cardiorrespiratória, que irá proporcionar as pessoas mais chances de recuperação e um mínimo de lesões em caso de uma emergência.

Assim sendo, o objetivo geral deste trabalho é descrever a importância do desenvolvimento de práticas educativas para a difusão do conhecimento sólido na realização da RCP por acadêmicos dos cursos de saúde dos centros universitários.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura do tipo integrativa, descritiva exploratória, e de acordo com Gil (2008), as pesquisas desse tipo têm como finalidade propiciar uma maior intimidade com o problema, com vista a torná-lo mais evidente.

Para a coleta de dados foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados Bibliográfica Especializada na área de Enfermagem (BDENF); Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), nos meses de Agosto e setembro de 2019.



Os critérios utilizados para seleção dos artigos foram adotados conforme os objetivos da pesquisa, visando a uniformização na escolha destes. Estes critérios visaram obter: publicações em periódicos nacionais no período de 2015 a 2020, na língua nativa (português) nos últimos sete anos, com o texto completo, disponível on-line, com acesso livre. Foram excluídos da amostra os artigos publicados em línguas estrangeiras, os que não apresentaram o texto em sua totalidade, literaturas que não apresentaram relação direta com o tema, resumos e artigos repetidos.

Os Artigos indexados nas pesquisas foram com as palavras-chave ou descritores em saúde: “Primeiros Socorros”, “Suporte Básico de Vida”, “APH”, “conhecimento de acadêmicos”, “reanimação cardiopulmonar”, “parada cardiorrespiratória”.

Após a leitura dos artigos selecionadas na íntegra, foi realizada a organização dos mesmos pelas temáticas propostas. Finalmente, após a análise dos artigos os resultados estão apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 35 artigos e após leitura criteriosa e aprofundada foram selecionados 9 artigos que estão compilados no quadro a seguir.

Quadro: Artigos selecionados para o estudo de revisão integrativa de literatura.

NNº	AUTOR/ANO	TITULO	RESULTADOS
s1	Caveião C; Sales WB; Brey C; Scussiato LA; Carneiro GMB; Oliveira AC/2017	CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DAS DIRETRIZES DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ADULTOS.	61,6% consideram correto uma relação de 15 massagens cardíacas para 2 ventilações, o que não condiz com o protocolo em vigor.
2 22	Da Silva KR; Araújo SAST; De Almeida WS; Pereira IVDS; De Carvalho EAP; Abreu MNS/2017	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: O Saber Acadêmico	Foi detectado que 100% dos investigados sabem verificar a presença de movimentos respiratórios, porém a realização da manobra para facilitar a respiração foi assertiva em 79% destes; 87% compreendem a finalidade da massagem cardíaca, 29,6% sabem o número de compressões/minuto a serem realizadas em vítima



			menor do oitavo, com 2,6%, sendo que apenas 32,46% dos acadêmicos atingiram uma nota igual ou superior a 70% do questionário.
77	Costa KMSM; Damascena KG; Batista L/2016	CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE ICESP/ PROMOVE DE BRASÍLIA SOBRE O SUPORTE BÁSICO DE VIDA.	Observa-se que houve uma evolução do conhecimento acerca do protocolo observada na questão 2, na questão 3 pela análise dos dados verifica-se que muitos acadêmicos não conhecem sobre a execução correta do atendimento e quanto ao diagnóstico deixou a desejar também, pois as arritmias cardíacas são fundamentais para o fechamento do mesmo.
8	Fonseca JAS/2019	CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM QUADRO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.	Verificou-se que os alunos das instituições públicas e privadas se consideram aptos a agir corretamente em uma situação de PCR, entretanto quando questionados sobre os procedimentos e protocolos desta, 48,3% e 52,4% de instituições públicas e privadas erraram nas suas respostas. Em relação a carga horária disponibilizada para as matérias de urgência e emergência, apenas 28,3% e 23,3% dos alunos de instituições públicas e privadas respectivamente consideraram suficiente.
9	Ribeiro GC; Lima H de F; Rodrigues RM; De Lima SM; De Araújo CC/2016	AVALIANDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SERTÃO CENTRAL	A maioria dos estudantes apresentam um conhecimento “bom” sobre primeiros socorros, porém, ainda existe uma carência imensa para aprimorar este conhecimento.

Fonte: Próprios autores.

A PCR é considerada ainda como umas das principais causas de morbidade e morbimortalidade, com os seus números bastantes elevados quando se trata de emergências



cardiovasculares (SKALSKI et al., 2020). Com o objetivo de organizar e melhorar a assistência nesses casos, os protocolos internacionais são de suma importância. O protocolo de atendimento para PCR são condutas que seguem uma sequência lógica, e esses passos são conhecidos no suporte básico de vida (SBV) como os elos que compõe a cadeia de sobrevivência (BERNOCHE, et al., 2019).

Em conformidade com as diretrizes da AHA 2015 a RCP realizada no primeiro atendimento as vítimas de PCR em ambiente pré-hospitalar, destacam a importância de:

1. Aplicar a cadeia de sobrevivência através do reconhecimento rápido da ausência de resposta e de respiração seguido do imediato pedido de ajuda;
2. Iniciar as compressões torácicas com frequência de 100 a 120 compressões por minuto e profundidade de 5 a 6 cm, por 2 minutos consecutivos;
3. Permitir o retorno do tórax a posição original e evitar interrupções desnecessárias.

Portanto, considerando ser a PCR uma emergência que com frequência ocorre em ambientes extra-hospitalares e que requer intervenções imediatas na manutenção das funções vitais até a chegada do socorro especializado, é fundamental que se fortaleça o ensino de boas práticas de saúde, inclusive no ambiente universitário.

Estudo aponta que profissionais e graduandos da área da saúde não tem conhecimento suficiente tanto na prática como na teoria sobre PCR e RCP. Por esse motivo é fundamental que acadêmicos/as sejam estimulados e capacitados em suporte básico de vida (SBV) com o objetivo de reduzir a mortalidade, evitar sequelas e oferecer um atendimento adequado (RIBEIRO et al., 2017).

É imprescindível investir na prática do ensino de qualidade com o objetivo de formar futuros enfermeiros ou outros profissionais qualificados, preparados e com domínio, visando serem protagonistas em situações que requerem atenção, principalmente aquelas de urgência e emergência (FONSECA, 2019).

Assim sendo, o ambiente acadêmico torna-se oportuno para o ensino de práticas de primeiros socorros voltadas ao atendimento deste evento, pois além dos acadêmicos serem futuros profissionais que atuarão diretamente na assistência, são também potenciais educadores que irão contribuir para a construção do conhecimento de outros profissionais,



influenciando assim as mudanças de comportamento em busca dos melhores resultados e maiores chances de sobrevivida das vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os aspectos apresentados faz-se necessário a elaboração e a execução de medidas que visem à capacitação de acadêmicos dos cursos de saúde sobre o protocolo da American Heart Association para a realização de reanimação cardiopulmonar (RCP), pois se acredita que, formar profissionais aptos para atuarem em emergências como a parada cardiorrespiratória (RCP) é imprescindível para a minimização das sequelas, redução do sofrimento e preservação da vida.

Para a enfermagem a capacitação e a atualização são fundamentais visto que, atuar nos pontos vulneráveis e reajustá-los contribuirá para a formação de profissionais capazes e preparados, e isso garantirá aos pacientes um atendimento de qualidade.

Portanto, medidas educativas precisam ser estabelecidas a fim de aperfeiçoar o conhecimento e contribuir para uma assistência de qualidade fazendo com que os erros por desinformação ou por falta de treinamento de habilidades sejam minimizados e tenhamos mais profissionais aptos a realizar condutas eficazes e efetivas, pois, além disso, também poderão contribuir para a disseminação do conhecimento influenciando a mudança de comportamento visando uma melhor qualidade no atendimento, ampliando assim as chances de sobrevivida das vítimas que serão atendidas por esses profissionais.

REFERÊNCIAS

Albuquerque AM, Gouvêia BLA, Lopes CAA, Pinto MB, Ferreira JA, Santos NCCB. SALVANDO VIDAS: AVALIANDO O CONHECIMENTO DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA SOBRE PRIMEIROS SOCORROS. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, v.9, n.1, p.32-38, jan., 2015.

BRASIL. **PROTOCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA.** Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2014.

Bernoche C, Timerman S, Polastri TF, Giannetti NS, Siqueira AWS, Piscopo A et al. ATUALIZAÇÃO DA DIRETRIZ DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR E CUIDADOS DE EMERGÊNCIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Arq Bras Cardiol.**, v.113, n.3 p. 449-663. 2019.



Calandrim LF, Dos Santos AB, De Oliveira LR, Massaro LG, Vedovato CA, Boaventura AP. PRIMEIROS SOCORROS NA ESCOLA: TREINAMENTO DE PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS. **Rev. Rene. Campinas**, SP, Brasil. V.18, n.3, p.292-299. maio-jun 2017.

Caveião C, Sales W B, Brey C, Scussiato L A, Carneiro G M B, Oliveira A C. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DAS DIRETRIZES DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA ADULTOS. **Rev Ciên Saúde**. V. 2, n. 3, p. 1-7, 2017.

Costa K M S M, Damascena K G, Batista L. CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ENFERMAGEM DA FACULDADE ICESP/ PROMOVE DE BRASÍLIA SOBRE O SUPORTE BÁSICO DE VIDA. Simpósio de TCC e Seminário de IC, 2016 / 1º. ICESP Brasília, 2016.

Da Silva DP, Nunes JBB, Moreira RTF, Costa LC. PRIMEIROS SOCORROS: OBJETO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, v.12, n.5, p.1444-1453, maio 2018.

Da Silva D V, De Jesus A P S, De Lima A A, Santos M S A, Alves S L. CONHECIMENTO DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 125-134, abr./jun. 2015.

Da Silva K R, Araújo S A S T, De Almeida W S, Pereira I V D S, De Carvalho E A P, Abreu M N S. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: O SABER ACADÊMICO. **Santa Maria**, v. 43, n.1, p. 53-59, jan./abr. 2017.

FONSECA J A S. CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DIANTE DE UM QUADRO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. 2019. 48 f. **Monografia (Graduação em Enfermagem)** – Faculdade Nova Esperança de Mossoró, Rio grande do Norte, 2019.

Guimarães H P. DESTAQUES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015 ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DE RCP E ACE. **American Heart Association.**, p. 4-10. 2015.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social /*Antônio Carlos Gil*. – 6 ed. – São Paulo: **Atlas**, 2008 ISBN 978-85-224-5142-5.

Moraes CL, Vasconcelos PC, Souza EA, Bellaguarda M L dos R. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. V. 7, ed. 1779. , p. 1-9, 2017.

Menezes RR, Rocha AKL. Dificuldades enfrentadas pela equipe no atendimento a parada cardiorrespiratória. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p. 2-15, set./dez. 2013.

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 Enferm**, Florianópolis, v. 4, n. 17, p. 758-764, 2008.



Resende R T, Barbosa A C S, Luiz F S, Dos Santos K B, Frank D B P, Motta D de S, Tony A C C, Carbogim F da C. CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.13 n.5 p.1231-1236, maio, 2019.

RIBEIRO, Geiciara Costa et al. AVALIANDO O NÍVEL DE CONHECIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SERTÃO CENTRAL. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 2, n. 2, jun. 2017. ISSN 2448-1203.

Skalski S A, Mariot M D M, Cecchetto F H, Riegel F. CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde /EJCH**, Vol.Sup., n.44, p. 1-15, 2020.

[Sousa BS](#), [Andrade AP](#), [Silva FG](#), [Sales FRF](#), Sousa ILL, [Gonçalves KG](#). A CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR. *Nursing (São Paulo)*; v.22, n.250 p.2740-2743, mar.2019.

Szerwieski LLD, De Oliveira LF. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR. **Revista uningá**, [S.l.], v. 45, n. 1, p.68-74, jan. 2018. ISSN 2318-0579.

Tavares LFB, Bezerra IMP, Oliveira FR, Sousa LVA, Raimundo RD, Sousa EC, Adami F, De Abreu LC. CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE EM TESTES OBJETIVOS SOBRE SUPORTE BÁSICO DE VIDA. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 297-306, 2015.



CAPÍTULO 17

FATORES INTERVENIENTES PARA O RISCO DE SUICÍDIO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Rosangela Mara Ferreira dos Santos, Enfermeira, Faculdade Uninassau

Robercio Barros Alencar, Enfermeiro, Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Amazonas

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente do Centro Universitário do Norte/UNINORTE

RESUMO

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio ocupa o segundo lugar entre as mortes mais violentas do mundo e se torna um problema de saúde pública. Os trabalhadores da saúde são considerados suscetíveis aos transtornos psíquicos por lidarem com a vida, a dor e morte das pessoas sob seus cuidados e com as exigências dos seus familiares cotidianamente. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é discorrer sobre a contextualização do suicídio e seus fatores de risco em profissionais da saúde segundo a literatura científica. **Metodologia:** Constitui-se de uma revisão integrativa da literatura, com buscas dos dados nas bases Scielo, Lilacs e Pubmed, através das palavras-chave: suicídio, fatores de risco e profissionais de enfermagem, sendo realizadas combinações através do operador booleano *and*, seguido por caracterização, avaliação e explanação dos resultados, organizando-os de modo a orientar a discussão. **Resultados:** O estudo concentrou-se em quatro artigos, com descrição do suicídio como uma verdadeira catástrofe da atualidade, sendo apontados diversos fatores de risco para o suicídio como a desvalorização, falta de recursos humanos e materiais. Quanto à prevenção o Brasil anda na contramão do programa de vigilância ao comportamento suicida. **Considerações Finais:** Evidenciou-se fatores de risco entre profissionais de enfermagem, relacionados a sua vulnerabilidade a problemas mentais, devendo ser levado em consideração sua qualidade de vida e sua saúde mental, pois isso poderá influenciar nos serviços prestados cotidianamente na assistência ao paciente.

Palavras-chave: Profissionais de enfermagem. Suicídio. Fatores de risco.

INTRODUÇÃO

O suicídio é “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal” (ABP; CFM, p. 9, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que a cada ano, cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio e pelos menos outros 20 mil atentam contra a própria vida. Também refere que o fenômeno é um acontecimento universal e que ocorre durante todo o



curso de vida, representando 1,4% de todas as mortes em todo, tornando-se a 15ª principal causa de mortalidade na população geral em 2012 e a 2ª principal causa de morte em jovens entre 15 a 29 anos (OMS, 2017).

Ainda de acordo com a OMS, mundialmente e a cada ano, o número de suicídios é elevado se comparado a todas às mortes em conflitos mundiais, aumentando 60% em seus percentuais nos últimos 50 anos (OMS, 2012). Schmidt, Dantas e Marziale (2011) admitem a relação entre suicídio e transtorno mental e que grande parte dos indivíduos que finalizaram a vida através desta condição tinham depressão.

O Brasil é o oitavo país do mundo em número de suicídios. Para cada atendimento de tentativa de suicídio, outras 17 vêem o suicídio como viável. Apesar do grande número de atendimentos a pacientes que tentam o suicídio realizado em prontos-socorros, três outras pessoas tentaram se matar e outras cinco pensaram em tirar a própria. No Brasil, a mortalidade encontra-se em seis mortes a cada 100.000 habitantes, abaixo da média mundial (10,7/100.000) e do continente americano (9,6/100.000). Nos últimos 15 anos, os índices de suicídio no Brasil cresceram de 5,6/100.000 para as taxas atuais (WHO, 2015).

Silva *et al.* (2015) chamam atenção para a compreensão ao sofrimento dos trabalhadores da saúde, pois consideram profissões suscetíveis aos transtornos psíquicos por lidarem cotidianamente com a vida, a dor e morte daqueles que estão sob seus cuidados e as cobranças dos seus familiares. Assim, deixam claro, o meio em que esses profissionais estão envolvidos. Dentre os grupos mais predispostos aos problemas de saúde mental, destacam-se os profissionais de enfermagem porque lida com o sofrimento humano, a dor, tristeza, alegria e precisam subsidiar auxílio aqueles que carecem de seus cuidados. Destacam-se, ainda, outros fatores comumente encontrados, como difíceis condições de trabalho e a falta de reconhecimento profissional.

É necessário compreender que o indivíduo dá sinais que está passando por determinadas situações ligadas ao meio de trabalho como: depressão, desinteresse, pensamento negativo, lentidão nas atividades, perda da capacidade de planejamento, alteração do juízo, sendo evidências de um provável risco de suicídio. Esses indivíduos que pensam em suicídio na verdade não buscam necessariamente morrer, mas fazer a dor cessar e não sabem como.



Contudo, o suicídio é uma temática muito discutida por vários autores, já que vem aumentando mundialmente com os anos e entre os profissionais de saúde, porém ainda é necessário debater mais sobre o tema e no que diz respeito aos profissionais de enfermagem, é possível perceber o quanto é difícil e complexo o tema, visto que o sofrimento psíquico influencia o suicídio consumado.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo discorrer sobre a contextualização do suicídio e seus fatores de risco em profissionais de enfermagem segundo a literatura, e como específicos, compreender a complexidade do fenômeno suicida; apresentar os principais fatores de risco para o suicídio em profissionais de enfermagem e apresentar possíveis intervenções utilizadas para a prevenção desse acontecimento.

METODOLOGIA

Abordamos uma pesquisa descritiva-exploratória, na modalidade revisão integrativa da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A coleta das informações deu-se por meio da exploração da base de dados acessada por meio do banco de dados LILACS, SCIELO e PUBMED, sendo orientada pelas palavras-chave: suicídio, fatores de risco e profissionais de enfermagem, sendo realizadas combinações através do operador booleano *and*, realizada em todos os índices, buscando captar o maior número de artigos publicados no período proposto que abordem a temática em discussão.

Foram pesquisados artigos gratuitos publicados em língua portuguesa e inglesa entre os anos de 2010 e 2018, e excluídos da amostra os artigos publicados em outros idiomas, os que não apresentarem o texto na íntegra, dissertações, teses e artigos repetidos.

Foi elaborado um instrumento para organização dos dados no programa Microsoft Excel® 2013 em formato de planilha para estabelecer adequadamente a extração das informações dos estudos selecionados no intuito de facilitar a análise das amostras extraídas.

Após a leitura dos artigos selecionadas na íntegra, foi realizada a organização dos mesmos pelas temáticas propostas. A partir daí, procedeu-se a avaliação e interpretação dos resultados, os quais foram sintetizados e organizados, de modo a orientar a discussão. Finalmente, após a análise dos artigos os resultados estão apresentados em tabelas.

RESULTADOS

As buscas resultaram em 13.097 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, idiomático, de repetições, ano de publicação, artigos completos e gratuitos, incompletude e temático, excluíram-se 13.093 artigos. As leituras integrais dos textos foram realizadas de modo flutuante em um primeiro momento, e em seguida de maneira mais aprofundada e crítica. Finalmente, após filtragem nas bases de dados concentrou-se em quatro estudos, sendo três nacionais e um internacional conforme fluxograma apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Fluxograma da pesquisa de publicações nas bases de dados

Base de dados	Artigos encontrados	Excluídos por duplicidade ou por não atender aos critérios de inclusão	Artigos utilizados após leitura crítica
LILACS	258	12	1
SCIELO	72	9	1
PUBMED	12.767	18	2

A Tabela 2 apresenta a caracterização do total de artigos desta revisão integrativa em relação ao delineamento metodológico.

Tabela 2 – Compilação sintética dos artigos desta revisão integrativa

Base de dados	Título do artigo / autor / ano da publicação	Tipo de pesquisa	Resultados
LILACS	Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa / Silva et al./ 2015.	Revisão Integrativa	Concordância que os profissionais de enfermagem são vulneráveis a depressão quando jovens, casados, realizando trabalho noturno e tendo vários empregos, e quando possuem alto nível de escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto estresse, autonomia insuficiente e sensação de insegurança e conflito profissional. a relação família e trabalho e que risco de suicídio foi correlacionado com a presença de sintomas de depressão, altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.



SCIELO	Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros do serviço hospitalar de emergência/ Oliveira, Mazzaia e Marcolan /2014.	Revisão Integrativa	Participaram 23 enfermeiros que apresentavam sintomas de depressão associados a fatores de condições de trabalho com sobrecarga, desvalorização, falta de recursos humanos e materiais.
PUBMED	Síndrome de <i>Burnout</i> e risco de suicídio em enfermeiros de cuidados primários/ Sábado et al. / 2010.	Revisão Integrativa	É possível considerar que foram obtidas correlações significativas entre o risco de suicídio, ansiedade, depressão, fadiga emocional e realização pessoal e que após a análise identificou-se que a depressão é o principal fator para o risco de suicídio, seguido de ansiedade e fadiga emocional.
PUBMED	Pela política pública de atenção ao comportamento suicida/Marcolan/2018.	Estudo descritivo qualitativo	O estudo expõe a necessidade de implantação efetiva de um programa de vigilância ao comportamento suicida e sobre os fatores causais e intervenientes do suicídio.

DISCUSSÃO

Após leituras sucessivas e criteriosas dos estudos selecionados para a presente revisão e os agrupamentos das informações, foi possível construir três abordagens temáticas, todas seguidas de uma breve discussão.

Complexidade do fenômeno suicida

Marcolan (2018) retrata em seu estudo o suicídio como uma verdadeira catástrofe da atualidade vinda a se tornar um grave problema mundial de saúde e que é o tipo de morte que pode ser evitada caso seja descoberta precocemente, concordando que o suicídio não ocorre por um único estressor, ocorrendo de modo cumulativo o que proporciona maior vulnerabilidade ao comportamento suicida.

Principais fatores de risco para o suicídio em profissionais de enfermagem

Segundo o estudo de Silva et al. (2015), o risco de suicídio foi correlacionado aos profissionais de enfermagem vulneráveis à depressão quando jovens, casados, realizando trabalho noturno e tendo vários empregos, e quando possuem alto nível de escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto estresse, autonomia insuficiente e sensação de insegurança e conflito profissional, a relação família e trabalho com a presença de altos níveis de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. Este estudo corroborado



pelo estudo de Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2014), que também descrevem a desvalorização, falta de recursos humanos e materiais.

Sábado et al. (2010), discorrem que existem correlações significativas entre o risco de suicídio e a presença de ansiedade, depressão, fadiga emocional e realização pessoal, identificando que a depressão é o principal fator para o risco de suicídio, seguido de ansiedade e fadiga emocional.

Possíveis Intervenções utilizadas para a prevenção desse acontecimento

Marcolan (2018) expõe ainda em seu estudo que a Organização Mundial de Saúde já referencia um modelo de vigilância ao comportamento suicida em vários países, mas o Brasil tem, apenas no papel, políticas que deveriam consolidar um programa de vigilância ao suicídio, a todo e qualquer cidadão brasileiro, porém não houve nem há iniciativa dos gestores públicos para colocá-las em prática, ou seja, estamos na contramão dessa vigilância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa evidenciou fatores de risco entre profissionais de enfermagem, relacionados a sua vulnerabilidade a problemas mentais, devendo ser levado em consideração sua qualidade de vida e sua saúde mental, pois isso poderá influenciar nos serviços prestados cotidianamente na assistência ao paciente.

Deste modo, apesar de todas as limitações deste estudo, ele abre portas para outras pesquisas que aprofundem o que aqui foi exposto, para que se possam desenvolver melhores formas de se identificar precocemente e intervir nesses fatores, a fim de trabalhar a prevenção ao risco de suicídio com esse público específico.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP); CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. ABP/CFM: Brasília, p 9 2014. Disponível em:<http://www.cvv.org.br/suicidio/informado/para/prevenir/abp/2014.pdf>. Acesso em: 04 de setembro de 2019.

BARBOSA, F.O.; MACEDO, P.C.M.; SILVEIRA, R.M.C. Depressão e Suicídio. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro. v.14, n.1,p. 233-243, 2011.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed; 2002.



BOTEGA, N.J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.** Porto Alegre: Artmed; 3ª ed, p.335, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), dez 26; Seção 1.230. Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/23/12/2011. pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/23/12/2011.pdf). Acesso em 09 de junho de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 09 de junho de 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 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília, 2018. Disponível em: [http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude/brasil/2017/analise/situacao/saude/desafios/objetivos/desenvolvimento/sustentavel.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude/brasil/2017/analise/situacao/saude/desafios/objetivos/desenvolvimento/sustentavel.pdf). Acesso em: 04/09/2019.

FEDERAÇÃO DAS FUNDAÇÕES E ASSOCIAÇÕES DO ESPIRITO SANTO (FUNDAES). Setembro Amarelo – mês de prevenção ao suicídio. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.org.br/o-movimento/2019>. Acesso em 08 de novembro de 2019.

FONTÃO, M.C.; RODRIGUES, J.; LINO, M.M.; KEMPFER, S.S. Cuidados de enfermagem as pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.71,n.5, p. 2329-2335, 2018.

MARCOLAN, J.F. Política de atenção ao comportamento suicida. **Revista Brasileira de Enfermagem.** São Paulo. v. 71, n.5, p. 2479-2483, 2018.

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.** v. 17, n. 14, p 758 – 769, 2008.

NAVARRO, C.; MARTÍNEZ, C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Americana Enfermagem.** v. 20, 2012.

OLIVEIRA, F.P.; MAZZAIA, M.C.; MARCOLAN, J.F. Sintomas de depressão e fatores de emergência. **Escola Paulista de enfermagem.** São Paulo. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Campinas: Unicamp; 2006.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Saúde pública ação para prevenção de suicídio**. Genebra: OMS; 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/documento-traduzido.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/setembro/21/02/2017/Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 04 de setembro de 2019.

SÁBADO, J. T.; SANTAULÁRIA, M. M.; BARTOLOMÉ, M. E.; RODRÍGUES, M. A.; BARBERO, R. Q.; NAVAS, S. G. Síndrome de Burnout e risco de suicídio em enfermeiros de cuidados primários. **Revista Elsevier**. v. 20. 3ª ed. p.173-178. Oviedo, 2010.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. **Revista Escola Enfermagem**. USP v. 45, n. 2, p. 487-493, 2011.

SILVA, D. S. D.; TAVARES, N. V. S.; ALEXANDRE, A. R. G.; FREITAS, D. A.; BRÊDA, M. Z.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; MELO, V. L. M. **Depressão e Risco de Suicídio entre Profissionais de Enfermagem: Revisão Integrativa**, Revista da Escola de Enfermagem. USP v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/> Acesso em: 16/05/2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/mental/health/suicide-prevention/2014/en/>. Acesso em: 10 de novembro de 2019.



CAPÍTULO 18

TRANSTORNOS MENTAIS INTEGRADOS AO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM AMBIENTE HOSPITALAR

Yany Oliveira Lugo, Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Francinilda Vieira Barbosa Maciel, Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Maria Amélia de Castro Lopes, Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Nilsivane da Silva Santos, Acadêmica de Enfermagem, Faculdade Estácio do Amazonas

Katiana Maia Fernandes, Enfermeira, Escola de Saúde Pública, SEMSA, Manaus

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente do Centro Universitário do Norte/UNINORTE

RESUMO

Os riscos ocupacionais estão presentes constantemente no cotidiano dos profissionais de enfermagem através de situações que podem ocasionar o desequilíbrio físico, mental e social dos mesmos. O estudo teve como objetivo geral compreender a relação dos transtornos mentais e o processo de trabalho do enfermeiro em ambiente hospitalar, bem como, verificar os desgastes ocorridos no enfermeiro na realização do processo de cuidar em ambiente hospitalar; descrever os impactos causados na saúde mental destes trabalhadores ao exercer sua atividade laboral e conferir as formas utilizadas pelo enfermeiro para o enfrentamento e prevenção ao adoecimento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com artigos de 2015-2020. Foram encontrados 10 artigos para esta revisão e distribuídos em três categorizações. Em suma, os transtornos mentais tem sido um fator adoecedor ocupacional, com consequências de impacto negativo direto no ambiente de trabalho, na vida dos trabalhadores e na sua rede de apoio.

Palavras-chave: Doenças ocupacionais. Estresse ocupacional. Enfermagem. Doenças mentais.

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho sempre trouxe intensas transformações e concomitantemente as tecnologias inovadoras têm provocado mais mudanças ainda, com fortalecimento da atividade econômica e mudança no processo de trabalho. Assim, o homem procura ser cada vez mais multifuncional, com capacidade de realizar atividades diversas (FARIA, 2017). A busca incessante pela realização de diferentes atividades provoca no ser humano um aumento de todos os tipos de cargas relacionadas com o labor, levando ao aparecimento de doenças de



qualquer ordem, em especial psíquica e emocional (FERNANDES; SOARES; SOARES e SILVA, 2017).

Um percentual elevado de profissionais está exposto a situações de altas demandas físicas e psicológicas no trabalho, configurando um fato preocupante, pois esses fatores predispõem ao adoecimento e o trabalhador não percebe o que isso vai ocasionar ao longo do tempo na sua saúde (MAGNAGO et al., 2015). Segundo dados da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev), até o mês de abril de 2014, acerca dos acompanhamentos mensais dos benefícios auxílios-doença previdenciários concedidos, os transtornos mentais e comportamentais ocuparam o terceiro lugar em número de auxílios-doença concedidos pela Previdência Social no Brasil (BRASIL, 2014).

A enfermagem é uma profissão cuja essência e especificidade é o cuidado humano, além de desenvolver trabalhos administrativos. Algumas das condições laborais fortemente relacionadas ao adoecimento mental do enfermeiro são: deficiências de recursos humanos, problemas de relacionamento, ambiguidade de papéis, ritmo excessivo de trabalho, jornadas longas, duplas ou triplas, pouco tempo para o descanso diário necessário para a recuperação, entre outros (MUNHOZ et al., 2018). Estes riscos fazem parte do dia-a-dia da enfermagem e isso pode afetar diretamente ou indiretamente a saúde física e mental, o que contribui para desencadear o estresse e interfere de forma negativa nas atividades laborais exercidas, causando queda da produtividade, desgastes físicos e mentais, absenteísmo, sentimento de inabilidade e descontentação, e esse estresse em alto grau pode evoluir para a Síndrome de Burnout ou síndrome do cansaço exaustivo (FERNANDES; SOARES; SOARES e SILVA, 2017).

Diante das considerações supracitadas surge o interesse no acréscimo do conhecimento em relação ao tema, pois o enfermeiro esta diariamente exposto a vários riscos na atividade laboral e que, conseqüentemente, afeta na mais perfeita assistência aos seus pacientes. De tal modo, fica clara a importância da preocupação desde a formação acadêmica do enfermeiro em busca de auxílio no desenvolvimento de estratégias de prevenção no trabalho, a fim de precaver acidentes e doenças relacionadas ao exercício profissional.

Assim, este estudo tem como objetivo geral compreender a relação dos transtornos mentais e o processo de trabalho do enfermeiro em ambiente hospitalar, bem como, verificar os desgastes ocorridos no enfermeiro na realização do processo de cuidar em ambiente



hospitalar; descrever os impactos causados na saúde mental destes trabalhadores ao exercerem sua atividade laboral e conferir as formas utilizadas pelo enfermeiro para o enfrentamento e prevenção ao adoecimento.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura do tipo integrativa. A Revisão Integrativa é um método de pesquisa que proporciona a busca, a avaliação crítica e a síntese de evidências sobre um tema investigado, facilitando a identificação dos resultados relevantes (WHITTEMORE et al., 2014).

Para a coleta de dados foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados bibliográficos LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde e do Caribe), PUBMED e SCIELO, nos meses de fevereiro a abril de 2020. Os critérios para seleção dos artigos foram adotados conforme os objetivos da pesquisa, visando o rigor e uniformização na escolha destes. Estes critérios visaram obter: artigos originais e completos, disponibilizados online com acesso gratuito, em língua portuguesa, publicados no período entre 2015 a 2020. Ainda, artigos indexados com as palavras-chave ou descritores em saúde: “doenças ocupacionais”, “estresse ocupacional”, “enfermagem”, “doenças mentais” e “ambiente hospitalar”. E como critérios de exclusão, artigos com texto incompleto, resumos, publicações antes de 2014, trabalhos em línguas estrangeiras, TCC, dissertações e outros materiais que não atenderam aos critérios. A seguir foram realizadas a categorização dos estudos. Apesar de o presente estudo tratar-se de uma pesquisa, este não apresentou a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Através da busca realizada nas bases de dados, foram encontrados, inicialmente, 180 registros. Desses, foram lidos os títulos, resumos e descritores, tendo selecionado artigos para próxima análise. Dessa análise inicial restaram 23 registros, que passaram por um processo de seleção mais rigoroso, restando 10 artigos para análise.

O quadro a seguir caracteriza o total de artigos desta revisão integrativa em relação ao delineamento metodológico.

Quadro: Caracterização dos artigos desta revisão integrativa.

No	Autoria	Ano	Resultados
1	Leite	2015	Os transtornos mentais comuns apresentaram-se como o principal transtorno psíquico entre os trabalhadores de enfermagem, seguidos dos transtornos mentais e comportamentais.
2	Ferreira; Ferreira.	2015	Foram identificados sete estudos, que apresentaram grau de depressão ou comprometimento da saúde mental dos profissionais de enfermagem e que esta pode ser influenciada por fatores internos e externos ao trabalho.
3	Silva et al.	2015	O estudo evidenciou que os mais atingidos pela Síndrome de Burnout são os profissionais da enfermagem, por estar sempre à margem das causas que predispõem diretamente ao surgimento desta patologia que são as altas demandas de trabalho, a carga horária excessiva.
4	Araújo	2015	Obteve como resultado que diversas cargas e desgastes conduzem a problemas na saúde destes funcionários, bem como alto índice de absenteísmo.
5	Silva et al.	2015	Os profissionais de enfermagem são vulneráveis à depressão quando jovens, casados, realizando trabalho noturno e tendo vários empregos, e quando têm um nível alto escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto estresse, autonomia insuficiente e sentimento de insegurança profissional e conflito nas relações familiares e profissionais.
6	Rocha et al.	2017	A sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem, principalmente pela existência de limitações quanto ao número de trabalhadores disponíveis e a falta de recursos materiais tornam o trabalho desgastante, exercendo influência na saúde do profissional, causando sobrecarga psíquica e sofrimento no trabalho.
7	Belarmino et al.	2017	No domínio psicológico há fatores preocupantes e agravantes para a saúde dos profissionais como pensamentos negativos, mau humor, ansiedade e depressão.
8	Fernandes; Soares; Soares e Silva.	2018	Descobriu-se que o sofrimento psíquico prejudica a vida familiar, social, pessoal, laboral, os estudos, a compreensão de si mesmo e dos outros, a capacidade de autocrítica, a aceitação dos problemas e a possibilidade de ter prazer na vida em geral. A carga física através de grande volume de atividades, déficit de pessoal e número elevado de pacientes, bem como a pressão psicológica sobre o trabalho, contribuem para o surgimento de transtornos mentais.
9	Ferreira et al.	2017	Dentre os fatores desencadeantes de estresse no trabalho, destacam-se: sobrecarga de atividades; condições de trabalho precárias; prazos curtos para realizar as atividades; relação conflituosa. As estratégias de enfrentamento utilizadas são apoio social; convívio familiar e atividades de lazer.
10	Pereira et al.	2017	Ficou evidenciado, ainda, que 59,3% dos avaliados não apresentaram quadro depressivo, 12,8% foram classificados com depressão grave e não fazem uso de medicamentos (70,9%).

Fonte: os próprios autores.

DISCUSSÃO

Fatores desgastantes na realização do processo de cuidar do enfermeiro em ambiente hospitalar

Na pesquisa de Ferreira e Ferreira (2015) é descrito que o grau de depressão ou comprometimento da saúde mental dos profissionais de enfermagem pode ser influenciado



por fatores internos e externos ao trabalho. Dados estes ratificados por Belarmino et al. (2017) ao descrever que pensamentos negativos, mau humor, ansiedade e depressão são fatores preocupantes e agravantes na saúde desses profissionais. Devido, principalmente, às cargas de trabalho, estes profissionais sofrem processos de desgaste, resultantes da exposição constante aos riscos e são demonstrados na somatização de algumas experiências (manifestadas de forma física ou psicológica) ou pelas desordens psicoemocionais (sinais de angústia, falta de motivação, medo etc.) (ARAÚJO, 2015; ROCHA et al., 2017).

Para Leite (2015) os transtornos mentais comuns apresentaram-se como o principal transtorno psíquico entre os trabalhadores de enfermagem, seguidos dos transtornos mentais e comportamentais durante sua atividade laboral.

Os impactos causados na saúde mental dos enfermeiros ao exercer sua atividade laboral

De acordo com Silva et al. (2015) os profissionais da enfermagem por estar sempre à margem das causas que predisõem diretamente ao surgimento de transtornos mentais são os mais atingidos pela Síndrome de Burnout ou esgotamento profissional. Como consequência destes desgastes sofridos pelos profissionais de enfermagem, existe um grande número de absenteísmo decorrente do afastamento para tratar de doenças originadas ou desencadeadas pelo processo diário no cumprimento do seu dever (ARAÚJO, 2015). Ainda, que o sofrimento psíquico prejudica a vida familiar, social, pessoal, laboral, os estudos, a compreensão de si mesmo e dos outros, a capacidade de autocrítica, a aceitação dos problemas e a possibilidade de ter prazer na vida em geral (FERREIRA; SOARES; SOARES E SILVA, 2018). E no estudo de Pereira et al. (2017) ficou evidenciado que 12,8% dos profissionais avaliados foram classificados com depressão grave.

Estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o enfrentamento e prevenção ao adoecimento mental

As estratégias de enfrentamento utilizadas são apoio social, convívio familiar e atividades de lazer (FERREIRA et al., 2017), sem deixar de relatar que as instituições de saúde devem propiciar um ambiente saudável a fim de reduzir o número de doenças ocupacionais (ROCHA et al., 2017).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou observar que o ambiente de trabalho propicia diversos riscos à saúde dos profissionais de enfermagem, que podem ser evitados ou reduzidos por meio de medidas de proteção variadas. Vale ressaltar que há pouca literatura abordando esse tema, o que nos preocupa enquanto acadêmicas de enfermagem, pois logo mais também estaremos prestando serviço dentro das instituições e necessitamos de um olhar atento para o fenômeno. Em suma, os transtornos mentais tem sido um fator adoecedor ocupacional, com consequências de impacto negativo direto no ambiente de trabalho, na vida dos trabalhadores e na sua rede de apoio. Almeja-se que esta revisão possa contribuir para subsidiar futuras intervenções voltadas a saúde mental do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Silvani Neves Paiva. Os Riscos Enfrentados Pelos Profissionais De Enfermagem No Exercício Da Atividade Laboral. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, p. 237-243, 2015.

BELARMINO, Bernardina Victo; RAMOS, Denise Reinaldo Pereira; COUTINHO, Maria Da Penha De Lima; SILVA, Maria Iracema Tabosa; SILVA, Gilvando Antonio; SILVA, Rosemary Gomes. Qualidade De Vida De Profissionais De Enfermagem: Estudo Em Clínica De Doenças Infecto Parasitárias. *Revista Campo do Saber*, v. 3, n 1 - jan/jun, 2017.

BRASIL. Anuário estatístico de acidentes do trabalho. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 8 novembro, 2016, 2004.

CAMELO, Silvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

COSTA, Carlos Alexandre de Carvalho; COSTA, Virginia Leyla Santos. Estresse Ocupacional Em Trabalhadores Da Saúde: Fatores De Risco e Agravos Gerados No Ambiente De Trabalho. X semana científica da Faculdade R. de Sá, 2016.

DIAS, Fernanda Monteiro; SANTOS, Jacqueline Fernandes de Cintra; ABELHA, Lucia; LOVISI, Giovanni Marcos. O estresse ocupacional e a síndrome do esgotamento profissional (burnout) em trabalhadores da indústria do petróleo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 41, n. e11, 2016.

FARIA, Renata Franciscon. Transformações No Mundo Do Trabalho: reflexões, políticas e perspectivas para a Saúde do Trabalhador Público Federal. Juiz de Fora, 2017. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, linha de Pesquisa



Políticas Sociais e Gestão Pública da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

FEITAS, Anderson Rodrigues; CARNESECA, Estela Cristina; PAIVA, Carlos Eduardo; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 2, p. 332-6, 2014.

FERREIRA, Jéssica da Silva; RIBEIRO, Karina Viana; CARAMURU, Priscila Saraiva; HANZELMANN, Renata da Silva; VELASCO, Aline Ramos; PASSOS, Joanir Pereira. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 818-823, jul. 2017.

FERREIRA, Luana Aparecida Lima; FERREIRA, Lucas Lima. Depressão No Trabalho Da Enfermagem: Revisão de Literatura. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 13, n. 1, p. 41-48, jan./jun. 2015.

FERNANDES, Marcia Astrês; DAMASCENO, Leoni Maria; SOARES E SILVA, Joyce. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v.16, n. 2, p. 218-24, 2018.

FILHO, Iel Marciano de Moraes; ALMEIDA, Rogério José. Estresse Ocupacional No Trabalho Em Enfermagem No Brasil: Uma Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, v. 29, n. 3, p. 447-454, jul./set., 2016.

GENUÍNO, Shirley Luanna Vieira; GOMES, Marcos da Silva; MORAES, Elaine Medeiros. O estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout no ambiente de trabalho: suas influências no 93 comportamento dos professores da rede privada do ensino médio de João Pessoa. *Revista Anagrama*, v. 2, n. 1-9, 2010.

LIMA, Tatiane de Souza. Estresse Ocupacional no Ambiente de Trabalho. 2017. 43. Monografia (Especialização em Engenharia de Segurança do trabalho) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Londrina, 2017.

LEITE, Maikon Douglas Martins. Transtornos Mentais Relacionados Ao Trabalho Na Enfermagem. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v.16, n. 2, p.218-224, 2015.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; PROCHNOW, Andrea; URBANETTO, Janete de Souza; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani; BELTRAME, Marlize; LUZ, Emanuelli Mancio Ferreira. Relação entre capacidade para o trabalho na Enfermagem e distúrbios psíquicos menores. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 362- 70, 2015.

MUNHOZ, Carolina Silva; DANTAS, Talita Golçalves Moreira; RÍNCON, Luz Alcira Ávila; TOGNINI, Silvana. Fatores De Risco Para O Transtorno Mental Relacionado Ao Trabalho em Profissionais de Enfermagem. *Revista de Atenção a Saúde*, v. 16, n. 56, p. 83- 93, abr./jun., 2018.



PEREIRA, Itaniele Francisca; FARIA, Luciene Costa; VIANNA, Raquel Schwenck Mello; CORRÊA, Priscilla Duarte Soares; FREITAS, Daniel Antunes; SOARES, Wellington Danilo. Depressão e uso de medicamentos em profissionais de enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 70-74. 2017.

ROCHA, Viviane Neres et al. Doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho da Enfermagem. *International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society* May 9-12, 2017.

SILVA, Jorge Luiz Lima; SOARES, Rafael da Silva; COSTA, Felipe dos Santos; RAMOS, Danusa de Souza; LIMA, Fabiano Bittencourt; TEIXEIRA, Liliane Reis. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 27, n; 2, p. 125-33, . 2015.

SILVA, Juliana Fernandes da Costa. O estresse ocupacional e suas principais causas e consequências [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Cândido Mendes, 2010.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio; TAVARES, Natália Vieira da Silva; ALEXANDRE, Alícia Regina Gomes; FREITAS, Daniel Antunes; BRÊDA, Mércia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos; MELO NETO, Valfrido Leão. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

SILVA; Raimunda Nonata Soares; SILVA, Raimunda Nonata Soares; COSTA, Márcio Cristiano Melo; MENDES, Jadilson Rodriguês. Síndrome De Burnout Em Profissionais Da Enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, v. 2, n. 2, p. 94-106, ago./dez. 2015.

WHITTEMORE, Robin; CHAO, Ariana; JANG, Myoungock ; MINGES, Karl E; PARK, Chorong. Methods for knowledge synthesis: an overview. *Heart Lung [Internet]*, v. 43, n. 5, p. 453-61, 2014.



CAPÍTULO 19

PROCESSO DE TRABALHO E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Francis Polliana Macedo Freitas, Graduanda de enfermagem, Faculdade Estácio Amazonas

Jéssica de Oliveira Mesquita, Graduanda de enfermagem, Faculdade Estácio Amazonas

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente do Centro Universitário do Norte/UNINORTE

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão é responsável por 4,3% da carga global das doenças e está entre as maiores causas de incapacidade no mundo. A doença mental resultante de excesso laboral, cognitivo e sobrecarga emocional gerados pela natureza das tarefas e suas condições de execução, bem como sua eficácia, devem ter um olhar mais direcionado à saúde do trabalhador. Os profissionais de enfermagem enfrentam diariamente inúmeras situações geradoras de estresse e ansiedade, e é constante o risco de desenvolver doenças psiquiátricas, como a depressão. **Objetivo:** Constatar, segundo a literatura científica, a presença da sintomatologia depressiva em profissionais de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura de cunho qualitativo com buscas nos bancos de dados SCIELO, BDENF e PUBMED. **Resultados:** Foram pesquisados oito artigos científicos publicados entre 2015 e 2020. Os resultados estão apresentados nas categorias: Sintomatologia depressiva em profissionais de enfermagem; Fatores desencadeantes da sintomatologia depressiva e Associação da depressão às características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem. **Considerações Finais:** O estudo permitiu refletir sobre a intensidade do sofrimento psíquico nos profissionais de enfermagem e a influência laboral para o sofrimento e adoecimento psíquico, apontando para a necessidade de estratégias de intervenção nos fatores que predispõem ao adoecimento psíquico para prevenir o sofrimento psíquico como a depressão.

Palavras-chave: Profissionais de enfermagem. Depressão. Sintomatologia.

INTRODUÇÃO

Os fenômenos da depressão encontram-se cada vez mais presentes na sociedade moderna e caracteriza-se, atualmente, como problema de saúde pública (CAMBAÚVA; SILVA JUNIOR, 2005).



A depressão designa tanto um estado afetivo normal (tristeza) como um sintoma, uma síndrome e uma ou várias patologias. Na síndrome, a depressão apresenta alterações de humor (irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), até mesmo, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Sua sintomatologia caracteriza-se por humor depressivo, sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, fadiga ou sensação de perda de energia, diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, já os sintomas fisiológicos aparecem nas seguintes formas: alteração do sono e do apetite e redução do interesse sexual (PORTO, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a depressão é responsável por 4,3% da carga global das doenças e está entre as maiores causas de incapacidade no mundo, particularmente para as mulheres (WHO, 2014).

Diferentes fatores estressores específicos do trabalho, já foram identificados, entre eles, o clima de trabalho negativo, falta de clareza nas tarefas executadas e de expectativas de crescimento profissional e ascensão social, refletindo em efeitos adversos sobre a saúde dos profissionais, principalmente os que trabalham no âmbito da saúde (FERREIRA; FERREIRA, 2015).

A doença mental resultante de excesso laboral, cognitivo e sobrecarga emocional gerado pela natureza das tarefas e suas condições de execução, bem como sua eficácia, devem ter um olhar mais direcionado à saúde do trabalhador e os sentimentos nos quais são envolvidos e podem vir a afetar seu trabalho, como o estresse e sintomas depressivos que podem comprometer capacidade para o exercício do labor (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018).

Os profissionais de enfermagem enfrentam diariamente inúmeras situações geradoras de estresse e ansiedade, e é constante o risco de desenvolver doenças psiquiátricas, como a depressão (LUZ et al., 2018). O aumento do número desses trabalhadores da saúde com transtornos mentais tem levado, na teoria, a implementação de programas de atenção a saúde do trabalhador, que, entre outras providências, tem-se observado a ampliação da atuação de serviços como o de psicologia e psiquiatria em ambientes hospitalares, que, além de prestarem atendimento as pessoas internadas e em atendimento ambulatorial, assistem os empregados dessas instituições (ELIAS; NAVARRO, 2006).



Vários estudos são relevantes ao discorrerem sobre a saúde mental dos profissionais de saúde e a profissão de enfermagem esta predisposta a vários riscos físicos e psicológicos, entre estes, a depressão, que, pode acarretar o absenteísmo no trabalho, além da descontinuidade da assistência aos pacientes. Desse modo, é imperioso que a saúde psíquica dos trabalhadores da enfermagem esteja preservada, visto que, a continuação da atuação do profissional adoecido ou em processo de adoecimento, resultarão em implicações para todos os envolvidos. Logo, é necessário que seja identificado precocemente os sintomas de depressão e, desta forma, sejam geradas ações de promoção, prevenção e recuperação nos profissionais atuantes nos serviços de enfermagem.

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de constatar, segundo a literatura científica, a presença da sintomatologia depressiva em profissionais de enfermagem, especificamente: identificar os fatores desencadeantes da sintomatologia depressiva e relacionar a associação da depressão às características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem.

METODOLOGIA

Abordamos uma pesquisa descritiva-exploratória, na modalidade revisão integrativa da literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A coleta das informações deu-se por meio da exploração da base de dados acessada por meio do banco de dados BDENF, SCIELO e PUBMED, sendo orientada pelas palavras-chave: profissionais de enfermagem, depressão e sintomatologia, realizada em todos os índices, buscando captar o maior número de artigos publicados no período proposto que abordem a temática em discussão.

Foram pesquisados artigos gratuitos publicados em língua portuguesa e inglesa entre os anos de 2015 e 2020, e excluídos da amostra os artigos publicados em outros idiomas, os que não apresentarem o texto na íntegra, dissertações, teses e artigos repetidos. Foi elaborado um instrumento para organização dos dados no programa Microsoft Excel® 2013 em formato de planilha para estabelecer adequadamente a extração das informações dos estudos selecionados no intuito de facilitar a análise das amostras extraídas.

Após a leitura dos artigos selecionadas na íntegra, foi realizada a organização dos mesmos pelas temáticas propostas. Finalmente, após a análise dos artigos os resultados estão apresentados em tabelas.

RESULTADOS

No primeiro momento da pesquisa, aplicando as palavras-chave e os critérios de inclusão, resultou em 92 periódicos que após filtragem aplicando os critérios de exclusão totalizaram em oito publicações. Após leitura criteriosa dos oito artigos de acordo com o escopo deste estudo, os dados foram compilados no quadro a seguir.

Nº	Título/Ano	Objetivo	Método	Resultados
1	Depressão no trabalho da enfermagem: sistemática literatura/2015.	Identificar estudos que analisaram a ocorrência de depressão relacionada ao trabalho de enfermagem, a fim de nortear estratégias de prevenção e enfrentamento junto a esses profissionais.	Revisão sistemática	Os estudos apresentaram grau de depressão ou comprometimento da saúde mental dos profissionais de enfermagem e que esta pode ser influenciada por fatores internos e externos ao trabalho. Foram identificados vários fatores associados a ocorrência de depressão nas pesquisas analisadas.
2	Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem:	Discutir sobre os fatores associados à depressão e ao risco de suicídio entre profissionais de enfermagem.	Revisão integrativa	Os profissionais de enfermagem são vulneráveis à depressão quando jovens, casados, realizando trabalho noturno e tendo vários empregos, e quando têm um nível alto de escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto estresse, autonomia insuficiente e sentimento de insegurança profissional e conflito nas relações familiares e profissionais.
3	Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar emergência/2015.	Verificar se enfermeiros do serviço hospitalar de emergência apresentam sintomas depressivos.	Estudo transversal.	Participaram 23 enfermeiros dos quais 91,3% apresentaram sintomas de depressão. Fatores para adoecimento estavam relacionados às condições do trabalho como sobrecarga, desvalorização, falta de recursos humanos e materiais. Os enfermeiros não se percebiam adoecidos, nem influência na assistência. Os resultados foram convergentes para as escalas de observação. Todos foram orientados e encaminhados para atendimento especializado.



4	Suicidalidade correlates/2016	Estimar a prevalência e examinar os correlatos socioeconômicos e psicológicos do suicídio entre profissionais de enfermagem de Hong Kong.	Pesquisa Transversal	Participaram do estudo 850 enfermeiros, 14,9% dos participantes haviam contemplado o suicídio, enquanto 2,9% haviam tentado o suicídio uma ou mais vezes no ano passado. As mulheres relatam pensamentos ou tentativas de suicídio com mais frequência do que os homens. Religião, problemas de saúde, auto-mutilação deliberada, sintomas depressivos e falta de autopercepção de saúde física e mental foram significativamente associados à suicídio dos enfermeiros.
5	Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família/2017.	Verificar a presença e intensidade da sintomatologia depressiva; analisar os fatores desencadeantes e avaliar a percepção dos enfermeiros sobre seu sofrimento psíquico e as condições de trabalho.	Estudo exploratório e descritivo.	Participaram 59 enfermeiros, expressiva maioria apresentou sintomatologia depressiva, não se percebiam doentes. Principais fatores apontados estavam relacionados às condições do trabalho.
6	Transtornos	Levantar estudos brasileiros com vistas a identificar a relação causal entre os transtornos mentais e o trabalho dos	Revisão integrativa	O sofrimento psíquico prejudica a vida familiar, social, pessoal, laboral, os estudos, a compreensão de si mesmo e dos outros, a capacidade de autocrítica, a aceitação dos problemas e a possibilidade de ter prazer na vida em geral. A carga física através de grande volume de atividades, déficit de pessoal e número elevado de pacientes, bem como a pressão psicológica sobre o trabalho, contribuem para o surgimento de transtornos mentais.
7	Sintomas Depressivos em Enfermeiros do Serviço Hospitalar Privado/2018.	Investigar sintomas depressivos em enfermeiros que atuam em Hospital privado.	Estudo de caráter descritivo, exploratório transversal, abordagem quantitativa.	A coleta de dados foi por meio do Inventário de Depressão de Beck. Observou-se 70% sem depressão ou depressão mínima; 30% em nível de depressão leve a moderada.



8	Depressão em profissionais de enfermagem da oncologia: Revisão integrativa/2018.	Realizar uma análise integrativa de publicações dos últimos 10 anos sobre depressão em profissionais de enfermagem, especialmente em hospitais oncológicos.	Revisão integrativa da literatura.	Apesar da depressão não ser uma forma de adoecimento exclusiva a trabalhadores de enfermagem (ela atinge grande parte da população trabalhadora ou não e tem sido considerada como a doença do século), faz-se necessário direcionar estudos para minimizar o problema. Para a equipe de enfermagem que atua diretamente em ambiente oncológico, os fatores de risco para o surgimento de depressão são superiores aos demais profissionais, visto que lidam com o sofrimento do indivíduo diante da incapacidade do mesmo quanto à doença.
---	--	---	------------------------------------	---

Quadro- Artigos selecionados nas bases de dados para esse estudo de revisão integrativa de literatura.

Fonte: Dados extraídos dos estudos selecionados.

Após leituras sucessivas dos estudos selecionados para a presente revisão integrativa e o agrupamento de informações, foi possível construir as abordagens a seguir.

DISCUSSÃO

Sintomatologia depressiva em profissionais de enfermagem

O estresse foi o fator mais citado pelos entrevistados na pesquisa de Fernandes e Marcolan (2017) abrangendo o cansaço psíquico, bem como o sintoma ansiedade foi referido também como pensamento acelerado; a demora em desligar-se do serviço; tensão; agitação; palpitações e tremores devido ao excesso de trabalho, frustração por não realizar tudo o que é pedido; sensação que somente o enfermeiro é responsável pela equipe e a falta de estrutura.

De acordo com Luz et al. (2018) foi observado que, em maioria (70%) os profissionais não apresentaram sintomas depressivos. No entanto, ao usar escalas de análises parte dos participantes tem de leve a moderada tendência depressiva, o que evidencia a relação de sofrimento psicológico dos profissionais de enfermagem à profissão em ambiente hospitalar.

Fatores desencadeantes da sintomatologia depressiva

Foram identificados vários fatores associados à ocorrência de depressão nas pesquisas analisadas, como ambiente de trabalho, conflitos familiares, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, estado civil, estresse, falta de autonomia profissional, insegurança em desenvolver atividades, jovens adultos, maior nível educacional, plantão noturno, renda



familiar, sobrecarga de trabalho (SILVA et al., 2015; OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015; SOUZA et al., 2018).

Dados esses corroborados por Ferreira e Ferreira (2015) e que acrescenta ainda uma subdivisão em fatores desencadeantes internos e externos ao ambiente de trabalho, que trazem consequências para o trabalhador e a instituição hospitalar, expondo esse trabalhador desde fisicamente até psiquicamente, como a convivência diária com o sofrimento, a dor, a doença e a morte, tendo que assimilar tais circunstancia paralelamente aos seus problemas emocionais.

Considerando os fatores internos ao ambiente e processo de trabalho da enfermagem, a literatura científica aponta que alguns setores de trabalho hospitalar, como a Urgência e Emergência (UE), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o Centro Cirúrgico (CC), são mais desgastantes, aumentando sua predisposição a transtornos mentais e processos depressivos. Já em relação aos fatores externos ao trabalho de enfermagem, a associação direta entre a renda familiar mensal e o aumento do nível de depressão foi observada em estudo (FERREIRA; FERREIRA, 2015).

Para Fernandes, Soares e Silva (2018) a pressão psicológica sobre o trabalho do enfermeiro contribui para o surgimento de transtornos mentais e na pesquisa sobre suicídio entre enfermeiros, Cheung; Lee e Yipp (2016) relatam que sintomas depressivos e falta de autopercepção de saúde física e mental foram significativamente associados à suicídio dos enfermeiros.

Associação da depressão às características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem

Para Silva et al. (2015) os profissionais de enfermagem são vulneráveis à depressão quando jovens, casados, realizando trabalho noturno e tendo vários empregos, e quando têm um nível alto de escolaridade, baixa renda familiar, sobrecarga de trabalho, alto estresse, autonomia insuficiente e sentimento de insegurança profissional e conflito nas relações familiares e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que existem vários fatores que desencadeiam a ocorrência de depressão nas pesquisas analisadas, sendo estes desde conflitos pessoais até ao próprio ambiente de trabalho. O cuidar do próximo também tem sua carga, trazendo problemas emocionais.



O estudo permitiu refletir sobre a intensidade do sofrimento psíquico nos profissionais de enfermagem e a influência laboral para o sofrimento e adoecimento psíquico, apontando para a necessidade de estratégias de intervenção nos fatores que predispõem ao adoecimento psíquico para prevenir o sofrimento psíquico como a depressão.

REFERÊNCIAS

ABELHA, Lucia. Depressão, uma questão de saúde pública. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.22, n. 3, p 223, 2014.

CAMBAÚVA, Lenita Gama; SILVA JUNIOR, Mauricio Cardoso. Depressão e neoliberalismo: constituição da saúde mental na atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão** [internet], v. 25, n. 4, 2005.

CHEUNG, Teris; LEE, Paul; YIP, Paul. Suicidality among Hong Kong nurses: revalence and correlates. **Journal Advanced Nursing**., v.72, n.4, p.836-48, 2016.

DUAILIB, K.; SILVA, A. S. M.; JUBARA, C. F. B. Depressão. **Rev. Bras. Med.** v.72, n.12, p.40-41, 2015.

ELIAS, Maria Aparecida, NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, jul./ago, 2006,

FERREIRA, Luana Aparecida Lima; FERREIRA, Lucas Lima. Depressão no trabalho da enfermagem: revisão sistemática de literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 41-48, 2015.

FERNANDES, M.A Márcia Astrês; SOARES, Leone Maria Damasceno; SOARES E SILVA, Joyce. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 2, p. 218-24, 2018.

FERNANDES, Daniela Marques; MARCOLAN, João Fernando. Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 1, p.37-44, 2017.

GARRO, Igor Moreira Barbosa; CAMILO, S. O. Simone de Oliveira; NOBREGA Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Depressão em Graduandos de Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v.19, n.2, p. 162-167, 2016.

LUZ, Alisson Aparecido; LIMA, Denise de Faria; BORGES, Amanda Aparecida; PEREIRA, Vanessa Oliveira Silva; ALVES, Mateus Goulart; DALRÍ, Maria Celia Barcello. Sintomas Depressivos em Enfermeiros do Serviço Hospitalar Privado. **Revista Multiprofissional e de Psicologia**, v.12, n. 41, p.169-191, 2018.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na



saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

OLIVEIRA, Felipe Perucci de; MAZZAIA, Maria Cristina; MARCOLAN, João Fernando. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p.:209-15, 2015.

OPAS, Folha informativa – **Depressão**. 2018 Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095.

PORTO, José Alberto Del. Conceito e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 21, n. 1, p.1-13, 1999.

SALEHI, Asiyeh; JAVANBAKHT, Mahnaz; EZZATABABDI, Mohammad. Stress and its determinants in a sample of Iranian nurses. **Holist Nurse Practice**, v. 28, n. 5, p.323:8, 2014

SILVA, Darlan dos Santos Damásio; TAVARES, Natália Vieira da Silva; ALEXANDRE, Alícia Regina Gomes; FREITAS, Daniel Antunes; BRÊDA, Mércia Zeviani; ALBUQUERQUE, Maria Cícera dos Santos; MELO NETO, Valfrido Leão. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, 2015.

SOUZA, Aline de Paula de; SILVA, Ana Caroline Fonseca da; LIMA, Juliana Ribeiro de; AQUINO, Rafael Guerra de. Depressão Em Profissionais De Enfermagem Da Oncologia: Revisão Integrativa. **Revista Funec Científica – Enfermagem**, v.2, n.3, p.18-28, jan./jun. 2018.

STETLER, Cheryl B. et al. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **JONA**, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.

VALENTE, S. (2009) – Prevenção da depressão: informação dos alunos da licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFP do 4º ano. Porto : Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde.

VIEIRA, Tainara Genro; BECK, Carmem Lúcia Colomé; DISSEN, Caliandra Marta; CAMPONOGARA, Silviamar; GOBATTO, Mariangela; COELHO, Alexa Pupiará Flores. Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de Enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.3, n. 2, p. 205-14, 2013.

World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO: 2014.



CAPÍTULO 20

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

Aldenira Joacla Caetano da Silva, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia,
UNP

Camila Faustino da Silva, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, UNP

Emanoele Belchior de Medeiros, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto

Janaina Kelly Alves Barbosa, Enfermeira Especialista em Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade Dom Alberto Lattes

RESUMO

A sífilis, cujo agente é o *treponema pallidum*, com inúmeras manifestações clínicas e sérias complicações, é uma doença sexualmente transmissível (DST), infecciosa, e de caráter sistêmico de evolução crônica, na gestação ocorre como uma infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória podendo ser a causa de abortamento tardio, natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro, como tema abordado tem intuito de entender melhor essa doença e definições, sintomas e expondo causas, tratamento e dados da doença. A sífilis em gestante é um grave problema de saúde pública, que é relacionada ao baixo nível socioeconômico, a falta de informação é uma das principais causa para o agravamento e contaminação das doenças, como é o caso da mãe passar para o recém-nascido à sífilis. logo deve ser o ponto de partida para um atendimento á saúde pública eficiente e eficaz. O planejamento familiar é uma medida muito importante na saúde pública para a criação e consolidação das famílias. A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para anticoncepção e prevenção de DST's, e acesso aos serviços básicos da saúde são indispensáveis para o possível tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.

PALAVRAS-CHAVE: DST. Sífilis. Tratamento. Gestante.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis é um problema mundial de saúde, que afeta a todos, a prevenção se dar pelo uso de preservativo, o qual é considerado como método mais eficiente para prevenir a contaminação e impedir a disseminação.

A sífilis, enquanto doença sexualmente transmissível (DST), infecciosa, e de caráter sistêmico de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão predominante sexual ou



materno-fetal (vertical) ou por transfusão sanguínea, podendo produzir, a forma adquirida ou congênita da doença.

A gravidez é um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais que muda inevitavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e seus conceitos pessoais. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exigem, em termos desenvolvimentais, um duplo esforço físico e psicológico, nem sempre fácil de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais principalmente quando se trata de doenças sexualmente transmissíveis. (SILVEIRA; FERREIRA, 2011)

Segundo Meireles e Costa (2003) apesar de a gravidez ser um fenômeno biologicamente normal, traz profundas alterações e reestruturações a nível físico, no nível das estruturas internas e auto-percepções, bem como das relações com os outros. Por tudo isto, a gravidez requer um esforço suplementar de síntese e de reorganização da estabilidade, do qual pode resultar um acréscimo de vulnerabilidade, capaz de construir um fator de risco para a saúde mental da mulher. Dessa forma, se faz necessário um acompanhamento interdisciplinar com grávidas que tenham algum tipo de doença, principalmente se for sexualmente transmissível como é o caso da sífilis.

A sífilis na gestação ocorre como uma infecção sexualmente transmissível de notificação compulsória podendo ser causa de abortamento tardio (a partir do quarto mês), natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro. Estudos mostram fetos abortados com nove semanas de gestação que apresentam o treponema ao exame histopatológico, indicando que abortamentos precoces também podem ser causados por sífilis (BRASIL, 2006). Logo, a sífilis é uma DST que merece atenção dos órgãos da saúde e da população em geral, a fim de evitar o seu alastramento, bem como a gestante que ao adquirir essa doença seja tratada de forma precoce, e realizando todo o tratamento medicamentoso, fazendo com que assim tenha uma gestação segura e acompanhada por profissionais qualificados e orientados sobre o assunto.

JUSTIFICATIVA

Mesmo com tantos desenvolvimentos científicos a sífilis na gestação ainda é um tema muito preocupante. Por meio de várias buscas na literatura escolhemos esta temática pela



importância da gestação e principalmente dos seus agravos. Devido ao grande índice de gestante que não realiza planejamento familiar, as doenças sexualmente transmissíveis ficam mais vulneráveis, bem como a troca de parceiros constantemente, são fatos que agravam cada vez mais a situação.

Dessa forma, abordamos esse tema pela sua relevância e importância no contexto social onde a sífilis na gestação é um assunto importante que deve ser debatido, visto que atinge o bebê devendo assim ser tratada, com o intuito de não agravar o problema no recém-nascido como uma possível sífilis congênita.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar a sífilis na gestação, com o intuito de entender melhor essa doença;

Objetivos específicos

- Contextualizar a sífilis, apresentando definição, causas e sintomas;
- Demonstrar a sífilis gestacional, expondo suas causas, tratamento e dados dessa doença;

METODOLOGIA

O método utilizado para a realização desse estudo será pesquisa bibliográfica, buscando assim o embasamento teórico do assunto por parte dos autores. Marconi e Lakatos (2007, p. 184) relatam que a finalidade da pesquisa bibliográfica “é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado tema”. Sendo assim a melhor maneira para entender o tema em estudo.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo e não importa a classe social, raça, cor e/ou faixa etária, sem o uso de preservativo qualquer pessoa pode contrair uma DST mantendo relação sexual com o parceiro infectado.

As DSTs podem causar doenças graves, acarretando problemas sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros, deficiência física ou mental nos bebês de grávidas



contaminadas e alguns tipos de câncer. Além disso, quando uma pessoa apresenta uma DST tem uma chance maior de adquirir outra DST. (SANTA CATARINA, 2006)

A maioria das doenças sexualmente transmissíveis tem cura, mas devem ser corretamente diagnosticadas e tratadas por profissionais de saúde. O tratamento tem que ser feito até o final e não se pode esconder do parceiro que estar infectado.

São exemplos de DST gonorréia, candidíase, herpes genital, clamídia, sífilis, cancro mole, tricomoníase, AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) entre outras.

SÍFILIS

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, que desafia há anos a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais. (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006)

Tornou-se conhecida na Europa no final do século XV. “A urbanização e os movimentos de massa das pessoas provocados pelas guerras contribuíram para sua rápida disseminação. Originalmente, a sífilis era uma doença aguda que provocava lesões destrutivas da pele e morte precoce, mas tornou-se mais leve com uma evolução clínica mais longa e insidiosa”. (RUBIN, 2010, p. 417)

O agente etiológico, *Treponema pallidum* é muito frágil sendo possível ser destruído por sabão, antissépticos, dessecação e frio. A transmissão de uma pessoa para outra exige o contato direto entre uma fonte rica em espiroquetas.

A sífilis é classificada em primária, secundária, estágio de latência e terciária, mas também existe a sífilis congênita. Cada estágio da doença tem sintomas diferentes, uma pessoa infectada com sífilis pode transmitir a doença durante os dois primeiros estágios: sífilis primária e secundária.

A sífilis primária surge com uma única ferida chamada cancro aparece no início, ou estágio primário, algumas vezes mais de uma ferida surge. A secundária começa tipicamente com uma erupção de pele em uma ou mais áreas do corpo, outros sintomas que podem aparecer na sífilis secundária incluem: erupções cutâneas com pontos avermelhados tanto nas palmas das mãos quanto nas solas dos pés; feridas na garganta, boca ou cérvix; glândulas



inchadas; garganta dolorida; perda de cabelo; dor de cabeça; dores musculares; perda de peso; cansaço.

O estágio latente da sífilis começa quando os sintomas dos estágios primário e secundário desaparecem. Esse pode durar muitos anos. Durante esse período a infecção está no corpo embora não ocorram sinais e sintomas dela. Sem tratamento a doença pode, em algumas pessoas, avançar para sífilis terciária.

Na sífilis terciária a doença pode danificar os órgãos do organismo, incluindo o cérebro, nervos, olhos, coração, vasos sanguíneos, fígado, ossos e articulações e outros problemas de saúde. Algumas pessoas podem até vir a óbito se não receber tratamento adequado.

As características clínicas da sífilis congênita são bastante variáveis, os neonatos infectados geralmente encontram-se assintomáticos. Os sinais precoces da infecção são rinite (respiração nasal obstruída) e uma erupção descamativa.

Outras características clínicas incluem: petéquias, púrpura, fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite. (BRASIL, 2006b)

O tratamento dessa doença é feito por penicilina benzatina, este medicamento é o de primeira escolha de acordo com os estágios da doença, as doses aumentam e é administrado por via intramuscular. Já o tratamento para sífilis congênita é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos são penicilina G cristalina, penicilina G procaína e penicilina G benzatina, isto conforme os dias de nascido e se a mãe foi ou não tratada adequadamente, é administrado por via endovenosa e tem casos que é intramuscular.

Sífilis na gestação

A sífilis em gestantes tem sido relacionada ao baixo nível socioeconômico, a pouca escolaridade, baixa renda, a ausência de parceiro sexual fixo e/ou a existência de múltiplos parceiros, esses podem ser marcadores importantes de pouco acesso aos serviços de saúde.

Trata-se de uma doença sexualmente transmissível, cujo agente é o *treponema pallidum*, com inúmeras manifestações clínicas e sérias complicações, que acomete milhares de pacientes a cada ano, mas que possuem tratamento de baixo custo e fácil acesso. (TABISZ, L. et al., 2012)



Segundo Gouveia e Borges-Costa (2013) A transmissão transplacentária pode ocorrer em qualquer fase da infecção materna e em qualquer momento da gestação. Vale salientar que, as mulheres com sífilis não tratada podem manter a capacidade de transmissão da infecção para os fetos por vários anos. No entanto a proporção de transmissão e a gravidade da doença fetal será menor quanto maior for a duração da infecção materna, diante disso a infecção quando ocorre no último trimestre, existe maior probabilidade do recém-nascido ser assintomático.

É considerado caso de sífilis na gestação: toda gestante com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem.

As provas sorológicas são as mais utilizadas no diagnóstico da sífilis e dividem-se em: testes não treponêmicos, que são utilizados no diagnóstico e seguimento pós-tratamento, dos quais fazem parte o VDRL (Venereal disease research laboratory) e o RPR (Rapid plasma reagin), e os testes treponêmicos, válidos para confirmação da infecção, que incluem o FTA-ABS (Fluorescent treponemal antibody absorption) e TPHA (Treponema pallidum hemagglutination assay). (DAMASCENO et al., 2014, p. 90-91)

Os testes não treponêmicos são testes de floculação quantitativa e seus títulos estão relacionados à atividade da doença e são utilizados no acompanhamento do tratamento. O VDRL é o mais utilizado para confirmação diagnóstica, pois apresenta boa sensibilidade e especificidade, podendo permanecer reagente mesmo após a cura da infecção (cicatriz sorológica), porém com queda progressiva das titulações. Os testes treponêmicos são qualitativos e aferem a presença de anticorpos contra os antígenos de superfície do agente etiológico. Esses testes não se relacionam com a atividade da doença e não são úteis para detectar a reinfecção. Permanecem positivos por toda a vida e, quando negativos, excluem infecção prévia.

Segundo Damasceno et al. (2014, p. 91), “A introdução do teste rápido no arsenal diagnóstico para melhorar a cobertura de triagem para sífilis na gravidez, permitindo tratamento imediato, é sugestão na literatura internacional e já tem sido discutida para ser adotada em território nacional, sendo vantajosa a sua utilização em lugares sem recursos laboratoriais, obtendo-se o diagnóstico em até 20 minutos”. Fontes afirmam que no município de São Tomé-RN começou utilizar este teste rápido em fevereiro deste ano.



O Ministério da Saúde sugere que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, um por ocasião da primeira consulta e outro por volta da 28ª semana gestacional. Deve-se ainda realizar novo VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento.

A droga de escolha para o tratamento da gestante considerada infectada é a penicilina, que atravessa a barreira transplacentária. O tratamento da sífilis na gestação é o mesmo realizado para a sífilis adquirida em conformidade com a fase da doença:

- Sífilis primária (com cancro duro): penicilina benzatina 2.400.000 UI via intramuscular (1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis secundária (com lesões cutâneas não ulceradas) ou latente precoce (com menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 4.800.000 UI via intramuscular dose total, aplicar duas doses com intervalo de sete dias (2,4 milhões por dose: 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação);
- Sífilis terciária ou latente tardia (com mais de um ano de evolução ou duração ignorada): penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular dose total (três séries, com intervalo de sete dias: 2,4 milhões por dose - 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação).

É necessário reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo *T. pallidum* por meio da transmissão sexual, para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) evitem relações sexuais ou mantenham práticas para o sexo seguro, com o uso de preservativo, durante o tratamento e também no período pós- tratamento.

Os casos diagnosticados devem iniciar o tratamento imediato tanto das gestantes quanto de seus parceiros. Os tratamentos interrompidos devem ser reiniciados. O controle de cura deverá ser mensal e realizado por meio do VDRL, considerando resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos. O tratamento da gestante será considerado adequado quando for completo conforme o estágio da doença, feito com penicilina, finalizado em até 30 dias antes do parto e o parceiro tratado concomitantemente.

Gestante ou nutriz comprovadamente alérgica à penicilina, após teste de sensibilidade à droga, deverá ser tratada com eritromicina (estearato), entretanto essa opção poderá levar à



cura da gestante, mas não do feto. Para o tratamento é administrado a dose de 500 mg a cada 6 horas, por 15 dias na sífilis primária, secundária e latente precoce, ou durante 30 dias na sífilis terciária e latente tardia, sendo obrigatória à investigação e o tratamento adequado do bebê logo após o nascimento.

É evidente a necessidade de anotar ou anexar na carteira da gestante o número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-

Natal e Nascimento (SispreNatal), o resultado e datas das sorologias, bem como, a droga, a dose e a data do tratamento realizado na gestante e no seu parceiro. Além disso, a gestante precisa ser orientada da necessidade de ter em mãos a carteira no momento do parto, a fim de os profissionais que farão o parto estarem cientes.

A baixa taxa de pré-natal é um importante indicador de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido. Os riscos de óbitos perinatais e transmissão vertical de doenças só terão seu número reduzido quando a atenção ao pré-natal for melhorada.

Os dados revelam que entre 2005 e junho de 2012, foram notificados 57.700 casos de sífilis em gestantes no Brasil, dos quais 38% com 21.941 casos na região sudeste e 25,7% com 14.828 casos na região nordeste. Com relação à taxa de detecção no Brasil como um todo, em 2011 observou-se uma proporção de 5 casos por 1.000 nascidos vivos, taxa superada pelas Regiões Centro-Oeste com 6 a cada 1.000, Sudeste com média de 5,8 e Norte com 5,5 casos a cada 1.000 nascidos. Quanto aos Estados, as taxas mais elevadas foram observadas no Mato Grosso do Sul com 13,7 casos e Rio de Janeiro 10,8 casos a cada 1.000 nascidos. (BRASIL, 2012).

No tocante ao Estado do Rio Grande do Norte, e particularmente o município de São Tomé de 2008 a 2013 conforme a Secretaria do Estado de saúde pública foram detectados e notificados os casos de sífilis em gestantes no município. (RIO GRANDE DO NORTE, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sífilis em gestante é um grave problema de saúde pública, logo deve ser o ponto de partida para um atendimento à saúde pública eficiente e eficaz. Assumindo assim, o papel de informar a população sobre as ações de prevenção e promoção a saúde, encaminhando quando necessário aos serviços com agilidade e precisão.



O planejamento familiar é uma medida muito importante na saúde pública para a criação e consolidação das famílias, pois o casal definirá a quantidade de filhos que terão, evitando assim que as mesmas tenham filhos que não possam cuidar e manter com uma estrutura adequada, até mesmo a questão econômica é levada em consideração nessa situação. A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para anticoncepção.

O acesso ao pré-natal também é um meio imprescindível para evitar ou cuidar de doenças que possam surgir durante a gravidez, como é o caso da sífilis.

Em suma, constatou-se que a informação e acesso aos serviços básicos da saúde são indispensáveis para a prevenção e possível tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Muitas vezes é a falta de informação que causa o agravamento e contaminação das doenças, como é o caso da mãe passar para o recém-nascido à sífilis.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: Diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.**, v.81, n. 2, p. 111-126, 2006. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>>. Acesso em : 21 mar.2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pré-natal e puerpério** : atenção qualificada e humanizada : manual técnico. Brasília : MS, 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita** : manual de bolso. Brasília : MS, 2006. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> . Acesso em : 21 mar. 2019

BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico sífilis 2012**. Brasília : MS, 2012. Disponível em : <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52537/boletim_sifilis_2012_pdf_26676.pdf>. Acesso em : 20 mar. 2020.

COPACABANA RUNNERS. **Sífilis primária, secundária e terciária** : sintomas. Disponível em : <www.atividaderual.com.br/artigo/4e96df2b77bce.pdf>. Acesso em : 24 mar. 2015.

DAMASCENO, Alessandra B. A. et al. Sífilis na gravidez. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 88-94, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12133/9986>>. Acesso em: 30 abril. 2019.

GOUVEIA, Ana Isabel; BORGES-COSTA, João. Sífilis na gravidez. **Revista SPDV**, v. 71, n. 4, p. 513-517, 2013. Disponível em :



<<http://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/213/197>>. Acesso em : 27 janeiro 2020.

MAGALHAES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita : ainda um desafio. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6 p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a08v29n6.pdf>>. Acesso em : 20 agosto 2019.

MARCONI, Marina de Andrade ; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo : Atlas, 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria do Estado da Saúde Pública. **Boletim epidemiológico** : DST/AIDS/Hepatites virais. Natal : SESAP, 2014. . Disponível em :<<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000050836.PDF>>. Acesso em : 01 abr. 2019.

RUBIN, Emanuel (Ed). **Rubin patologia**: bases clinicopatológicas da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Doenças sexualmente transmissíveis**. Santa Catarina, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE SES-SP. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 768-772, 2008. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>>. Acesso em : 22 julho 2020

SILVEIRA, Carla Sofia Pascoal; FERREIRA, Manuela Maria da Conceição. Auto- conceito da grávida : factores associados. **Millenium**, v. 40, p. 53-67, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1215/1/Auto-Conceito da Grávida.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1215/1/Auto-Conceito%20da%20Gr%C3%A1vida.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TABISZ, L. et al. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, jul./set. 2012. Disponível em :file:///D:/Users/usuario/Downloads/263-1015-1-PB.pdf>. Acesso em : 25 mar. 20

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM:

**PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE**

**ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)**



2020

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA A SAÚDE

ROGER GOULART MELLO
PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORES)



2020

