

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ROGER GOULART MELLO  
ORGANIZADORES

# ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS

NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3



2022

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ROGER GOULART MELLO  
ORGANIZADORES

# ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS

NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3



2022



2022 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2022 Os autores  
Copyright da Edição © 2022 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos  
à Editora e-Publicar pelos autores

**Editora Chefe**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Editor**

Roger Goulart Mello

**Diagramação**

Dandara Goulart Mello

Lidiane Bilchez Jordão

Roger Goulart Mello

**Projeto gráfico e Edição de Arte**

Patrícia Gonçalves de Freitas

**Revisão**

Os autores

**ENFERMAGEM: PESQUISAS E PRÁTICAS NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE, VOLUME 3.**

Todo o conteúdo dos capítulos desta obra, 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**

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

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

Edilene Dias Santos - Universidade Federal de Campina Grande

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Érica de Melo Azevedo - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glauco Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense

Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz

Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA



2022

Jaisa Klauss - Instituto de Ensino Superior e Formação Avançada de Vitória  
Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba  
João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas  
Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará  
Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes  
Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes  
Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo  
Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes  
Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará  
Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista  
Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

E56      Enfermagem [livro eletrônico] : pesquisas e práticas no cuidado e assistência à saúde: volume 3 / Organizadores Inaldo Kley do Nascimento Moraes, Roger Goulart Mello. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2022.

Formato: PDF  
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
Modo de acesso: World Wide Web  
Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-5364-114-3

1. Enfermagem. 2. Atenção à saúde. 3. Saúde pública. I. Moraes, Inaldo Kley do Nascimento. II. Mello, Roger Goulart.

CDD 610.73

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro, Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
www.editorapublicar.com.br



2022



## APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que a Editora e-Publicar vem apresentar a obra intitulada "Enfermagem: pesquisas e práticas no cuidado e assistência à saúde, Volume 3". Neste livro engajados pesquisadores contribuíram com suas pesquisas. Esta obra é composta por capítulos que abordam múltiplos temas da área.

Desejamos a todos uma excelente leitura!

Editora e-Publicar



## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	13
PERFIL DOS CASOS DE AIDS NOTIFICADOS EM IDOSOS PARAIBANOS ENTRE OS ANOS 2014 E 2020 .....	13
	Joselayne Pereira de Lima Allan Batista Silva Maria Eduarda Bezerra Lopes
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	25
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO.....	25
	Jocilene da Silva Paiva Dayane Pereira da Silva Edmara Chaves Costa Dávila dos Santos de Oliveira Maria Geane Silva Lima Samara dos Reis Nepomuceno Emília Soares Chaves Rouberte Terezinha Almeida Queiroz
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	33
UTILIZAÇÃO DA LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE NA DIMINUIÇÃO DA DOR E RETORNO DA SENSIBILIDADE TÁTIL NOS PÉS DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO.....	33
	José Alberto Lima Carneiro Verônica Elis Araújo Rezende Joelita de Alencar Fonseca Santos
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	40
IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE ACOMETIDO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO .....	40
	Lina Pollyana Brito Mendes Samara Faustino Sarmento
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	53
PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS NOS CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO.....	53
	Lina Pollyana Brito Mendes Jorge Daniel Lucena Santana



**CAPÍTULO 6** ..... 66  
**PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO  
PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL**.....66

**DOI 10.47402/ed.ep.c202231866143**

Ellen Mariany Lima Silva  
Antonia Jaqueline da Silva Sousa  
Maria Clara Ribeiro  
Ericka Stefany Penha Souza  
Brenda Alves Costa  
Karine Martins Louriano  
Sabrina Sousa Pereira Cunha  
Aline Santana Figueredo

**CAPÍTULO 7** ..... 78  
**MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM  
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA** .....78

**DOI 10.47402/ed.ep.c202231877143**

Ana Paula Mousinho Tavares  
Isaquiel Andrade Machado  
Daniel de Macêdo Rocha  
Ingrid Moura de Abreu  
Igho Leonardo do Nascimento Carvalho  
Laurianne de Sousa Coelho Silva  
Cyntian Maria Martins Campelo  
Fernando Braga dos Santos

**CAPÍTULO 8** ..... 91  
**DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DO TRATO  
URINÁRIO INFERIOR: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**.....91

**DOI 10.47402/ed.ep.c202231888143**

André Carlos Santos Ferreira  
Dayane Abreu Ribeiro  
Cássia Regina Gontijo Gomes  
Cissa Azevedo  
Lívia Cristina de Resende Izidoro  
Luciana Regina Ferreira da Mata

**CAPÍTULO 9** ..... 111  
**O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO**.....111

**DOI 10.47402/ed.ep.c202231899143**

Ana Cristina Frazão  
Átilla Mary Almeida Elias de Sousa  
Cássia Maria da Conceição Bottentuit  
Geraldo Viana Santos  
José Carlos Costa Araújo Júnior  
Maria Célia Soares Fonseca  
Silvana do Socorro Santos de Oliveira  
Simone Oliveira de Arruda



**CAPÍTULO 10..... 121**  
**MULHERES MASTECTOMIZADAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES**  
**SOBRE REPRESENTAÇÕES ESTIGMATIZADAS E AUTORREPRESENTAÇÕES.....121**

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319010143**

**Claudilene Eliane do Carmo**  
**Lídia Santos Soares**  
**Rayssa Goulart Valente**  
**Cláudio Márcio do Carmo**

**CAPÍTULO 11 ..... 137**  
**ASSISTÊNCIA NEONATAL HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA**  
**COVID-19.....137**

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319111143**

**Diana Cardeal do Nascimento**  
**Kleize Araújo de Oliveira Souza**  
**Aisiane Cedraz Morais**  
**Juliana de Oliveira Freitas Miranda**  
**Rebeca Pinheiro de Santana**  
**Vivian Ranyelle Soares de Almeida**  
**Jamille Soares Dias**  
**Tainá Rios da Silva**

**CAPÍTULO 12..... 157**  
**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS:**  
**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.....157**

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319212143**

**Esther Alves Fernandes**  
**Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues**  
**Rubens Felix de Lima**  
**Helayne Cristhina Lucena Araújo**  
**Larissa Rodrigues de Oliveira**  
**Sâmara Rosário Guilherme da Silva**  
**Matheus Alves Barros**  
**Roberta de Miranda Henriques Freire**

**CAPÍTULO 13 ..... 172**  
**IMUNIZAÇÃO DE TRABALHADORES: AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE BUSCA**  
**ATIVA.....172**

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319313143**

**Vânia Beatriz Rodrigues Ferreira da Penha**  
**Igho Leonardo do Nascimento Carvalho**  
**Erisonval Saraiva da Silva**  
**Maria Madalena Gomes Pereira Máximo**  
**Amanda Vieira Sarmento**  
**Ingrid Moura de Abreu**

**CAPÍTULO 14** ..... 185  
O ADOECIMENTO MENTAL EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....185

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319414143**

Letícia Isabel Ferreira Silva  
Suellen de Fátima Spadotto  
Gabriely Silva dos Santos  
Guilherme Correa Barbosa  
Ângelo Antônio Paulino Martins Zanetti  
Eduardo Gabriel Cassola  
Ingrid Christofalo Salvador  
Ana Maria Rodrigues Fadini

**CAPÍTULO 15** ..... 197  
ANÁLISE DO CONCEITO “VULNERABILIDADE DA MULHER IDOSA RELACIONADA AO HIV/AIDS”.....197

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319515143**

Márcia Cristina de Figueiredo Santos  
Maria Miriam Lima da Nóbrega

**CAPÍTULO 16** ..... 214  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ADOLESCÊNCIA.....214

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319616143**

Luanna Gomes de Almeida  
Alice da Silva Caminha  
Nathalia de Araújo Macedo  
Maysa Arlany de Oliveira  
Daniel Gomes de Lima  
Mônica Fonseca Leite  
Ana Beatriz de Sousa Morais  
Natácia Élem Felix Silva

**CAPÍTULO 17** ..... 225  
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....225

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319717143**

Natácia Élem Felix Silva  
Daniel Gomes de Lima  
Mônica Fonseca Leite  
Cinthia Gondim Pereira Calou  
Dayanne Rakelly de Oliveira  
Glauberto da Silva Quirino  
Maria de Fátima Esmeraldo Ramos Figueiredo  
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz

**CAPÍTULO 18** ..... 235  
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DA  
ENFERMAGEM ATUANTES NA LINHA DE FRENTE.....235

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319818143**

Osdete Correa de Carvalho  
Alrislene Paulino de Souza Cardoso  
Amanda Beatriz Araújo de Oliveira  
Caroline de Masceno Elias  
Juliana Alves Simplicio  
Janaina Silva Andrade de Oliveira  
Pâmella Polastry Braga Amaral  
Robert dos Santos Bergamini

**CAPÍTULO 19** ..... 252  
FONTES ESTRESSORAS DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM.....252

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022319919143**

Pollyana Cordeiro Barros  
Wallyson Rangel Ribeiro Oliveira

**CAPÍTULO 20** ..... 265  
INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA ADEÇÃO AO ESQUEMA VACINAL DE  
CRIANÇAS ADSTRITAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....265

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022320020143**

Rafael Gomes Sousa  
Ana Paula Ferreira Maciel  
Orlene Veloso Dias  
Rosângela Barbosa Chagas  
Celma Ramos Lima  
Sarah Mikaele Martins Santos  
Emilly Araújo Barbosa  
Maria Luiza Oliveira Silva

**CAPÍTULO 21** ..... 275  
OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS  
HOSPITALIZADOS COM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: RELATO DE  
CASO CLÍNICO.....275

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022320121143**

Rafaela de Melo Araújo Moura  
Ana Márcia Nóbrega Dantas  
Jacira dos Santos Oliveira  
Maria Miriam Lima da Nóbrega



<b>CAPÍTULO 22</b> .....	296
<b>ANÁLISE DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	296

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022320322143**

Dalila Pontes Monteiro Gouveia  
Maria Yaná Guimarães Silva Freitas  
Vivian Ranyelle Soares de Almeida  
Diana Cardeal do Nascimento  
Jenny Caroline Vieira Moura  
Juliana Macedo dos Santos Silva  
Alberto Bispo de Santana  
Isabela Paixão de Jesus

<b>CAPÍTULO 23</b> .....	313
<b>INCLUSÃO DOS ACOMPANHANTES NA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> .....	313

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022320423143**

Diana Cardeal do Nascimento  
Ericka Santana Borges Santos  
Micaela Santa Rosa da Silva  
Raquel Vieira Farias  
Sara Daniele de Araujo Nogueira  
Vivian Ranyelle Soares de Almeida  
Kleize Araújo de Oliveira Souza

<b>CAPÍTULO 24</b> .....	322
<b>TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA A OBTENÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UMA ABORDAGEM SOBRE A SAÚDE COLETIVA</b> .....	322

**DOI 10.47402/ed.ep.c2022320224143**

Vitória Fernanda Fernandes Nascimento  
Beatriz de Freitas Nogueira  
Elyssanda Keila da Costa Veloso  
Glória Stéphany Silva de Araújo  
Joice Pereira Carvalho  
Lísia Andrade Probo  
Mayara Natália Sousa dos Santos  
Mauro Roberto Biá da Silva





# CAPÍTULO 1

## PERFIL DOS CASOS DE AIDS NOTIFICADOS EM IDOSOS PARAIBANOS ENTRE OS ANOS 2014 E 2020

**Joselayne Pereira de Lima**  
**Allan Batista Silva**  
**Maria Eduarda Bezerra Lopes**

### RESUMO

A prática sexual é uma necessidade humana básica e acontece no decorrer de toda uma vida, portanto, a sensação de prazer e desejo pelo sexo não desaparecem na velhice. Nesta perspectiva, aumenta-se a cada dia os métodos que contribuem para a atividade sexual e qualidade de vida de idosos, contudo, o alerta para possíveis infecções sexualmente transmissíveis e importância do uso do preservativo não crescem de igual modo. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos casos de AIDS notificados em idosos residentes no estado da Paraíba-Brasil, entre os anos 2014 e 2020. Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo ecológica e de abordagem quantitativa. Os dados epidemiológicos foram coletados na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, onde foram extraídas as seguintes informações sobre infecções por AIDS: ano de notificação, faixa etária, escolaridade, etnia e categoria de exposição. Os dados foram coletados, tabulados e submetidos a análise descritiva. Os resultados revelaram que entre 2014 e 2020 foram registrados 100 casos de AIDS em idosos paraibanos, dos quais a maior parte foi notificada em 2019. Observou-se que majoritariamente, os idosos eram do sexo masculino, autodeclarados pardos, com idade entre 60 e 69 anos, de baixa escolaridade e e que haviam sido infectados via relação sexual heterossexual. Diante disso, verifica-se que as estratégias educativas devem ser ampliadas e direcionadas aos idosos, haja vista a falta de conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis de modo geral e a necessidade de garantir a sexualidade e qualidade de vida deste grupo.

**PALAVRAS-CHAVE:** AIDS; Idosos; Sexualidade; Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) ainda na década de 80 provocou grande impacto social e tornou-se um fenômeno desafiador para a ciência. Sua alta transmissibilidade desencadeou debates sociais guiados pelo desconhecimento populacional a cerca da doença, assim como, pelo fato de sua propagação ser secundária à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que tem como principal meio de transmissão a via sexual (GASPAR, 2013).

A AIDS apresenta como principais vias de contágio, as relações sexuais de cunho desprotegido, a inoculação de sangue e a infecção cruzada entre mãe infectada e concepto, portanto, pode ser relacionada a fatores multivariados e que refletem o comportamento sexual





dos indivíduos. Cabe ressaltar, que a infecção via sexual é considerada bidirecional, tanto nas relações heterossexuais como nas homoafetivas e que o risco de contaminação aumenta com o exercício do intercuro anal, na presença de úlceras genitais, outras infecções sexualmente transmissíveis e em casos em que a imunodeficiência está em estágio mais avançado (SOUZA, 2011).

Segundo estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (2021), até o fim do ano de 2019 existiriam mais de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo. Destes indivíduos, 68% dos adultos e 53% das crianças convivendo com o vírus eram adeptos à terapia antirretroviral. Cabe ressaltar, que os esforços dos programas para controle de infecção pelo HIV possibilitaram uma redução de 39% na incidência de casos, assim como, uma diminuição de 51% no índice de mortes entre os anos 2000 e 2019.

No período entre 1980 e meados de 2017 foram registrados no Brasil 882.810 casos de AIDS, dos quais 576.245 ocorreram em homens e 306.444 em mulheres. Em igual período, foram notificados 316.088 óbitos secundários a doença, sendo essa ocorrência mais expressiva nas regiões Sudeste (59,6%), Sul (17,6%) e Nordeste (13%). Ressalta-se que a ascendência de notificações observada na região nordeste expressou um aumento de 30% entre os anos 2005 e 2015, onde a prevalência em 2005 era 11,7 casos a cada 100 mil habitantes, e em 2015 passou a ser 15,2 casos para o mesmo quantitativo populacional (SANTOS, 2018).

A prática sexual é uma necessidade humana básica e acontece no decorrer de toda uma vida, portanto, a sensação de prazer e desejo pelo sexo não desaparecem na velhice. Nesta perspectiva, aumenta-se a cada dia os métodos que contribuem para a atividade sexual e qualidade de vida de idosos, contudo, o alerta para possíveis infecções sexualmente transmissíveis e importância do uso do preservativo não crescem de igual modo. Deste modo, a sexualidade da pessoa idosa é por vezes preterida nas políticas públicas, ações e pesquisas, fatores que contribuem para a estigmatização do sexo neste grupo e apontam para a necessidade de discutir sobre esta temática (AGUIAR et al, 2020).

Diante da importância do impacto desse agravo para a população idosa, o presente estudo busca responder o seguinte problema de pesquisa: Qual o perfil dos casos de AIDS notificados em idosos residentes no estado da Paraíba? Portanto, o presente estudo possui como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos registros de AIDS em idosos paraibanos entre os anos 2014 e 2020.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e do tipo ecológico. Os estudos ecológicos fazem referência a uma modalidade de pesquisa em que a unidade a ser observada e analisada é formada por grupos de indivíduos. Deste modo, é possível avaliar as possíveis relações entre as condições de saúde e exposição a ser investigada nestes grupos de pessoas (PEREIRA, 2017). Ademais, as pesquisas descritivas têm por objetivo a exposição de características de determinada população ou fenômeno, também como, a determinação de relações entre estas variáveis (GIL, 2017).

A questão norteadora desse estudo foi: Qual o perfil epidemiológico dos casos de AIDS notificados em idosos residentes no estado da Paraíba entre 2014 e 2020?

Para responder a pergunta de pesquisa, os dados epidemiológicos foram coletados na base de dados disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no qual foram extraídas informações concernentes ao ano de notificação, faixa etária, escolaridade, etnia e categoria de exposição. As informações do DATASUS são notificadas pelo SINAN e disponibilizadas pelo TABNET (BRASIL, 2021), que corresponde a um tabulador de domínio público que possibilita a organização dos dados.

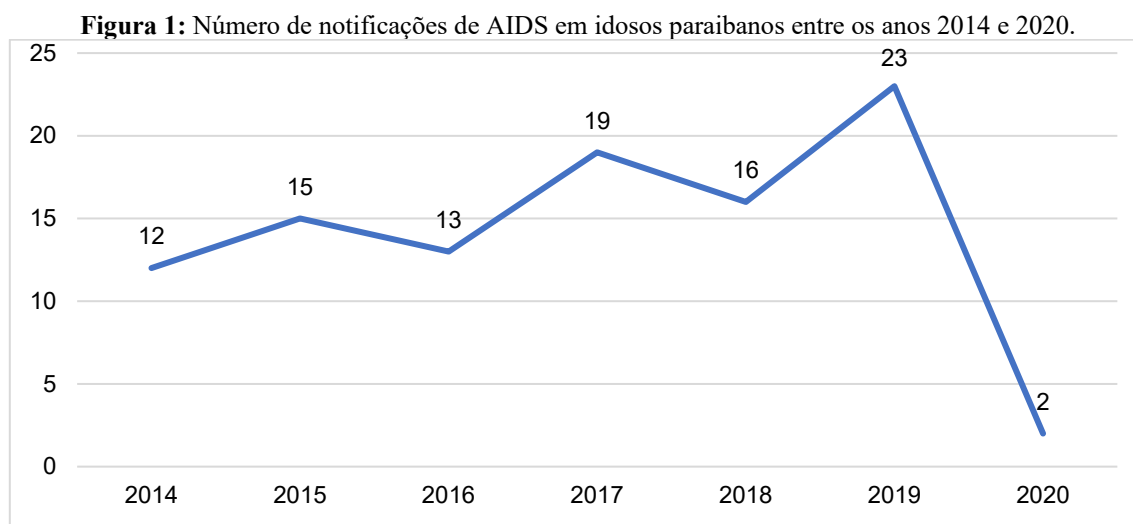
Os dados foram coletados, tabulados e submetidos a análise descritiva por meio do programa *Microsoft Office Excel 2016*, onde foram apresentados por meio de gráficos, tabelas e descrição de frequência absoluta e percentual. Foram considerados apenas os casos de AIDS notificados em indivíduos de idade  $\geq 60$  anos dada a relevância e aumento de exposição deste grupo à infecções sexualmente transmissíveis. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), no período entre os anos 2012 e 2017 este grupo etário cresceu 18%, sendo o número de mulheres mais expressivo nesta população.

A escolha do corte temporal se deu graças a progressão dos casos de AIDS neste grupo, além disso, pela necessidade de evidenciar o declínio de notificações ocorrido no ano de 2020 que possivelmente é fruto do período de isolamento social vivenciado pela pandemia da COVID-19.

Em conformidade com a Resolução nº466/12 e a nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo não precisará ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos, já que os dados utilizados são secundários, portanto, de livre acesso ao público.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre 2014 e 2020 foram notificados 100 casos de AIDS em idosos na Paraíba, onde o ano de 2019 expressou uma maior totalidade de registros durante o período supracitado e o ano de 2020 apresentou uma redução significativa (Figura 1).



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Ao analisar os casos de AIDS em outros estados nordestinos destacam-se Pernambuco e Rio grande do Norte, que totalizaram 317 e 139 casos em sua população idosa, respectivamente. Ambos os estados tiveram maior ascendência de notificações no ano de 2019 e declínio no ano de 2020 (BRASIL, 2020).

Observa-se que a redução de casos notificados no ano de 2020 é uma realidade vivenciada não só pelo estado paraibano, sendo possível associar esse declínio ao isolamento social vivenciado pela pandemia da COVID-19. Essa baixa de registros não demonstra que houve redução significativa de contágio, mas sim, a diminuição do acesso deste grupo aos serviços de saúde, que conseqüentemente favoreceu a subnotificação.

Dentre as notificações no estado segundo o sexo, observou-se que 71% dos indivíduos eram do sexo masculino e 29% do sexo feminino. Esses dados entram em conformidade com o estudo de Affeldt, Silveira e Barcelos (2015) identificaram uma maior prevalência de casos de AIDS em homens idosos (58,4%) na cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul entre 1998 e 2013. Nessa mesma perspectiva, o estudo de Souza et al (2012) também evidenciou uma maior prevalência de infecção por HIV no sexo masculino, onde os homens compreenderam 76,9% da amostra da pesquisa.

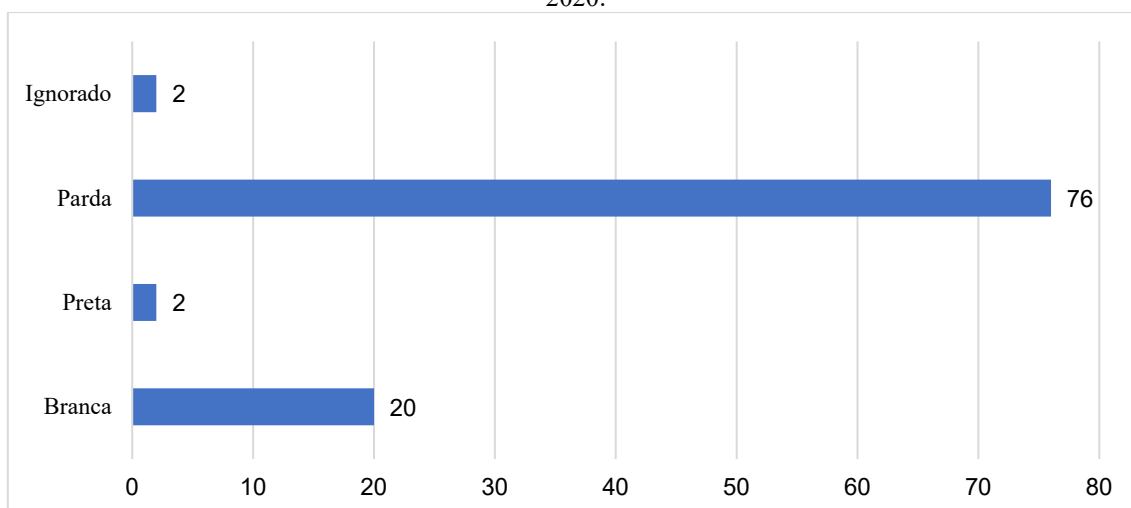
Knauth et al (2020) pontuam que os homens são o grupo mais afetado pela infecção do HIV no Brasil, sendo esse índice de contágio, crescente ao longo dos anos. Outros

pesquisadores<sup>14</sup> observaram que existe uma maior resistência entre os homens quanto aos cuidados com a saúde e prevenção de doenças graças a percepção de que a masculinidade ficará vulnerável quando condutas de cuidado com a saúde são desempenhadas. Cabe ressaltar, que a falta de autocuidado e prevenção são fatores que contribuem para que os homens se apresentem mais infectados por doenças sexualmente transmissíveis, quando comparados as mulheres.

Sob outra perspectiva Shoptaw et al (2013) apontam é predito que os casos de AIDS são preponderantes em homens graças a práticas sexuais homoafetivas durante a juventude, recobrando o contexto histórico da epidemia da doença onde os grupos de risco se limitavam a pessoas homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

A Figura 2 quantifica as notificações de AIDS nos idosos paraibanos segundo sua raça e cor de pele, evidenciando que o maior número de casos (76%) se deu entre os idosos autodeclarados pardos.

**Figura 2:** Número de notificações de AIDS em idosos paraibanos segundo raça/cor da pele, entre os anos 2014 e 2020.




Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Os dados evidenciados se assemelham à análise realizada por outros estudiosos<sup>12</sup> com idosos portadores de AIDS em Montes Claros, Minas Gerais. O estudo em questão evidenciou que 61,5% dos idosos cadastrados no Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves eram de cor/raça parda. Em consonância, Souza et al (2019) também relataram uma predominância de 61% de indivíduos de pele parda em sua pesquisa.

A maior predominância de notificações de AIDS em pessoas de pele parda pode ser justificada por uma perspectiva de vulnerabilidade social, onde historicamente, indivíduos de pele não branca estão sujeitos a um menor acesso a serviços básicos de saúde e acesso a informação, favorecendo o aumento de doenças neste grupo (RIOS et al, 2013).





Cunha, Cruz e Pedroso (2019) avaliaram a mortalidade por HIV/AIDS no Brasil entre os anos 2000 e 2015 e evidenciou uma tendência decrescente entre indivíduos brancos e crescente entre pardos e negros. As regiões Norte e Nordeste apresentaram tendências crescentes para todas as raças, já as regiões Sul e Sudeste apresentaram declínio. Ademais, a região Centro-Oeste revelou propensão estacionária para a raça branca, progressão para a parda e declínio para a negra. Cabe ressaltar, que mesmo com a descendência de casos, o Sul e Sudeste apresentaram taxas de mortalidades mais evidentes quando comparados com as outras regiões.

Ainda diante da pesquisa de Cunha, Cruz e Pedroso (2019) conclui-se que no Brasil existem diferenças relevantes em relação as tendências gradativas de mortalidade por HIV/AIDS nas grandes regiões brasileiras. Dessa forma, estudos regionalizados que referem o índice de mortalidade segundo raça/cor são considerados relevantes para a implementação de ações direcionadas a tal agravo.

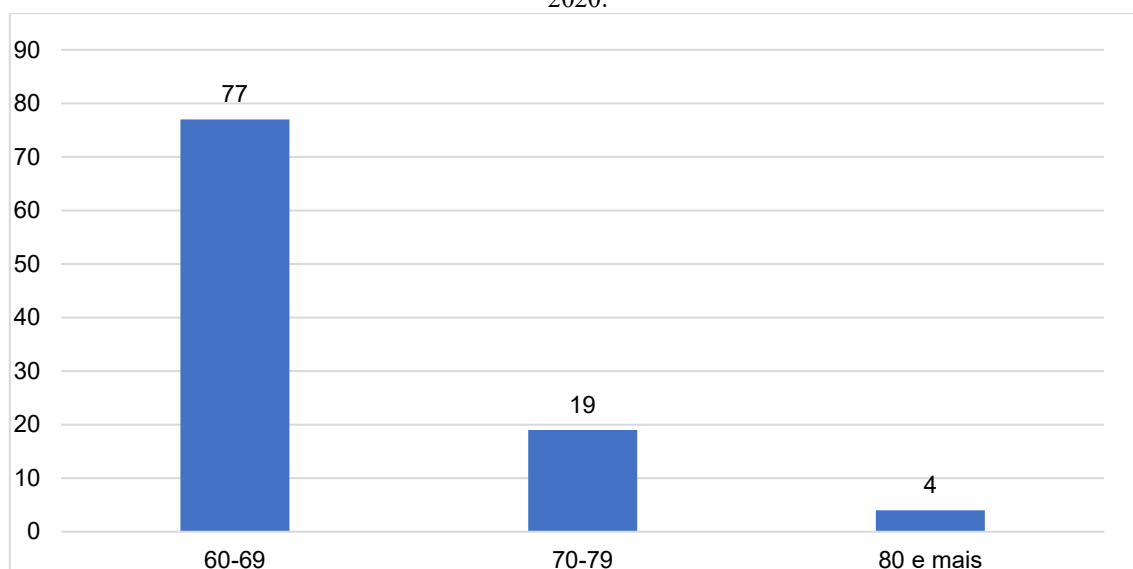
A presente pesquisa indicou um percentil relevante de casos de AIDS em idosos de raça parda na Paraíba. O indicativo de 76% de notificações para a raça demonstra que o estado deve priorizar ações que alcancem esse público, de modo que os idosos autodeclarados pardos, possam ter mais acesso às ações de prevenção, promoção e educação em saúde. Logo, pesquisas mais delimitadas devem avaliar o perfil desses idosos, a fim de desenvolver estratégias que possibilitem uma melhor abordagem a cerca desta temática.

Reconhecer que os indivíduos de raça negra e parda vivenciam mais problemas para acessar os serviços básicos de saúde traz a tona questões de vida em sociedade relacionadas à discriminação racial. Cabe ressaltar, que além da cor da pele, o fato de ser idoso e conviver com doenças como a AIDS também agravam essa discriminação, fazendo-se necessário, portanto, diminuir as barreiras de acesso aos serviços de saúde para a população em questão. Nesta perspectiva, condutas racistas no Brasil não são consideradas acontecimentos episódicos, ademais, contribuem para a manutenção de um círculo vicioso que divide e impacta direitos e vida em sociedade (SILVA, 2019).

Uma análise epidemiológica realizada pelo Grupo de Incentivo à Vida (2004) no Distrito Federal entre 2014 e 2019, corrobora com o aumento da prevalência da infecção pelo HIV em idosos de cor parda, evidenciando um aumento percentual dos casos neste grupo, que deixou de ser 39,8% em 2014 e passou a ser 41,6% em 2019. Quanto aos casos de infecção por HIV em todo o Brasil, o SINAN registrou entre 2007 à meados de 2020 uma prevalência de 40,1% dos casos na população branca e 50,7% na população negra.

A Figura 3 apresenta o percentual de casos de AIDS em idosos paraibanos segundo faixa etária, onde é possível observar uma expressiva predominância de idosos com idade entre 60 e 69 anos (77%).

**Figura 3:** Número de notificações de AIDS em idosos paraibanos segundo faixa etária, entre os anos 2014 e 2020.



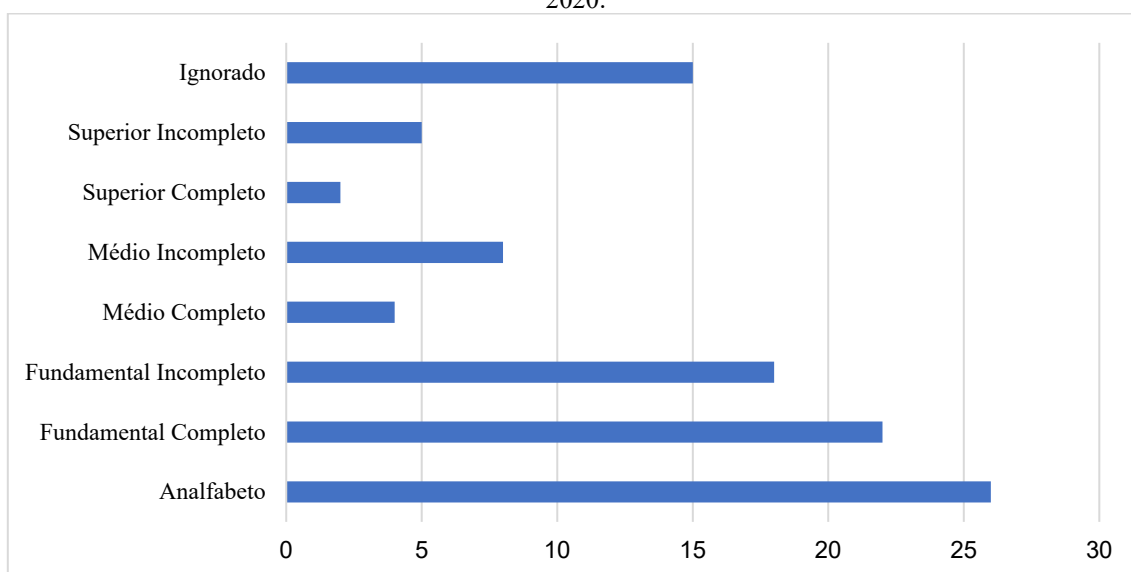
Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Estudos como este, observaram uma maior prevalência de idosos com AIDS na faixa etária entre 60 e 70 anos de idade (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; SOUZA et al, 2012). Logo, observa-se a importância de identificar a faixa etária e perfil mais acometido pela doença, a fim de desenvolver melhores ações estratégicas para controle de infecções sexualmente transmissíveis e sexualidade da pessoa idosa.

Nesta pesquisa, observou-se que a faixa etária menos acometida foi a de 80 anos ou mais, fator que pode estar associado à regressão da imunidade, tanto relacionada ao envelhecimento quanto secundária à doença, o que eleva os riscos de coinfeções e as chances de progressão para o óbito.

A Figura 4 apresenta o percentual de casos notificados em relação à escolaridade, onde os casos foram predominantes em idosos analfabetos (30,59%).

**Figura 4:** Número de notificações de AIDS em idosos paraibanos segundo escolaridade, entre os anos 2014 e 2020.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

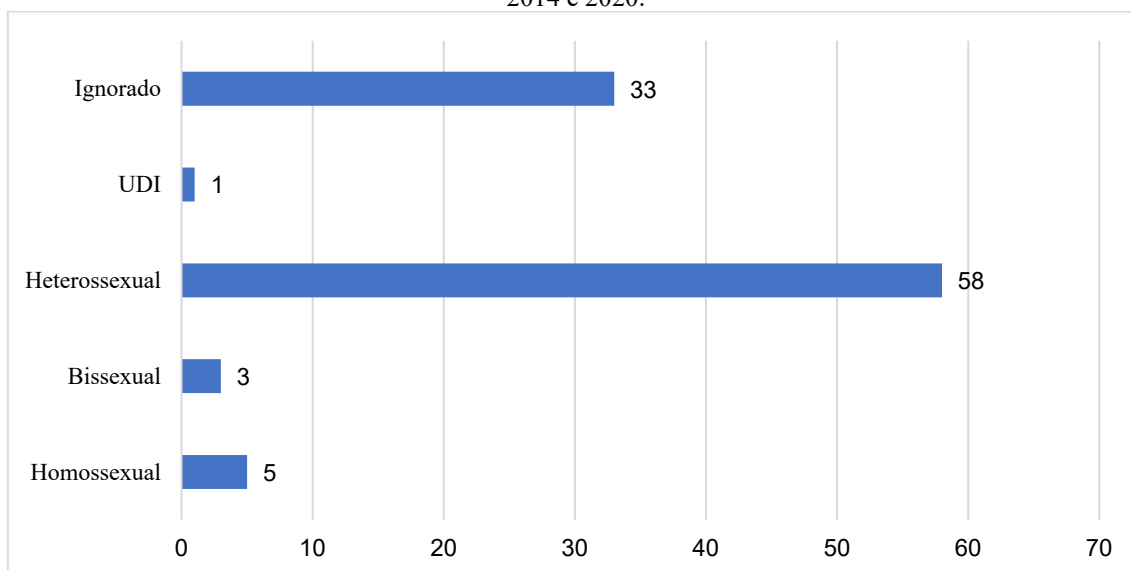
A baixa escolaridade pode ser averiguada também por Quadro et al (2016) que investigam o perfil epidemiológico de idosos com HIV e AIDS, destacando que a maior parte dos indivíduos possuem lacunas quanto ao conhecimento sobre a doença de modo geral.

Outros estudiosos também evidenciaram que existe um importante número de casos de AIDS nos grupos de idosos analfabetos e de baixa escolaridade (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; SOUZA et al, 2019). Deste modo, esses resultados ressaltam a importância de implementar estratégias que melhor direcionem a educação em saúde para este grupo, a fim de informar, prevenir e controlar a disseminação da doença.

A educação em saúde é uma ação importante para alcançar os idosos que possuem uma baixa escolaridade e se encontram em vulnerabilidade social, portanto, uma ferramenta relevante que requer uma junção de aparatos educacionais, ambientais e de habilidades individuais a fim de promover ações e circunstâncias para que a promoção da saúde seja efetivada (SOUZA et al, 2012).

Em relação a categoria de exposição, observa-se que a maior parte dos idosos paraibanos se infectaram por relação heterossexual (Figura 5).

**Figura 5:** Número de notificações de AIDS em idosos paraibanos segundo categoria de exposição, entre os anos 2014 e 2020.



**Legenda:** UDI = usuários de drogas injetáveis.

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

Ao observar a categoria de exposição, percebe-se uma grande discrepância entre os casos de contágio por relações heterossexuais (58%) e homoafetivas (5%), desestigmatizando a ideia de que a doença só possui risco de propagação durante relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo. Em consonância, outros estudos também evidenciaram um maior número de casos de AIDS em pessoas com comportamento heterossexual (AFFELDT; SILVEIRA, BARCELOS, 22015; SOUZA et al, 2012).


O HIV já foi considerado prevalente apenas em homossexuais, mas com o passar dos anos também foi identificado em usuários de drogas injetáveis, hemotransfundidos, mulheres, crianças e idosos (CORDEIRO et al, 2017). Tendo em vista o maior entendimento acerca da doença no decorrer dos anos, o grupo de risco foi alvo de alterações, visto que a doença foi englobando diversos indivíduos, não havendo diferenciação entre os sexo, cor, idade ou classe social, sendo essa última quando pauperizada, um agravante em decorrência da dificuldade de acesso à informações e serviços de saúde que lhes possam promover uma melhor qualidade de vida (GASPAR, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS é uma doença de importância para a saúde pública, haja vista os impactos e desfechos negativos que pode acarretar quando não tratada, principalmente na população idosa.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram um total de 100 registros de AIDS em idosos no estado da Paraíba entre 2014 e 2020, tendo ocorrido um maior número de notificações no





ano de 2019. A maioria dos casos se deu em idosos do sexo masculino, autodeclarados pardos, com idade entre 60 e 69 anos, de baixa escolaridade e que haviam sido infectados via relação sexual heterossexual.

Logo, foi constatado que estratégias de educação em saúde devem ser implementadas na Paraíba para alcançar esses idosos, pois em geral, são indivíduos que possuem um baixo conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis, seus sintomas, diagnóstico e tratamento. Nesse sentido, destacam-se as atribuições das políticas públicas que devem ser desenvolvidas nessa conjuntura, visando informar e levar conhecimento para esses idosos no estado.

Nesta perspectiva, como recomendação para novos estudos, sugere-se o desenvolvimento de abordagens em outros estados brasileiros, de modo que se possa comparar os dados obtidos e observar quais localidades necessitam de maior atenção neste cenário. Por meio de novos estudos, políticas públicas podem ser melhor instauradas a fim de atender a esta população em vulnerabilidade, assim como, ações educativas podem ser melhor desenvolvidas a fim de promover melhorias para a sexualidade e qualidade de vida deste grupo.

## REFERÊNCIAS


AFFELDT, A. B.; SILVEIRA, M. F.; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, Sul do Brasil, 1998 a 2013. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/m3nkdn3qmGPGcFVs9nBGgJh/abstract/?lang=pt> Acesso em 25 de novembro de 2021.

AGUIAR, R. B. et al. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 575-584, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zmgcS6zgz6CpZjtjzSWC5QHF/?lang=pt> Acesso em 20 de novembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis**. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-informacoes-de-agrivos-de-notificacao-sinan> Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre o TABNET Móvel**. 2021. Disponível em: [http://www2.datasus.gov.br/tabnetmobile/page\\_about2.html](http://www2.datasus.gov.br/tabnetmobile/page_about2.html) Acesso em: 07 out. 2021.

CORDEIRO, L. I. et al. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. **Revista de enfermagem Brasileira Reben**, v. 70, n. 4, p. 82-775, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fjLDx9YmzGxRSncBrt9VjYy/?lang=pt#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ju%C3%ADzes%20evidenciou,IVCs%20individuais%20para%20cada%20dom%C3%ADnio>. Acesso em: 10 de novembro de 2021.



CUNHA, A. P.; CRUZ, M. M.; PEDROSO, M. M.. Tendências das internações por HIV/Aids no Brasil e suas regiões entre 1998 e 2015. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**, 8., 2019, João Pessoa. Anais... João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2 p.

GASPAR, R. M. **Ainda no contexto familiar: rompimento dos vínculos afetivos**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social) – Faculdade Cearense, Fortaleza, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6ª ed, São Paulo: Atlas; 2017.

GRUPO DE INCENTIVO À VIDA. **Aids entre negros e pardos**. 2004. Disponível em: <http://www.giv.org.br/Not%C3%ADcias/noticia.php?codigo=949> Acesso em: 20 out. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas sociais**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 11 de novembro de 2021.

KNAUTH, D. R. et al. O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1100978> Acesso em: 15 de novembro de 2021.

MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e aids. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/TF595mvp9BMhhs9BNddtDrF/?lang=pt> Acesso em: 25 de novembro de 2021.


OPAS. Organização Pós-Americana de Saúde. **HIV/ Aids**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids> . Acesso em: 20 nov. 2021.

PEREIRA, M.G. **Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

RIOS, L. F. et al. Axé, práticas corporais e Aids nas religiões africanistas do Recife, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3653-62, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LRXBs5zG4KYdxG48dbTwKYs/?lang=pt> Acesso em: 25 de novembro de 2021.

QUADROS, K. A. N. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de hiv/aids atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, p. 2140-46, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/869> Acesso em: 06 de novembro de 2021.

SHOPTAW, S. et al. Not just the needle: the state of HIV-prevention science among substance users and future directions. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v.63, suppl. 2, p.174-8, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764632/> Acesso em: 25 de novembro de 2021.



SILVA, H. C. B. **População Negra e Racismo Institucional: desafios à concretização do direito à saúde e demandas para o Serviço Social**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Serviço Social, Maceió, 2019.

SOUZA, L. P. S. et al. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 4, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/sCJyCFkjZBv5nxSj8wzZMrK/?lang=pt> Acesso em: 20 de novembro de 2021.

SOUZA, I. B. et al. Sociodemographic profile of elderly persons with the human immunodeficiency virus in a state in the northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 04, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/d3dmH7hZ7RKhXqDKmzpzN6f/?lang=en> Acesso em: 10 de novembro de 2021.



# CAPÍTULO 2

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

**Jocilene da Silva Paiva**  
**Dayane Pereira da Silva**  
**Edmara Chaves Costa**  
**Dávila dos Santos de Oliveira**  
**Maria Geane Silva Lima**  
**Samara dos Reis Nepomuceno**  
**Emília Soares Chaves Rouberte**  
**Terezinha Almeida Queiroz**

### RESUMO

As experiências impactantes e significativas vivenciadas pelas mulheres no parto podem trazer consequências para o puerpério e influenciar concepções e vivências da maternidade. A humanização da assistência é um fator de grande relevância para assegurar que o momento do parto seja uma experiência única. Por isso, é imprescindível a atuação da enfermagem no processo, a fim de garantir esse cuidado. O objetivo deste estudo é descrever a atuação da equipe de enfermagem para a promoção do parto humanizado. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, onde foram realizadas buscas nas bases LILACS, MDELIN e SciELO, utilizando os descritores: enfermagem, humanização e parto. Foram escolhidos 24 artigos para discussão. O enfermeiro tem um papel fundamental na assistência, trazendo a inserção de boas práticas, como a diminuição das dores com métodos não farmacológicos, proporcionando segurança, autonomia e a participação ativa da mulher durante todo o processo de parturição. Além disso, a humanização no parto significa a prestação de um atendimento que respeite os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias. Conclui-se que a assistência de enfermagem ao parto humanizado é de fundamental importância, pois trazem impactos positivos na vida da parturiente.


**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Humanização. Parto.

### INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada uma fase ímpar na vida de uma mulher, pois traz consigo mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais com o intuito de proporcionar as condições necessárias ao adequado crescimento e desenvolvimento fetal, em equilíbrio com o organismo materno, repercutindo de forma expressiva no cotidiano da gestante (MEIRELES et al., 2015).

Antigamente, os partos eram realizados em domicílio com o auxílio de parteiras, que não tinham formação para prestar uma assistência adequada nesse momento. Assim, na maioria das vezes, essas parturientes tinham complicações, nas quais a presença do médico era acionada apenas em situações extremamente graves. Nesse contexto, era considerado que o ambiente





hospitalar era um local inseguro para a mulher em trabalho de parto dar à luz (LEISTER; RIESCO, 2013).


No início do século XX, houve a transição do parto doméstico para o parto hospitalar, onde a assistência e acompanhamento a essas puérperas se intensificaram mais. A partir dessas modificações, houve uma elevação nas intervenções no ciclo gravídico-puerperal e a excessiva medicalização o que favoreceram para um novo cenário de parturição, onde a mulher passou a ser submetida a procedimentos desnecessários e sem autonomia (GIACOMINI; HIRSCH, 2020; POSSATI et al., 2017).

No Brasil, cerca de 98% dos partos acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados, diante disto, os profissionais da saúde passaram a adotar várias tecnologias e procedimentos com o intuito de contribuir para a melhoria na assistência. No entanto, muitas vezes as mulheres e recém-nascidos são expostos a situações e intervenções, como a episiotomia, uso de ocitocina, cesariana, aspiração nasofaríngea, tricotomia, uso rotineiro da posição supina e litotômica e entre outras (BRASIL, 2017; SENS; STAMM, 2019).

As experiências impactantes e significativas vivenciadas pelas mulheres tanto na gestação quanto no do parto, podem trazer consequências para o puerpério e influenciar concepções e vivências da maternidade. O parto é tido como um momento muito esperado na vida da mulher, isso leva a elaboração de significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura em que se as gestantes estão inseridas e também de acordo com as experiências vivenciadas por elas (TOSTES; SEIDL; 2016).

O Parto Humanizado é uma recomendação do Ministério da Saúde (MS), porém existem barreiras principalmente para mulheres que fazem parte de classes sociais menos favorecidas, onde o atendimento deveria ser ofertado de forma universal, abrangendo os princípios da equidade e universalidade no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (NASCIMENTO; LENIARA; RONALDO, 2021).

De acordo com Pereira et al. (2018) e Nascimento et al. (2020), são grandes os desafios a serem superados dentro dos sistemas de saúde, como problemas relacionados ao sistema de formação educacional, o qual continua a preparar profissionais de saúde dentro do modelo intervencionista, focado na figura do médico. Desse modo, o desafio deve ser observado e estudado pelo sistema educacional com o intuito de retratar o modelo, buscando maneiras que imponham menos riscos e desconfortos no momento do parto, havendo uma atuação mais humana e que favoreça o protagonismo da mulher.



À vista disso, as políticas de saúde devem facilitar estruturação que busque amparar e fortalecer o modelo de atenção multiprofissional de qualidade, garantindo a minimização desses desafios, tornando a vivência do trabalho de parto uma experiência de crescimento e realização para a mãe e seu filho (MARQUE; AZEVEDO, 2006).

A humanização da assistência é um fator de grande relevância para assegurar que o momento do parto seja uma experiência única, vivenciado de forma positiva e enriquecedora para a mulher. Por isso, é imprescindível a atuação da enfermagem no processo, a fim de garantir esse cuidado (NASCIMENTO; SILVA; VIANA, 2018).

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é descrever a atuação da equipe de enfermagem para a promoção do parto humanizado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, caracterizado o estudo em que é realizada uma revisão não sistematizada da literatura, com o objetivo de buscar atualizações sobre um determinado tema ou para a descrição de seu estado da arte, de modo a fornecer informações de forma mais simplificada e rápida (CASARIN et al., 2020).


Para alcançar o objetivo deste estudo, uma questão norteou o processo de busca na literatura: Como a equipe de enfermagem deve atuar para promover uma assistência humanizada no momento do parto?

Desta forma, foram realizadas buscas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO) como fonte adicional, durante o mês de abril de 2022. Para isso, utilizaram-se os seguintes descritores: enfermagem, humanização e parto. Os artigos foram selecionados conforme os critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português e que estavam dentro da temática.

Foram, ainda, excluídos estudos em outros idiomas, incompletos, que não pertencessem a uma base confiável. Desse modo, restaram 22 artigos para elaboração da pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O atendimento humanizado à parturiente durante parto é de extrema importância para garantir que as mulheres tenham uma assistência de qualidade e livre de violências obstétricas o que pode gerar traumas futuros. A atuação do enfermeiro e da equipe



multidisciplinar tem um papel de grande importância no processo de adesão às medidas de humanização durante o parto (CARDOSO et al.,2020).

O enfermeiro realiza as consultas de enfermagem no pré-natal, sendo estabelecido pelo MS o mínimo de seis consultas durante todo o período que antecede o nascimento. Os aspectos emocionais devem ser abordados desde a primeira consulta de pré-natal, estabelecendo uma confiança entre o profissional e a gestante, assim mais dúvidas podem ser sanadas e há uma abertura maior por parte da gestante (BRASIL, 2012).


Desta forma, a assistência no pré-natal, adicionada ao cuidado inclui a qualidade do enfermeiro, que deve ser competente, humano e dedicado. Competente para orientar convenientemente as gestantes, reconhecer precocemente os problemas que possam surgir e enfrentá-los de maneira correta de modo a evitar ou minimizar suas consequências (MOURA et al., 2015; PEREIRA et a., 2016).

A humanização do parto visa à superação do medo e do isolamento que as mulheres sofrem no modelo assistencial obstétrico hegemônico, medicalizado e intervencionista. Para tal, o cuidado humano, integral e individualizado, as expectativas, as necessidades e os direitos das parturientes devem ser considerados (ANDRADE et al., 2017).

O processo de humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, participando intimamente e ativamente das decisões sobre o seu próprio cuidado. Sendo assim, a equipe atua como facilitadora do processo (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Humanização no parto é, portanto, a prestação de um atendimento que respeite os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania (RUSSO; NUCCI, 2020).

Outro aspecto fundamental para que o parto de forma humanizada aconteça, é que as instituições de saúde tenham uma estrutura adequada e um local apropriada para esse processo, a fim de favorecer as condutas realizadas pelos profissionais atuantes. Esse espaço deve conter espaço para a higienização, luz na medida certa, possibilidade de realizar musicoterapia, uso de banheira ou piscina para o nascimento, e que sejam realizadas com respeito e atenção (LEAS; CIFUENTES, 2016).



O enfermeiro tem um papel fundamental, trazendo a inserção de boas práticas, como a diminuição das dores com métodos não farmacológicos, proporcionando segurança, autonomia e a participação ativa da mulher durante todo o processo de parturição (PINTO et al., 2019).

Ademais, a enfermagem programa condutas ou práticas humanizadas a serem adotadas como, prescrição de um plano de ações assistenciais ao parto. Quando a possibilidade de distocias é descartada, o enfermeiro vê a necessidade de não permitir a restrição alimentar da gestante, visto que o momento do parto é o que mais exige energia física da mulher (PINHEIRO; JÚNIOR; GIOTTO, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do estudo realizado, conclui-se que à assistência de enfermagem ao parto humanizado é de fundamental importância, pois trazem impactos positivos na vida da parturiente.

Notou-se que à assistência de enfermagem durante o trabalho de parto humanizado vem crescendo, e que para que seja efetiva necessita utilizar técnicas ofertadas como: o alívio da dor, suporte emocional para a mulher e sua família, respeitar a vontade da parturiente permitindo que sejam tomadas as suas próprias decisões, prestando informações quanto todos os procedimentos realizados.


Por fim, ficou evidente a importância de uma educação em saúde eficaz, e que os profissionais devem realizar o seu papel com respeito e ética, com intuito de proporcionar a melhor experiência possível nessa fase da vida.

Em suma, anseia-se que esta pesquisa possa despertar o interesse pela temática e a elaboração de novos estudos, de maneira que possam ser construídas novas estratégias de sensibilização e divulgação da prática entre os profissionais em todos os âmbitos da assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Rev enferm UFPE*, v. 11, Supl. 6, p. 2576-85, jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23426/19113>. Acesso em: 5 jul. 2022.





BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Acesso em: 04 jul. 2022.

CARDOSO, D. C. et al. A importância do parto humanizado: uma revisão bibliográfica. **Rev. Eletro. Acervo Saúde**, Vol. Sup. n. 41, e2442, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2442>. Acesso em: 6 jul. 2022.

CASARIN, S. T. et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health. **J. nurs. health.**, v. 10, n. 5, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924/11996>. Acesso em: 01 jul. 2022.

GIACOMINI, S. M.; HIRSCH, O. N. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Rev. Estud. Fem.**, v. 28, n. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/pr6t6CkMxPyxhQL9BfCTW4P/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2022.

LEAS, R. E.; CIFUENTES, D. J. Parto Humanizado: Contribuições Do Enfermeiro Obstetra **Rev. Ciênc. Cidadania**, v.2, n. 1, p. 74-90, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unibave.net/index.php/cienciaecidadania/article/view/64/53>. Acesso em: 7 jul. 2022.


LEISTER, N.; RIESCO, M, L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 166-74, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/j3x6K34kgCjtKcfxj36W8Cz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2022.

MARQUE, F. C.; DIAS, L. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/gYVrMJVRRdtYbnMzCPgbTzw/?lang=pt>. Acesso em: 5 jul. 2022.

MEIRELES, J. F. F. et al. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 7, p. 319-24, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/hrrYPgVC8cNP4yptyH5v45j/?lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2022.

MOURA, S. G. et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. Res.: Fundam. Care Online**, v. 7, n. 3, p.2930-38, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750947020.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

MOURA, F. M. J. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 452-5, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBXGtDrrJ99ZNQrDVVrMNHh/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2022.



NASCIMENTO, C. O. S.; LENIARA, F. A. L.; RONALDO, N. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev. Cient. Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. V. 05, p. 147-62. Jul. 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/enfermagem-ao-parto>. Acesso em: 5 jul. 2022.

NASCIMENTO, F. C.; SILVA, M. P.; VIANA, M. R. P. Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Rev. Prev. Infec. e Saúde**, v4:6887, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6821/pdf>. Acesso em: 02 jul. 2022.

NASCIMENTO, E. R. et al. Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, v. 6, n. 1, p. 141-146, mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8008/3873>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus, actas de saúde colet.**, v. 10, n. 3, p. 199-213, set. 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1727>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PEREIRA, R. M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 11, p. 3517-24, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqBkLF75JphwHJqRdhCd/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2022.

PINHEIRO, G. Q.; JÚNIOR, A. P. S.; GIOTTO, A. C. O processo de parto: a importância do enfermeiro no parto humanizado. **Rev. Inic. Cient. e Ext.**, v. 2, n. 4, p. 190-5, 2019. Disponível em: <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/255/196>. Acesso em: 02 jul. 2022.


PINTO, E. K. B. S. et al. Os cuidados de enfermagem ao parto humanizado. **REBIS [Internet]**, v. 1, n. 3, p. 60-5, 2019. Disponível em: <https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:Cq80Mm4AFr0J:scholar.google.com>. Acesso em: 02 jul. 2022.

POSSATI, A. B. et al. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVnf7m68XS/?lang=en>. Acesso em: 6 jul. 2022.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface**, v. 24, e180390, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2020.v24/e180390/pt>. Acesso em: 02 jul. 2022.

SENS, M. M.; STAMM, A. M. N. F. percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface**, v. 23, e170915, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e170915/en>. Acesso em: 02 jul. 2022.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 1, p. 60-5, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rNhL7dWwXNM95Xjpmdf3kNv/?lang=pt>. Acesso em: 7 jul. 2022.



TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016. Disponível em:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 jul. 2022.



# CAPÍTULO 3

## UTILIZAÇÃO DA LASERTERAPIA DE BAIXA INTENSIDADE NA DIMINUIÇÃO DA DOR E RETORNO DA SENSIBILIDADE TÁTIL NOS PÉS DE PACIENTES COM PÉ DIABÉTICO

**José Alberto Lima Carneiro**  
**Verônica Elis Araújo Rezende**  
**Joelita de Alencar Fonseca Santos**

### RESUMO


O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública em ampla expansão. O pé diabético está entre as principais complicações dessa doença. Diversos estudos vem sendo realizados para avaliar o efeito da Terapia a Laser de Baixa Intensidade (TLBI) no tratamento do pé diabético. Objetivou-se realizar levantamento na literatura sobre as evidências do uso do TLBI especificamente na redução da dor e retorno da sensibilidade em pés diabéticos. Trata-se de uma revisão da literatura realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) via Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com os seguintes descritores: pé diabético AND terapia com luz de baixa intensidade OR ferida OR dor, pé diabético AND terapia com luz de baixa intensidade OR ferida OR dor; diabetic foot and low intensity light therapy or wound or pain e diabetic foot and low intensity light therapy or wound. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se três artigos para a análise final. Ambos os estudos evidenciaram redução da dor avaliados por meio da Escala Visual Analógica (EVA). Nenhuma das pesquisas realizaram avaliação da sensibilidade do pé, assim, não foram encontradas evidências sobre a eficácia da TLBI no retorno da sensibilidade tátil. Portanto, são necessários mais estudos na área e específicos para mensuração do efeito do laser de baixa potência na redução da dor e retorno da sensibilidade tátil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pé Diabético, Terapia com Luz de Baixa Intensidade e Dor.

### INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica que pode ser causada pela deficiência na produção de insulina pelo pâncreas, diabetes tipo 1, e principalmente pela resistência das células a este hormônio, diabetes tipo 2. A primeira é responsável pelo acometimento de 5 a dez por cento dos doentes, e a última por 90% dos afetados respectivamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

O diabetes descompensado ao longo dos anos pode causar danos em órgãos alvos. Sabe-se que o pé diabético é umas das complicações mais frequentes da DM, tendo prevalência de 25% nas pessoas que convivem com o distúrbio, e que está relacionado a má qualidade de vida dos indivíduos acometidos.



Ainda, o pé diabético pode ser de diferentes tipos, neuropático, quando há a perda da sensibilidade, com sintomas clássicos como, formigamentos e sensação de queimação. E isquêmico, quando ocorre dores intensas ao caminhar e que pode diminuir ou cessar se o paciente passar a ficar em repouso (BRASIL, 2016).

Sabe-se que a dor provoca grandes repercussões negativas na qualidade de vida de pessoas que convivem com pé diabético, que é fortemente comprometida, o que impacta em sua interação social, trabalho e lazer (ALMEIDA, *et al.*, 2013). Ademais, a diminuição da sensibilidade tátil está associada a riscos de acidentes e desenvolvimento de novas lesões, o que agrava ainda mais a qualidade de vida dos mesmos (BRASIL, 2016).

O Laser Terapia de Baixa Intensidade (LTBI) é uma tecnologia que tem a capacidade de estimular as atividades celulares dos organismos, bem como o sistema de defesa, e proporcionar analgesia, o que depende também de fatores intrínsecos do indivíduo submetido a terapêutica (RIBEIRO, *et al.*, 2011). Além disso, a LTBI vem sendo usada no tratamento da dor em algumas especialidades, como a ortodontia, além de auxiliar no tratamento de diversas enfermidades (BARBOSA, *et al.*, 2013).

Portanto, objetivou-se realizar um levantamento em bases de dados científicas sobre os efeitos do laser de baixa intensidade na diminuição da dor e retorno da sensibilidade tátil em pés de pacientes com pé diabético.

## MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura em bases de dados realizada no mês de março de 2021, no intuito de evidenciar os efeitos do laser de baixa potência no retorno da sensibilidade tátil e redução da dor em pacientes com pés neuropáticos. Portanto, elaborou-se a pergunta norteadora por meio da estratégia PICO: Quais os efeitos do Laser de Baixa Intensidade no retorno da sensibilidade tátil e diminuição da dor em pés diabéticos? Onde, P (População), são os pacientes diabéticos, tipo I ou tipo II que possuem feridas em pé diabético não infectada, com controle glicêmico, e realizaram tratamentos com a tecnologia laser. I (intervenção), a tecnologia utilizada, no caso o laser de baixa intensidade seguindo determinado protocolo de tratamento. C (comparação), estudos comparativos, com dois grupos de pacientes, um que recebeu a intervenção com o laser e outro que não foi tratado, o grupo controle. O (desfecho) retorno da sensibilidade, diminuição da dor, mais qualidade de vida para os pacientes.

Analisou-se as seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE),



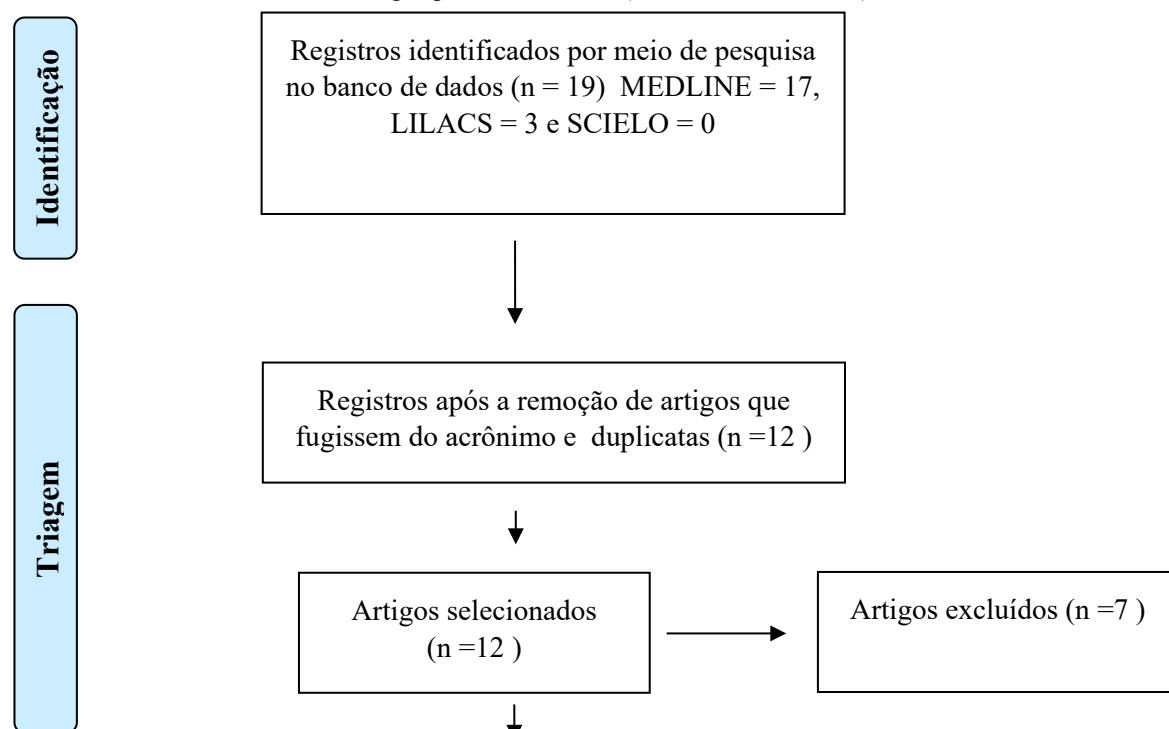
Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) via Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

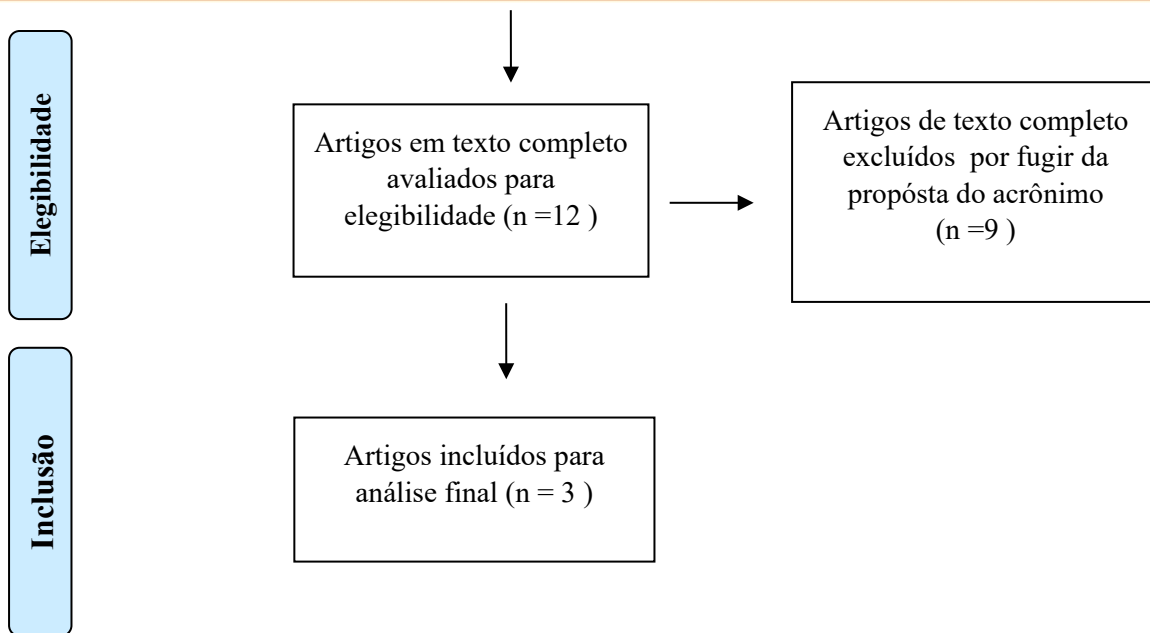
Foram incluídos estudos do tipo pesquisas controladas disponíveis nas bases de dados entre os anos de 2015 até 2021 e excluídos estudos duplicados, revisões, fora do tempo determinado, e que fugisse do tema proposto pelo acrônimo PICO.

Seguindo a lógica da estratégia PICO definiu-se os descritores: pé diabético, terapia com luz de baixa intensidade, ferida e dor.

Por meio do portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores e operadores booleanos (AND e OR) definiu-se: pé diabético AND terapia com luz de baixa intensidade OR ferida OR dor, e aplicados os filtros, idiomas inglês, português e espanhol, texto completo de 2015 até atualmente, obteve-se 19 artigos, sendo 17 estudos na (MEDLINE), 3 na (LILACS) e 1 na (BDENF). Por meio do portal da CAPES na base Scientific Electronic Library Online (SciELO) com os descritores não controlados: pé diabético AND terapia com luz de baixa intensidade OR ferida OR dor; diabetic foot and low intensity light therapy or wound or pain e diabetic foot and low intensity light therapy or wound, não foi encontrado nenhum artigo, Após leitura dos respectivos títulos, restaram 12 estudos, 11 na (MEDLINE), 1 na (LILACS) e 0 na (BDENF), fluxograma 01.

**Fluxograma 01:** Fluxograma produzido conforme as orientações PRISMA, onde mostra as etapas de seleção dos artigos para análise final (MOHER, *et al.*, 2015).





Fonte: própria dos autores, 2022.

## RESULTADOS

Depois disso, sucedeu-se com a leitura dos 3 artigos elegíveis e obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 01:** Descrição dos estudos elegíveis incluídos na revisão integrativa.

Título/base de dados	Autores/ano	Objetivo	Tipo de pesquisa/ amostragem	Comprimento de onda (nm)	Dose (j/cm <sup>2</sup> )	Número de sessões/Período	Resumo do resultado em relação a dor
Terapia a laser de baixa intensidade e Calendula officinalis no reparo de úlcera em pé diabético/ MEDLINE via BVS	Carvalho et al. 2016	Avaliar os efeitos da TLBI isolada e associada ao óleo de Calendula officinalis no processo de reparo de úlceras em pé diabético	Ensaio clínico randomizado 32 pacientes	658	4	12 sessões 4 semanas	Alívio da dor (p < 0,001)

Efeitos da terapia com luz de baixa potência no processo de reparo tecidual de feridas crônicas em pés diabéticos / MEDLINE via BVS	Santos et al. 2018	Analisar a eficácia do uso terapêutico do laser de baixa potência no reparo tecidual do pé diabético	Ensaio clínico randomizado 18 pacientes	660	6	12 sessões 4 semanas	Alívio da dor ( $p < 0,013$ )
Efeitos da terapia a laser de baixa intensidade (LLLT) no processo de cicatrização de úlceras do pé diabético/ LILACS via BVS	Feitosa et al. 2015	Avaliar os efeitos do laser de baixa intensidade no reparo tecidual do pé diabético	Ensaio clínico randomizado 16 pacientes	632,8	4	12 sessões 4 semanas	Diminuição da dor com o uso do laser de baixa potência


Fonte: Própria dos autores, 2021, baseada em (BRANDÃO, *et al.*, 2020).

## DISCUSSÃO

Os artigos analisados desenvolveram estudos voltamos mais especificamente para a questão do reparo tecidual de feridas em pés diabéticos, e com resultados evidentes no que tange ao benefício para acelerar a cicatrização, os mesmos utilizaram instrumentos como Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a dor neuropática e possível redução desta, com a aplicação do laser de baixa intensidade.

Sobre os parâmetros de uso do laser de baixa intensidade em feridas diabéticas, revisão da literatura de 2016 que analisou 12 estudos incluídos, mostrou que as densidades utilizadas foram de energia na faixa de 3-5 J / cm<sup>2</sup>, potência iguais ou inferiores a 0,2 W / cm<sup>2</sup>, emissão contínua e comprimento de onda de 632,8 nm (SOUSA & BATISTA, 2016).

Em um destes estudos com uma amostra de 32 pacientes que foram divididos em quatro grupos, sendo um deste tratado apenas com laser de baixa intensidade evidenciou redução



estatística da dor ( $p<0,001$ ), enquanto nos outros dois grupos (controle) tratados sem a tecnologia não foi observado efeitos analgésicos (CARVALHO, *et al.*, 2016)

Outro estudo com 18 pacientes divididos em dois grupos mostrou que após o término do protocolo clínico obteve-se melhora da dor ( $p<0,013$ ) quando comparado com o grupo controle (SANTOS, *et al.*, 2018).

Em outra abordagem com um número menor de pacientes estudados, dezesseis ao todo, aplicou-se a (EVA), e percebeu-se que no grupo tratado com laser houve redução no estado algico da dor com média de 9 para 5 no final da pesquisa ( FEITOSA, *et al.*, 2015).

Apenas dois dos três artigos analisados trazem com precisão estatística a redução da dor em pacientes tratados com o laser de baixa intensidade. Em nenhum dos estudos foram observados testes específicos para testar a sensibilidade tátil dos pés e portanto não foi possível mensurar a melhora no retorno da sensibilidade por meio do artigos encontrados nesta busca.

## CONCLUSÃO

Os estudos analisados na revisão foram desenvolvidos ambos no Brasil, ainda, utilizaram comprimentos de ondas diferentes, destes, dois utilizaram doses de 4 ( $j/cm^2$ ) e um 6 ( $j/cm^2$ ), ambos usaram número de sessões/período iguais, de 12 sessões em quatro semanas. Os mesmos realizaram a avaliação da dor e evidenciaram redução em todos os estudos com nível de significância estatística menor que ( $p<0,05$ ). Portanto, são necessários mais estudos na área para melhor evidenciar o efeito do laser de baixa intensidade na redução da dor e retorno da sensibilidade tátil em pacientes com pés neuropáticos.


## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S.A, *et al.* **Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado.** Rev. Bras. Cir. Plást. 28 (1), 2013.

BARBOSA, K.G.M, *et al.* **Analgesia durante o tratamento ortodôntico com o uso do laser de baixa intensidade:** revisão sistemática. Rev. dor 14 (2). 2013.

BRANDÃO, M.G.S.A, *et al.* **Efeitos da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização de úlceras nos pés em pessoas com diabetes mellitus.** ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 18: e0320. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do pé diabético.** Pags. 11, 18 e 24. Brasília, 2016.



CARVALHO, A.F.M, *et al.* **Terapia a laser de baixa intensidade e *Calendula officinalis* no reparo de úlcera em pé diabético.** Revista Escola de Enfermagem da USP. Vol. 50, No. 4, São Paulo jul/ ago, 2016.

FEITOSA, M.C.P, *et al.* **Efeitos da terapia a laser de baixa intensidade (LLLT) no processo de cicatrização de úlceras do pé diabético.** Acta Cirúrgica Brasileira. Vol. 13. No. 12, São Paulo, Dezembro, 2015.

MOHER, *et al.* **Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta –análises A recomendação PRISMA** (traduzido para português). Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(2), pag. 338, abr-jun 2015.

RIBEIRO, S.M, *et al.* **Laser em Baixa Intensidade.** Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares [Ficha técnica]. 2011. Acessado em 05 de junho de 2022. Disponível em : <https://www.ipen.br/biblioteca/2011/17988.pdf>

SANTOS, A.F.S, *et al.* **Effects of Low-Power Light Therapy on the Tissue Repair Process of Chronic Wounds in Diabetic Feet.** Photomedicine and Laser Surgery. Vol. 36, Novembro 6, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes.** 2022. Acessado em 05 de junho de 2022. Disponível em: <https://diabetes.org.br/>

SOUSA, R.G; BATISTA, K.N.M. **Terapia a laser na cicatrização de feridas associadas ao diabetes mellitus – Revisão.** Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 91, n. 4, p. 489-493.





# CAPÍTULO 4

## IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA AO PACIENTE ACOMETIDO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

**Lina Pollyana Brito Mendes**  
**Samara Faustino Sarmiento**

### RESUMO


O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é um evento relativamente comum nas unidades de urgência e emergência e o enfermeiro desempenha diversas funções na assistência ao paciente. O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM em urgência e emergência. O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, com pesquisas em bases eletrônicas de dados, segundo critérios de inclusão e descritores previamente definidos. Apenas 9 estudos atenderam plenamente aos critérios de elegibilidade e foram selecionados para a análise. Após a interpretação e discussão dos resultados coletados na amostra pesquisada, constatou-se que a literatura tem destacado a importância do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM, desempenhando várias funções e adotando protocolos específicos para evitar agravos e acelerar a recuperação. Entretanto, esses profissionais também enfrentam dificuldades, como a estrutura insuficiente, escassez de recursos humanos e falta de capacitação. Foi possível concluir que o enfermeiro presta assistência imprescindível ao paciente com IAM na urgência e emergência e deve aperfeiçoar suas práticas, trabalhando em equipe para garantir e melhor recuperação do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência. Enfermeiro. Infarto. Urgência.

### INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares possuem grande importância a nível de saúde pública atualmente, com elevadas taxas de internação e mortalidade. Essas doenças são desencadeadas por vários fatores e existe uma preocupação crescente quanto à prevenção e tratamento (OLIVEIRA, 2018). Entre essas doenças, destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que acontece quando o fluxo sanguíneo é interrompido no músculo cardíaco, de forma súbita e intensa, causando a morte de células. O IAM é causado, principalmente, pela aterosclerose, que é a deposição de placas de gordura no interior das artérias coronárias, causando a obstrução (OLIVEIRA, L. A. M et al., 2019).

Os principais fatores que predisõem o IAM incluem a idade, diabetes, colesterol alto, obesidade, tabagismo e fatores hereditários. Os sinais e sintomas mais comuns são a dor torácica forte e persistente, de início súbito, localizada na região do esterno e irradiando para o braço



esquerdo e mandíbula. A dor pode ser acompanhada por náusea, vômito, sudorese e palidez (NICOLAU et al., 2021).

O IAM é um agravo bastante comum nas emergências hospitalares. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam capacitados para manejar os pacientes com complicações agudas de doenças cardiovasculares. Pelo menos metade das mortes ocorrem nas primeiras horas dos sintomas de IAM. Dessa forma, o tempo de atendimento do paciente é decisivo para evitar danos mais graves ao músculo cardíaco por falta de oxigenação (SOARES et al., 2020).


O diagnóstico e atendimento precoce são fundamentais para reduzir as sequelas e mortes. Nesse sentido, a equipe de enfermagem deve acompanhar constantemente os sinais clínicos, avaliando níveis de dor e arritmias, promovendo o balanço hídrico e verificando o estado de consciência do paciente, realizando oxigenoterapia se houver prescrição médica, eletrocardiograma e observando quaisquer outras alterações (SANTOS; CESÁRIO, 2019).

A urgência e emergência é uma modalidade de assistência fundamental para a melhoria da saúde no Brasil, especialmente por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), que funcionam 24 horas e concentram atendimentos de complexidade intermediária. A estrutura é simplificada, mas os exames e procedimentos realizados são suficientes para indicar a eventual necessidade de encaminhamento para hospitais de referência, onde o paciente poderá receber cuidados mais específicos (FERREIRA; PASA; LYSAKOWSKI, 2019).

Na UPA, o atendimento se baseia no acolhimento com classificação de risco, conforme protocolos do Ministério da Saúde que podem ser adaptados de acordo com a realidade de cada local. Os pacientes são atendidos pela gravidade dos sinais e sintomas, e não por ordem de chegada. A classificação de risco auxilia o enfermeiro a regular a demanda assistencial adequadamente, determinando a prioridade de atendimento para determinados pacientes. A adoção de protocolos contribui para otimizar a qualidade do cuidado (SILVA; PASSOS, 2020).

Entre os fluxogramas e protocolos assistenciais utilizados, existe o fluxo assistencial específico para dor torácica, que permite a identificação precoce de pacientes com IAM. Identificar um paciente com risco iminente de morte não é uma tarefa simples, já que o diagnóstico diferencial depende de exames que levam a um ponto crítico na tomada de decisão (SANTOS, 2021).

O atendimento inicial do paciente com IAM é feito por enfermeiros, com base na sintomatologia apresentada pelo paciente. O enfermeiro tem papel fundamental nesse processo,



desenvolvendo ações para identificar problemas e riscos, buscando prevenir ou retardar agravos. Para concretizar suas atividades, o profissional deve possuir o conhecimento, a segurança e habilidades suficientes. O tempo de ação é um fator primordial para a melhor evolução do paciente (SILVA et al., 2020).

Com base em todas essas considerações sobre o tema em estudo, o presente trabalho foi desenvolvido no intuito de responder ao seguinte problema de pesquisa: quais as principais ações realizadas pelo enfermeiro no atendimento ao paciente com IAM na urgência e emergência?

Reconhecendo a importância do tema, entende-se que a adoção de protocolos e a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes que buscam a UPA com sintomatologia característica de IAM é imprescindível. O estudo da temática contribui para produzir novos conhecimentos que podem ser úteis a estudantes, enfermeiros e outros profissionais que atuam na urgência e emergência, especialmente sobre a importância dos protocolos e da capacitação permanente dos profissionais que prestam assistência, justificando, assim, a abordagem do tema no presente trabalho.

O objetivo do estudo é analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM em urgência e emergência.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, por meio de pesquisas feitas em bases eletrônicas de dados de livre acesso na internet: biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO); Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); e base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os descritores: enfermeiro; infarto; urgência.

Os estudos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: publicações feitas entre 2017 e 2021, compreendendo os últimos cinco anos; artigos em português ou inglês, contendo pelo menos um dos descritores no título ou no resumo; estudos com objetivos voltados à atuação da enfermagem na assistência ao paciente com IAM.

Quanto aos critérios de exclusão, não foram selecionados os estudos que deixaram de atender aos critérios de inclusão, bem como os textos incompletos e aqueles não publicados em revistas ou periódicos; e os trabalhos de conclusão de curso, como relatórios, monografias e dissertações.

As buscas foram realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022. A coleta de dados foi feita no decorrer deste período, por meio da leitura integral dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Foram definidos como pontos para interpretação os objetivos, principais resultados e conclusão de cada estudo, com base na análise descritiva e qualitativa para a construção da síntese.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os descritores foram associados por meio do operador booleano AND e retornaram 189 títulos nas bases de dados. Com a aplicação dos critérios de inclusão, a maior parte dos títulos localizados foi excluída pelo ano de publicação e tipo de estudo, restando somente 73 estudos que foram analisados quanto à presença de descritores, texto completo e idioma. Nesta etapa, foram excluídos 39 estudos. Após a exclusão das duplicatas, 23 estudos foram avaliados quanto aos objetivos da pesquisa, onde foram eliminadas mais 14 publicações. Por fim, somente 9 estudos atenderam plenamente aos critérios de elegibilidade e foram selecionados para a análise e síntese.

O quadro 1 a seguir apresenta uma breve caracterização dos estudos selecionados, destacando os autores e ano de publicação, objetivos e método mais frequente, além dos principais resultados e conclusão de cada estudo.

**Quadro 1:** Caracterização dos estudos quanto aos autores, ano de publicação, título, objetivos, método e conclusão.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Conclusão</b>
Santos et al., 2017	Infarto agudo do miocárdio: abordagem com enfermeiros de uma Unidade Intensiva Coronariana.	Compreender a assistência de enfermagem destinada às vítimas de Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade Coronariana.	Estudo qualitativo, do tipo convergente assistencial, realizado em uma Unidade Coronariana.	Os autores destacaram a importância de produzir reflexões e realizar possíveis mudanças para melhorar a prática assistencial de enfermagem às vítimas de IAM, ao passo em que se deve motivar o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais, por meio do acesso às capacitações.
Silva; Silva; Fernandes, 2017	Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio.	Identificar o conhecimento e as dificuldades de enfermeiros no atendimento emergencial ao paciente com suspeita de IAM.	Pesquisa de campo, qualitativa e descritiva.	O estudo identificou alguns obstáculos na prestação da assistência, tais como a carência de leitos, falta de recursos materiais básicos e recursos humanos. Destacou-se, ainda, a necessidade de cursos de aperfeiçoamento. Os profissionais possuem conhecimento satisfatório para identificar as prioridades no atendimento ao paciente com suspeita de IAM, mas existe a necessidade de adequação da estrutura física, recursos humanos e qualificação.



Santos et al., 2018	Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio: estudo de caso.	Analisar a implementação do processo de enfermagem, como parte da sistematização da assistência ao paciente vítima de IAM.	Estudo de caso, com abordagem metodológica descritiva, exploratória e qualitativa.	Os principais achados sintomatológicos foram a tontura, fadiga, alterações nos batimentos cardíacos, dor na região occipital, pressão arterial elevada, diabetes e hipertensão. O estilo de vida é fator fundamental no desenvolvimento do IAM e o profissional de saúde deve ter uma visão ampla do paciente para interferir de forma eficiente, promover a recuperação da saúde e prevenção de novos agravos.
Vieira; Figueiredo; Lima, 2019	Assistência de enfermagem direcionada ao paciente infartado em um hospital público do sertão de Pernambuco.	Analisar a assistência de enfermagem realizada ao paciente infartado, desde a sua admissão até sua reabilitação.	Estudo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa, realizado em um hospital com 24 enfermeiros.	Na suspeita de IAM, o paciente recebe classificação vermelha e é atendido imediatamente. Os enfermeiros observaram as seguintes manifestações clínicas: dor torácica, dispnéia e irradiação da dor. As principais dificuldades identificadas na assistência foram a falta de insumos e leitos adequados, mal funcionamento de equipamentos e demora nos resultados de exames. O enfermeiro desempenha papel fundamental na assistência ao paciente com IAM, sendo o primeiro profissional a identificar os sinais e direcionar o fluxo adequado do paciente, na maioria dos casos.
Meneses et al., 2020	Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio em uma urgência e emergência: relato de experiência.	Analisar a atuação da equipe de enfermagem na assistência ao paciente acometido por IAM em uma urgência e emergência de um hospital público.	Estudo descritivo, de natureza exploratória.	O estudo reflete as vivências de uma equipe de enfermagem na assistência ao paciente com IAM, abrangendo a oxigenoterapia, monitorização de sinais, acesso venoso periférico, administração de fármacos específicos e realização de eletrocardiograma. Os profissionais de enfermagem devem estar preparados para atender aos casos de IAM na urgência e emergência, aperfeiçoando as competências técnicas para prestar o melhor atendimento ao paciente.
Zanettini et al., 2020	Dor torácica aguda: enfermeiro desafiando uma patologia tempo dependente nas portas de entrada hospitalares.	Avaliar a percepção dos enfermeiros diante do paciente com dor torácica no Serviço de Urgência e Emergência de um hospital geral.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 10 enfermeiros em um hospital geral.	Foram identificadas dificuldades na aplicação da classificação de risco, além de deficiências estruturais e falta de profissionais qualificados. Por outro lado, o atendimento foi considerado ágil, com rápida identificação de sinais apresentados pelo paciente, realização do eletrocardiograma e prestação dos primeiros cuidados. O enfermeiro se mostrou apto a tomar decisões com rapidez, atendendo a protocolos assistenciais. Contudo, a demanda excessiva e o subdimensionamento de pessoal são fatores que prejudicam a qualidade da assistência.
Lima et al., 2021	Utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica: facilidades e dificuldades.	Analisar as facilidades e dificuldades na utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica.	Estudo analítico descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 17 enfermeiros em um pronto atendimento.	A aplicação do fluxo assistencial agilizou o processo de transferência do paciente às unidades de referência, reduzindo complicações graves e letais. O trabalho em equipe e a comunicação eficiente foram considerados pontos facilitadores do atendimento ao paciente com suspeita de IAM. Por outro lado, alguns fatores dificultaram a assistência, como falta de educação permanente, problemas na estrutura física e equipamentos, atraso do transporte e regulação do paciente. Portanto, são necessários investimentos em melhorias na rede de atenção, estrutura física, equipamentos e educação





				permanente dos profissionais para aperfeiçoar a qualidade da assistência.
Malheiros et al., 2021	Carga horária de enfermagem aplicada ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio.	Identificar a carga horária da enfermagem aplicada ao IAM conforme a classificação de Killip.	Pesquisa de campo com abordagem quantitativa, descritiva, exploratória, retrospectiva.	Os autores avaliaram 200 prontuários e traçaram uma progressão da carga horária de enfermagem entre as categorias Killip, desenvolvendo interpretações sobre as necessidades da assistência prestada. Em conclusão, destacaram que a carga horária varia conforme a complexidade do IAM, mas o paciente necessita de maior volume de cuidado de enfermagem, demandando maior número de profissionais devido à alta demanda nos serviços de urgência e emergência.
Nascimento et al., 2021	Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: avaliação da satisfação do paciente.	Avaliar a satisfação dos pacientes em relação à consulta de enfermagem prévia ao procedimento de cateterismo cardíaco.	Estudo quantitativo, descritivo, realizado na hemodinâmica de um hospital universitário no estado do Rio de Janeiro, com participação de 38 pacientes.	O estudo evidenciou a hipertensão arterial como comorbidade mais prevalente e a angina como motivo principal para a busca pelo serviço de urgência e emergência. Os usuários se mostraram satisfeitos com a consulta de enfermagem, o que foi comprovado por meio das respostas ao questionário. Os autores concluíram que a consulta de enfermagem assume grande relevância no atendimento ao paciente com IAM que busca atendimento, contribuindo para a melhor compreensão sobre o tratamento e prevenção.

Fonte: elaborado pela autora, 2022.

Os estudos foram publicados ao longo de todo o período delimitado para a pesquisa, sendo mais frequentes nos anos 2020 e 2021. Denota-se, portanto, o interesse crescente de estudiosos sobre o estudo do tema. O estudo descritivo, exploratório e descritivo foi a abordagem metodológica mais frequente. As publicações tiveram como objetivos, principalmente, a identificação do conhecimento de profissionais; avaliação da assistência conforme a percepção de enfermeiros e pacientes; processo de enfermagem e sistematização da assistência.

Quando um paciente é admitido na unidade de emergência com dor torácica, o enfermeiro é um dos primeiros profissionais a prestar atendimento, tomando as decisões indicadas para direcionar o fluxo assistencial ao paciente com suspeita de IAM. Dessa forma, o enfermeiro desempenha papel de cuidador indispensável, agilizando o atendimento inicial para reduzir o risco de agravos e sequelas (SILVA; PASSOS, 2020).

Santos et al. (2017) realizaram estudo acerca da assistência de enfermagem às vítimas de IAM em uma unidade coronariana, destacando a importância da qualificação contínua da prática assistencial por meio do maior acesso às capacitações e incentivo ao aperfeiçoamento profissional. Em estudo semelhante, Silva, Silva e Fernandes (2017) buscaram identificar conhecimentos e dificuldades de enfermeiros no atendimento ao paciente com IAM, apontando a insuficiência de leitos, recursos materiais básicos e poucos profissionais na equipe. Apesar do



conhecimento satisfatório sobre sinais, sintomas e prioridades de atendimento ao paciente, os autores identificaram a necessidade de adequação da estrutura física e recursos humanos.

A assistência prestada pelo enfermeiro não consiste apenas nos cuidados ao paciente com risco de morte, mas inclui as atividades educativas, a revisão de protocolos, construção de material didático, coordenação e liderança nas equipes, atuação de forma conjunta com a equipe multiprofissional, comunicação e uso de habilidades para a tomada de decisões e execução das intervenções necessárias (SOARES et al., 2020).


A monitorização continuada do paciente é uma das mais importantes intervenções que a equipe de enfermagem realiza. O enfermeiro deve permanecer atento aos sinais vitais, desconforto respiratório e alterações do ritmo cardíaco. A higienização no leito deve ser realizada com técnica que proporcione conforto e comodidade, no sentido de minimizar intercorrências (SILVA; LIMA; BORGES et al., 2020). Além de procedimentos hospitalares, o enfermeiro ajuda a esclarecer dúvidas do paciente e dos seus familiares, trabalhando em conjunto com a equipe multiprofissional para que todas as decisões sejam tomadas de forma segura, visando a recuperação e o bem-estar geral do paciente.

Santos et al. (2018) analisaram a implementação do processo de enfermagem na assistência ao paciente com IAM, destacando como principais sintomas observados a tontura, fadiga, alterações nos batimentos cardíacos, dor na região occipital, pressão arterial elevada, diabetes e hipertensão. Os autores ressaltaram a importância do papel educador do enfermeiro para promover a recuperação da saúde e prevenção de agravos, tendo em vista que o estilo de vida contribui para o desenvolvimento do IAM.

De modo semelhante, o estudo realizado por Vieira, Figueiredo e Lima (2019) também investigou a assistência de enfermagem ao paciente infartado, constatando a classificação de risco e o atendimento imediato, com as principais manifestações clínicas: dor torácica, dispneia e irradiação da dor. A assistência de qualidade ainda depende da superação de algumas dificuldades, como a falta de leitos e insumos, mal funcionamento de equipamentos e demora os resultados de exames.

Desde o momento em que o paciente é admitido na unidade, o enfermeiro desempenha o papel fundamental de identificar sinais e sintomas, acompanhar o paciente e atender às suas necessidades imediatas, direcionando o fluxo adequado de atendimento.

Nesse sentido, a utilização de protocolos contribui para unificar atendimentos, guiar o profissional para atuar em cenários específicos, reorganizando o processo de trabalho para



aprimorar a qualidade dos serviços. Entretanto, a percepção dos profissionais, capacitação e adesão aos protocolos são fatores que podem interferir positivamente melhorar a assistência. Outro fator relevante é a classificação de risco para organizar o fluxo do atendimento (SILVA et al., 2021).

Uma das principais consequências da implantação da classificação de risco em uma unidade de saúde é a redução no tempo de espera pelo atendimento, de acordo com o nível de gravidade do problema de saúde que levou o paciente a procurar o serviço de urgência. Os protocolos de classificação de risco são baseados em uma avaliação primária do paciente (BARROS et al., 2021). Cabe destacar que a classificação de risco não é um diagnóstico prévio, mas sim uma forma de reorganizar o atendimento em prol daqueles com elevado grau de risco e de sofrimento, que necessitam de uma assistência imediata.


Nesse sentido, a triagem nos serviços de urgência e emergência é um processo de grande importância, por tratar-se de um procedimento sistemático e dinâmico, envolvendo a tomada de decisão baseada na prioridade de atendimento que requer cada paciente

Meneses et al. (2020) analisaram a atuação da enfermagem na assistência à vítima de IAM em unidade de urgência e emergência, destacando como procedimentos mais frequentes a oxigenoterapia, monitorização dos sinais, acesso venoso periférico, administração de fármacos específicos e realização de eletrocardiograma. Além desses cuidados, o profissional de enfermagem deve estar capacitado e pronto para tomar decisões de forma ágil e competente, preservando a segurança do paciente durante todo o seu fluxo na unidade.

Em outro estudo, Zanettini et al. (2020) avaliaram a percepção de enfermeiros quanto ao paciente com dor torácica em um serviço de urgência e emergência, identificando dificuldades na aplicação da classificação de risco, deficiências estruturais e falta de profissionais com a qualificação adequada. O enfermeiro foi capaz de tomar decisões com rapidez, mas a demanda excessiva prejudica a qualidade da assistência.

Uma das principais ferramentas à disposição do enfermeiro no processo assistencial é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que envolve a coleta de informações sobre o histórico de saúde do paciente, levantamento de diagnósticos e prescrição de cuidados específicos para cada paciente. O paciente com IAM apresenta diversas necessidades e a SAE ajuda o enfermeiro a aplicar as intervenções mais adequadas (SANTOS; CERÁRIO, 2019).

Lima et al. (2021) analisaram as facilidades e dificuldades enfrentadas por enfermeiros no fluxo assistencial do paciente com dor torácica, constatando que foi possível reduzir a



incidência de complicações graves e letais a partir do trabalho em equipe e comunicação eficiente. Algumas dificuldades foram identificadas: estrutura física precária, falta de educação permanente, ausência de equipamentos, atrasos no transporte e regulação do paciente.

Malheiros et al. (2021) buscaram identificar a carga horária da equipe de enfermagem dedicada ao IAM, observando que houve uma progressão da assistência conforme as necessidades identificadas. Assim, a carga horária foi variável de acordo com a complexidade do IAM, mas o paciente deve receber mais cuidados de enfermagem e, para isso, é preciso aumentar o número de profissionais disponíveis nos serviços de urgência e emergência.


Por fim, no estudo realizado por Nascimento et al. (2021) foi avaliada a satisfação dos pacientes na consulta de enfermagem, onde foi evidenciada a hipertensão arterial como principal comorbidade e a angina como motivo para a busca pelo serviço de urgência e emergência. A consulta de enfermagem contribuiu para melhorar a compreensão dos pacientes sobre o tratamento e a prevenção de agravos cardiovasculares.

O cuidado de enfermagem voltado ao paciente com dor torácica deve priorizar a melhora do estado hemodinâmico geral, abrangendo o repouso no leito, avaliação constante dos sinais vitais, realização e manutenção do acesso venoso periférico, monitorização cardíaca, exame físico, realização de exames, oferta da dieta adequada, entre outras abordagens e intervenções (OLIVEIRA et al., 2018).

Quanto ao repouso no leito, o paciente deve permanecer em repouso absoluto, em posição confortável para amenizar a ansiedade, além de reduzir a demanda cardíaca e a necessidade de oxigênio. O enfermeiro deve se manter atento aos sinais vitais e, diante de qualquer alteração relevante, implementar medidas imediatas para resolver problemas e evitar agravos (FEITOSA; NUNES, 2021).

O acesso venoso periférico deve ser realizado logo que o paciente for admitido, no intuito de favorecer a administração de fármacos e a coleta de sangue para a realização de exames. A monitorização cardíaca deve ser feita de forma rigorosa, já que as arritmias e outras manifestações podem estar presentes, elevando o risco de uma parada cardiorrespiratória. Diante de um agravo dessa natureza, o enfermeiro deve estar preparado para tomar decisões de forma rápida (OLIVEIRA et al., 2018).

O enfermeiro também realiza um levantamento detalhado do histórico de saúde do paciente e participa da realização de exames, com destaque para o eletrocardiograma, que deve ser realizado o mais rapidamente possível após a solicitação médica. O enfermeiro deve estar



capacitado para interpretar esses exames, identificar possíveis alterações cardíacas e planejar os cuidados de enfermagem de forma mais efetiva (SANTOS; CERÁRIO, 2019).

Por meio da sistematização da assistência de enfermagem, o enfermeiro pode elaborar planos de cuidado, identificar as reais necessidades do paciente, definir prioridades e parâmetros para acompanhar a evolução do quadro clínico. Incumbe à equipe de enfermagem desempenhar suas atividades de maneira ágil e segura, adotando atitudes concretas para possibilitar a recuperação mais rápida do paciente vitimado por IAM (SANTOS, 2021).

A adoção de protocolos de atendimento nas unidades da rede de urgência e emergência é importante, inclusive, porque muitos pacientes em situações não urgentes procuram atendimento nas unidades em virtude da facilidade de acesso e rapidez no atendimento, podendo até mesmo prejudicar a assistência aos usuários que realmente se encontram em estado crítico (SILVA et al., 2021). A sobrecarga nos serviços de urgência em decorrência desse efeito deve ser evitada por meio da adoção da classificação de risco, uso de protocolos de atendimento específicos para identificar as situações de risco e priorizar os casos mais urgentes.


Os estudos analisados no presente trabalho destacam a importância das ações do enfermeiro frente ao paciente com IAM, especialmente quando os profissionais são capacitados e seguem protocolos específicos para padronizar procedimentos. Por outro lado, algumas dificuldades ainda prejudicam a qualidade da assistência, tais como a ausência de equipamentos e estrutura adequada, recursos humanos insuficientes e falta de acesso a capacitações. A síntese dos estudos aponta, portanto, a necessidade de melhorias para que os pacientes com IAM recebam os cuidados adequados, com melhores chances de recuperar a saúde em menos tempo.

## **CONCLUSÃO**

O estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao paciente com IAM em urgência e emergência. Por meio da revisão integrativa da literatura, foi possível revisar as mais recentes contribuições de vários autores sobre o tema, evidenciando a importância do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem na assistência ao paciente com IAM.

As publicações analisadas mostraram que o enfermeiro desempenha diversas funções que podem evitar o agravamento do paciente e as possíveis sequelas. Entretanto, algumas dificuldades ainda prejudicam a qualidade da assistência, tais como a estrutura insuficiente, escassez de recursos humanos e falta de capacitação. Apesar dos avanços terapêuticos





alcançados nas últimas décadas, as doenças cardiovasculares se mantêm como causa de grande importância na mortalidade da população.

A adoção de protocolos específicos para o atendimento emergencial aos pacientes com IAM pode contribuir para o aperfeiçoamento da prática profissional por meio da padronização de procedimentos com base em evidências científicas, buscando evitar erros e acelerar processos para que os possíveis danos ao paciente sejam minimizados.

Conclui-se que o enfermeiro presta assistência imprescindível no cuidado ao paciente com IAM, devendo buscar sempre o aprimoramento das práticas, trabalhar em conjunto com os demais profissionais da equipe e zelar pela segurança e recuperação do paciente.

## REFERÊNCIAS

BARROS, E. J. S. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. 1-11, 2021.

FEITOSA, E. R.; NUNES, R. L. Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva adulto. **Revista Brasileira Interdisciplinar em Saúde – ReBIS**, v. 3, n. 4, p. 67-74, 2021.

FERREIRA, S. I.; PASA, J.; LYSAKOWSKI, S. Atuação do enfermeiro no atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta (RS), v. 7, n. 2, p. 35-41, dez., 2019.


LIMA, V. M. R. et al. Utilização por enfermeiros do fluxo assistencial ao paciente com dor torácica: facilidades e dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. 1-8, 2021.

MALHEIROS, N. S. et al. Carga horária de enfermagem aplicada ao paciente com Infarto Agudo do Miocárdio. **Journal Research Fundamental Care online**, v. 13, p. 130-135, jan./dez., 2021.

MENESES, L. S. L. et al. Assistência de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio em uma urgência e emergência: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 9, p. 69116-69121, sep., 2020.

NASCIMENTO, R. K. M. et al. Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: avaliação da satisfação do paciente. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1-8, 2021.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.



OLIVEIRA, A. A. **Atuação do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência à vítima de infarto agudo do miocárdio.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2018.

OLIVEIRA, C. C. G. et al. Processo de trabalho do enfermeiro frente ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio. **Revista Humano Ser UNIFACEX**, Natal-RN, v. 3, n. 1, p. 101-113, 2018.

OLIVEIRA, L. A. M. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 28, n. 3, p. 77-79, set./nov., 2019.

SANTOS, A. S. S.; CESÁRIO, J. M. S. Atuação da enfermagem ao paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM). **Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 27, p. 62-72, 2019.

SANTOS, B. S. et al. Infarto agudo do miocárdio: abordagem com enfermeiros de uma Unidade Intensiva Coronariana. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5153-5155, dec., 2017.

SANTOS, R. J. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente acometido por Infarto Agudo do Miocárdio: estudo de caso. **Revista Saúde em Foco**, ed. Nº 10, 2018.

SANTOS, W. P. Sistematização da assistência de enfermagem ao indivíduo com IAM no serviço de emergência. **Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 5, n. 5, 2021.

SILVA, F. O.; SILVA, W. M.; FERNANDES, G. C. G. Percepção do enfermeiro sobre o atendimento ao paciente com suspeita de Infarto Agudo do Miocárdio. **Ensaio USF**, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2017.

SILVA, J. G. et al. O enfermeiro na tomada de decisão ao paciente com infarto agudo do miocárdio em uma unidade de emergência. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 15941-15951, feb., 2021.

SILVA, J. R.; PASSOS, M. A. N. Assistência de enfermagem a pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, jul./dez., 2020.

SILVA, M. P. B.; LIMA, E. R.; BORGES, P. R. P. et al. Intervenções de emergência ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020.

SILVA, R. A.; FRANÇA, D. J.; REIS, P. P. M. et al. Cuidados de enfermagem ao paciente acometido por infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 7081-7089, may./jun., 2020.

SOARES, F. M. M. et al. Condutas de enfermagem aplicadas ao paciente com infarto agudo do miocárdio no pré-hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 92, n. 30, p. 168-174, 2020.

VIEIRA, R. C. S.; FIGUEIREDO, M. T. P.; LIMA, V. S. B. Assistência de enfermagem direcionada ao paciente infartado em um hospital público do sertão de Pernambuco. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 1, n. 4, p. 536-546, out./dez., 2019.



ZANETTINI, A. et al. Dor torácica aguda: enfermeiro desafiando uma patologia tempo dependente nas portas de entrada hospitalares. **Revista de Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 42, p. 1-21, 2020.



# CAPÍTULO 5

## PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO: UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS NOS CUIDADOS AO PACIENTE CRÍTICO SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO

**Lina Pollyana Brito Mendes**  
**Jorge Daniel Lucena Santana**

### RESUMO


A Lesão Por Pressão (LPP) é uma complicação que normalmente surge no paciente acamado por longo período, durante a internação. Variados fatores podem estar relacionados, tais como a idade avançada, falta de mobilidade, baixo nível de consciência, estado de sedação e desnutrição. O enfermeiro desempenha diversas funções para a prevenção e tratamento das LPP e o uso de protocolos institucionais pode contribuir para melhorar a qualidade da assistência. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a percepção de enfermeiros sobre a adoção de protocolos para prevenção e tratamento das LPP. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com pesquisas nas bases de dados SciELO, BDENF e LILACS. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 14 estudos foram considerados aptos à análise. A síntese da literatura mostrou que a prevenção das LPP pode ser aperfeiçoada através da adesão aos protocolos específicos, que favorecem a identificação dos fatores de risco, tratamento e promoção da saúde do paciente. Entretanto, as equipes ainda enfrentam dificuldades para a maior adesão aos protocolos, como a falta de capacitação profissional, insuficiência de recursos humanos e materiais. Foi possível concluir que os enfermeiros compreendem a importância dos protocolos para prevenção e tratamento das LPP como instrumento de orientação do cuidado terapêutico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência. Enfermeiro. Lesão por pressão. Paciente.

### INTRODUÇÃO

A Lesão Por Pressão (LPP) aparece quando ocorre a morte tecidual em uma região da pele, como resultado da falta de irrigação sanguínea em decorrência da pressão que é exercida constantemente sobre proeminências ósseas contra uma superfície rígida. Essas lesões surgem em associação a diversos fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente, tais como a idade avançada, falta de mobilidade, baixo nível de consciência, estado de sedação e desnutrição. Essas condições são mais comuns em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (GAMA et al., 2020).

Além dos fatores já mencionados, o uso de cateteres intravenosos e urinários, ventilação mecânica e drogas vasoativas também pode favorecer o surgimento de LPP, já que a mudança de posição do paciente nesses casos pode ser contraindicada. Essas lesões representam um importante problema de saúde pública a nível global, já que retardam a recuperação do paciente,



aumentando o tempo de permanência na internação hospitalar e elevando o risco de agravos sérios, como infecções por bactérias (CAMPOS et al., 2021). Dessa forma, a LPP aumenta os custos para o sistema de saúde, além de trazer sofrimento físico e emocional ao paciente e seus familiares. Os danos ao paciente abrangem a dor, piora no prognóstico, risco elevado de sepse, necessidade de correções cirúrgicas e aumento da taxa de mortalidade (MACHADO et al., 2019).

A LPP é classificada de acordo com o estágio e grau de comprometimento tecidual, com danos na pele, mas que também podem atingir músculos, nervos, tendões e ossos. Tendo em vista a importância da LPP para o paciente e para o sistema de saúde, é importante que as equipes profissionais implementem boas práticas para prevenir as lesões e tratar os casos identificados (VALENCIO; MARTINS, 2021).


O enfermeiro pode adotar diversas estratégias para prevenir as LPP, tais como a avaliação da pele na admissão do paciente, higiene e mudança de decúbito, aporte nutricional, controle da umidade na pele e tratamento tópico para evitar o agravamento de casos em estágios iniciais. A prevenção depende de uma rotina de cuidados a serem rigorosamente implementados durante a internação do paciente. Toda a equipe multidisciplinar deve participar da prevenção e manejo das LPP, sendo que a equipe de enfermagem assume maior destaque nessa assistência, uma vez que se encontra mais próxima ao paciente desde a sua admissão (OLIVEIRA et al., 2021).

Apesar de conhecidos os principais fatores relacionados às LPP, a prevenção ainda é um desafio e, ao mesmo tempo, funciona como importante indicador da qualidade assistencial. Nesse sentido, alguns instrumentos podem ser utilizados para orientar os cuidados de prevenção e tratamento dessas lesões pelo enfermeiro, tais como protocolos e escalas. Ao mesmo tempo, o enfermeiro deve se manter em contínuo processo de formação, passando por capacitações para melhor atender às necessidades dos pacientes internados (CAMPOS et al., 2021).

As diretrizes clínicas e protocolos assistenciais são imprescindíveis para minimizar a ocorrência de LPP. A Escala de Braden é um instrumento que permite avaliar riscos para o surgimento das lesões, apontando os fatores de risco presentes e contribuindo para que as ações preventivas sejam implementadas precocemente (MACHADO et al., 2019).

O conhecimento sobre os fatores de risco relacionados às LPP e a rápida implementação de cuidados preventivos são aspectos fundamentais para reduzir a incidência desse agravo nos pacientes internados. Contudo, quando o cuidado de enfermagem não é corretamente aplicado,





vários agravos negativos à saúde podem surgir. Por isso, a alta incidência de LPP indica que a assistência prestada não atende às necessidades do paciente (OLIVEIRA et al., 2021).

A prática assistencial baseada com embasamento científico é a melhor forma de evitar as LPP e outros agravos. Contudo, não basta implementar protocolos específicos de prevenção. É preciso alcançar a efetiva adesão dos enfermeiros a esses protocolos. A percepção desses profissionais sobre o uso de protocolos pode ser influenciada positivamente por meio de capacitações pautadas em evidências científicas, demonstrando a necessidade de padronizar procedimentos, identificar fatores de risco e estabelecer uma rotina de cuidados específica para cada paciente (VALENCIO; MARTINS, 2021).

Tendo em vista todas essas considerações sobre o tema, o presente estudo foi desenvolvido no intuito de responder à seguinte questão problemática: como os enfermeiros percebem a adoção de protocolos para a prevenção e tratamento das LPP?

A escolha do tema se justifica, no contexto científico e profissional, pela necessidade de manter o debate em evidência, sintetizando os estudos mais recentes que podem contribuir para aprimorar a atuação de enfermeiros na prevenção e cuidados às LPP, adesão aos protocolos e incentivo à educação permanente. No contexto social e acadêmico, o estudo do tema é relevante para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes internados e enriquecer a literatura disponível. Sabe-se que o enfermeiro desempenha funções de grande importância para recuperar a saúde do paciente e os estudos relacionados à atuação da enfermagem podem contribuir para gerar novos conhecimentos úteis ao melhor desempenho desses profissionais.

O objetivo do estudo é analisar a percepção de enfermeiros sobre a adoção de protocolos para prevenção e tratamento das LPP, por meio de uma revisão integrativa da literatura.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa da literatura, com pesquisas realizadas nas seguintes bases eletrônicas de dados: biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO); Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); e base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes descritores: enfermeiro; assistência; lesão por pressão.

Para selecionar os estudos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: publicações realizadas entre 2017 e 2021, em português ou inglês, contendo pelo menos um dos descritores no título ou no resumo; estudos relacionados à atuação de enfermeiros na prevenção e tratamento de lesões por pressão. Dessa forma, estudos que se afastaram desses

critérios foram eliminados. Também não foram selecionados os textos incompletos e os estudos não publicados em revistas ou periódicos, bem como os trabalhos de conclusão de curso, a exemplo de relatórios, monografias e dissertações.

As buscas foram realizadas entre os meses de janeiro e fevereiro de 2022. A coleta de dados foi feita no decorrer deste período, por meio da leitura integral dos estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Foram definidos os seguintes pontos de interpretação e análise: objetivos, principais resultados e conclusão de cada estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pesquisas foram realizadas nas três bases de dados, com o uso do operador booleano AND nas três bases de dados. Ao todo, foram localizados 147 estudos, mas somente 58 foram publicados no período entre 2017 e 2021. Entre esses, foram eliminadas as duplicidades e as publicações de textos incompletos. Por fim, somente 14 estudos atenderam plenamente aos critérios de elegibilidade, sendo 7 na base SciELO, 5 na base LILACS e apenas 2 na base BDNF.

O quadro 1 a seguir apresenta uma breve caracterização dos estudos selecionados, destacando os autores e ano de publicação, objetivos, principais resultados e conclusão de cada estudo.

**Quadro 1:** Caracterização dos estudos selecionados para análise e síntese.

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultados e conclusão</b>
Stuque et al., 2017	Protocolo para prevenção de úlcera por pressão.	Analisar as evidências científicas nacionais e internacionais com recomendações para elaboração de protocolo de enfermagem para prevenir úlcera por pressão.	Os autores observaram que as estratégias valorizam a atuação e liderança dos enfermeiros, a educação permanente, provisão adequada de recursos humanos e materiais para a implantação dos procedimentos. Os protocolos para prevenir úlceras por pressão devem incluir aspectos clínicos e terapêuticos, garantir a disponibilidade de recursos materiais e humanos para que as intervenções sejam eficazes.
Vasconcelos; Caliri, 2017	Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva.	Avaliar as ações de enfermeiros antes e após a aplicação de um protocolo de prevenção de lesões por pressão em Unidade de Terapia Intensiva.	Foi constatada maior frequência da avaliação de risco para lesões por pressão, observação de proeminências ósseas, aplicação de hidratante e proteção do calcâneo após o protocolo, mostrando que essa ferramenta é fundamental para a incorporação de evidências científicas na prática da enfermagem.
Abud et al., 2018	Prevenção de lesão por pressão na assistência de enfermagem intensivista.	Avaliar a atuação da enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva na prevenção de lesão por pressão.	Apenas um paciente teve acompanhamento rigoroso por parte da equipe de nutrição e dietética, evidenciando a necessidade de conhecimentos mais aprofundados pelos profissionais de enfermagem. As capacitações das equipes e a implantação de protocolos podem melhorar a

			qualidade da assistência e prevenir a ocorrência de úlceras por pressão.
Mendonça et al., 2018	Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva.	Descrever ações de enfermagem prescritas por enfermeiros para prevenir lesões por pressão e sua ocorrência em centros de terapia intensiva.	Os autores identificaram associação significativa entre os cuidados preventivos e a ausência de lesões por pressão. Os principais cuidados foram: mudança de decúbito, aplicação da cobertura hidrocolóide na região sacral, higiene externa, inspeção da pele e cuidados com o cateter nasoenteral. Contudo, as lesões por pressão estiveram presentes em metade dos clientes observados no estudo, demonstrando a importância da elaboração e aplicação de protocolos, capacitação dos profissionais e prescrição de ações preventivas.
Soares; Heidemann, 2018	Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária.	Analisar a aplicabilidade da Escala de Braden na percepção de enfermeiros da atenção primária e identificar medidas de prevenção e promoção da saúde para evitar lesões por pressão.	Estudo realizado com 20 enfermeiros, onde foram analisadas duas categorias: percepção sobre o uso da Escala de Braden como ferramenta de reconhecimento da vulnerabilidade do paciente; e práticas de promoção da saúde e prevenção para evitar lesões por pressão. Os autores concluíram que a avaliação adequada, plano de cuidados e promoção da saúde integram o contexto ideal para evitar as úlceras por pressão.
Dias; Santos; Sousa, 2019	Análise dos cuidados de enfermagem em pacientes com lesões por pressão na Unidade de Terapia Intensiva.	Conhecer os cuidados de enfermagem para pacientes com Lesão por Pressão na Unidade de Terapia Intensiva.	Os autores observaram que a equipe utiliza o protocolo para prevenir lesões por pressão, realizando cuidados a partir de um plano específico para prevenção de lesões por pressão. Contudo, a maioria dos profissionais não recebeu capacitação com base nas diretrizes do Ministério da Saúde. As capacitações podem contribuir para aperfeiçoar a sistematização do cuidado.
Leão; Silva; Lanza, 2019	Profilaxia das lesões por pressão: um olhar sobre a responsabilização da equipe de enfermagem.	Analisar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre responsabilidades em relação ao paciente com potencial para desenvolver lesão por pressão.	Os enfermeiros e a maioria dos técnicos reconheceram que as medidas de prevenção nem sempre são úteis diante das situações de risco de lesões, evidenciando a falta de comprometimento da equipe. Portanto, a educação permanente da equipe de enfermagem é o meio adequado para estimular a atuação crítica e reflexiva sobre a segurança do paciente e prevenção das lesões por pressão.
Manganelli et al., 2019	Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva.	Caracterizar a população do estudo e descrever as intervenções de enfermeiros para prevenir lesões por pressão em uma Unidade de Terapia Intensiva.	Os cuidados foram baseados em protocolos e conhecimentos científicos, abrangendo a avaliação da mobilidade dos pacientes e o exame físico na admissão, prescrição e manutenção da hidratação da pele, mudança de decúbito, higiene corporal e uso de colchão piramidal. As intervenções foram fundamentais para prevenir lesões por pressão, mas os cuidados podem ser aperfeiçoados.
Jansen; Silva; Moura, 2020	A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão.	Analisar a aplicabilidade da Escala de Braden a indivíduos internados em Unidade de Terapia Intensiva quanto ao potencial de desenvolvimento de lesões por pressão.	A prevalência de lesões por pressão foi de 35%, mais frequente no sexo masculino e com diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico. Entre os pacientes que foram classificados com risco muito alto de desenvolverem lesão por pressão, 76% não a desenvolveram, mostrando o bom desempenho na aplicação da Escala de Braden como instrumento preditivo de risco, orientador dos cuidados aplicados pelo enfermeiro.
Martins et al., 2020	Percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre prevenção de lesão por pressão.	Identificar a percepção de enfermeiros intensivistas sobre prevenção de lesões por pressão.	O estudo foi realizado com 18 enfermeiros, com tempo de experiência entre 6 meses e 24 anos. Os resultados mostraram que o conhecimento dos profissionais sobre a prevenção da lesão por pressão ainda é insuficiente, inclusive sobre o uso de escalas e protocolos que podem ser muito úteis na implementação dos cuidados.


Rodrigues et al., 2020	Ferramentas gerenciais no cuidado de enfermagem a criança com lesão por pressão.	Elaborar e validar ferramentas gerenciais para a sistematização de cuidados de enfermagem à criança com lesão por pressão.	Foram elaboradas duas ferramentas gerenciais, sendo uma sistematização de enfermagem voltada à criança com lesão por pressão e um fluxograma de risco e prevenção da lesão por pressão nos pacientes pediátricos, compreendendo os fatores de risco, escala de Braden e cuidados de enfermagem. As ferramentas foram consideradas essenciais para aperfeiçoar o cuidado de enfermagem à criança com lesão por pressão, bem como para prevenir o surgimento dessas lesões.
Severo et al., 2020	Análise das condutas de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em recém-nascidos.	Analisar as condutas da enfermagem na prevenção de lesões por pressão em recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, destacando os fatores associados e as práticas de prevenção.	O estudo evidenciou que as práticas preventivas aplicadas pelos enfermeiros ocorreram por meio da mudança de decúbito, uso de óleo de girassol, higiene corporal e hidratação da pele. Os principais fatores relacionados às úlceras por pressão foram a pele desidratada, manter a mesma posição e deixar de fazer a higiene. A equipe não utiliza a escala de Braden. É necessário elaborar protocolos específicos de cuidados com base nas evidências científicas.
Silva; Silva, 2020	Execução de estratégias e práticas seguras na prevenção de lesão por pressão.	Analisar a execução de estratégias e práticas seguras na prevenção de lesão por pressão em duas unidades de saúde, uma de urgência e emergência e outra em hospital.	Foram observadas diferenças significativas conforme a formação profissional e o local de atuação. A necessidade de capacitação foi maior entre os profissionais de nível médio. O enfermeiro e sua equipe exercem papel fundamental para prevenir e tratar as lesões por pressão. As ações de educação continuada e a adoção de protocolos são necessárias para aprimorar a qualidade do cuidado.
Lucri; Costa, 2021	A assistência da enfermagem nas lesões por pressão em pacientes acamados.	Demonstrar a presença de lesões por pressão e descrever a assistência da enfermagem aos pacientes acamados que sofrem dessas lesões em unidade de internação hospitalar.	Os autores constataram que os cuidados de enfermagem contribuíram para prevenir lesões por pressão. A aplicação da escala de Braden, entre outras estratégias, é primordial para a identificação dos sinais de risco do paciente, prevenção e tratamento das lesões. A enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional devem estar preparados para aplicar estratégias de prevenção e tratamento.

**Fonte:** elaborado pela autora, 2022.

Os estudos foram publicados com distribuição uniforme durante todo o período delimitado para a pesquisa, sendo mais frequentes a partir de 2020. Entre os temas mais abordados, destacam-se a adoção de protocolos assistenciais pelos enfermeiros, o uso da Escala de Braden, ações de prevenção das LPP e capacitação dos profissionais.

Stuque et al. (2017) analisaram um protocolo de enfermagem para prevenção de LPP baseado em evidências científicas, observando que as estratégias valorizam a liderança do enfermeiro, educação permanente e dimensionamento adequado dos materiais e recursos humanos. Os protocolos devem incluir aspectos clínicos, terapêuticos e operacionais para garantir o melhor desempenho dos profissionais que prestam cuidados ao paciente.

Abud et al. (2018) avaliaram a atuação da enfermagem para a prevenção de LPP, em estudo com 70 profissionais. Apenas um paciente teve acompanhamento rigoroso de nutrição e dietética. Em outro estudo, Vasconcelos e Caliri (2017) avaliaram ações de enfermeiros após a aplicação de um protocolo de prevenção de LPP, observando aumento do número de banhos no



leito, avaliação de risco, aplicação de hidratante, proteção do calcâneo e outros cuidados que evidenciam a importância dos protocolos como ferramenta para incorporar novos conhecimentos e padronizar práticas de cuidados na enfermagem.

Mendonça et al. (2018) descreveram as ações prescritas por enfermeiros para a prevenção de LPP, identificando a associação entre os cuidados preventivos e a ausência das lesões. Os cuidados mais relevantes foram a mudança de decúbito, aplicação de cobertura hidrocolóide na região sacral, higiene externa, inspeção da pele e cuidados com o cateter nasoenteral. Entretanto, as LPP estiveram presentes em metade dos pacientes observados no estudo.


A capacitação dos enfermeiros e demais profissionais que assistem ao paciente na internação hospitalar é fundamental para melhorar a qualidade da assistência de um modo geral, inclusive reduzindo a ocorrência de LPP. Nesse processo, a elaboração e adesão aos protocolos são medidas importantes para aprimorar o cuidado, reduzir a ocorrência de eventuais erros e padronizar os procedimentos desde a admissão do paciente até a sua completa recuperação.

Um momento adequado para realizar a avaliação da pele é durante o banho no leito. O profissional pode usar a Escala de Braden para observar parâmetros como o grau de mobilidade do paciente, pontos de pressão, proeminências ósseas e as condições gerais da pele. As ações preventivas visam tanto a evitar surgimento de lesões, quanto o agravamento das LPP que não foi possível evitar. Nesses casos, são aplicadas técnicas para limpeza da ferida e terapia tópica (LARSON et al., 2020).

Outro importante cuidado de enfermagem se refere às superfícies de apoio, que devem distribuir adequadamente a pressão. Alguns exemplos são o colchão piramidal, almofadas, coxins, colchão pneumático e camas de sistema integrado. Uma superfície adequada de apoio evita que a pressão seja mais forte em algumas áreas do corpo do paciente. A elaboração e adesão a protocolos contribui para orientar os profissionais quanto ao manejo e cuidados de prevenção necessários. O protocolo para prevenção da LPP é um grande aliado do enfermeiro e contribui para que o paciente receba um atendimento mais humanizado (FELIX; XIMENES; MEDEIROS, 2021).

Soares e Heidemann (2018) analisaram a aplicabilidade da Escala de Braden e a percepção de enfermeiros quanto à prevenção das LPP utilizando esse instrumento. Ao todo, 20 profissionais participaram do estudo e foram capazes de reconhecer a vulnerabilidade do paciente, prevenir complicações e promover a saúde. De modo semelhante, Manganeli et al.





(2019) descreveram intervenções de enfermeiros na prevenção das LPP, destacando que os protocolos institucionais baseados em conhecimentos científicos foram essenciais para fortalecer a prevenção, incluindo o exame físico na admissão, avaliação da mobilidade, prescrição e manutenção da hidratação da pele, higiene corporal, entre outros cuidados.


Por outro lado, em estudo realizado por Dias, Santos e Sousa (2019), os autores observaram que a maioria dos enfermeiros não recebeu capacitação para utilizar protocolos específicos na prevenção de LPP. No mesmo sentido, Leão, Silva e Lanza (2019) constataram carência de conhecimentos por parte de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre as LPP, ao tempo em que os enfermeiros reconheceram a importância das medidas de prevenção, mas consideraram que nem sempre são úteis no processo de cuidado ao paciente durante a internação.

Entre as ações mais importantes de segurança do paciente, cabem a prescrição de ações preventivas conforme o risco do paciente, sistematizar a assistência de enfermagem, seguir o protocolo institucional, elaborar e aperfeiçoar continuamente os planos de intervenções. O enfermeiro deve estar sempre atento ao cuidado continuado, avaliando a evolução do paciente e o eventual surgimento de LPP (SILVA et al., 2021).

A intensificação dos cuidados de enfermagem, em conjunto com outros membros da equipe, deve priorizar o cuidado humanizado e holístico, observando, também, os fatores emocionais. O enfermeiro deve conduzir a sua prática com segurança e qualidade, buscando a promoção do bem-estar, saúde e recuperação do paciente internado.

Nesse sentido, cabe destacar a importância da capacitação para que os profissionais adquiram maiores conhecimentos, com embasamento científico, sobre as necessidades do paciente, especialmente sobre a prevenção das LPP, diante da gravidade e das consequências que acarretam para o paciente e para o sistema de saúde. A educação permanente é o meio adequado para estimular a atuação crítica e reflexiva dos profissionais sobre a segurança do paciente e prevenção de LPP (SANTOS et al., 2021).

Em estudo desenvolvido por Jansen, Silva e Moura (2020) para analisar a aplicabilidade da Escala de Braden sobre o desenvolvimento potencial de LPP, foi observada prevalência das lesões de 35% e, entre aqueles com alto risco de desenvolverem LPP, 76% não a desenvolveram, de forma que a Escala de Braden foi considerada uma importante ferramenta para orientar os cuidados preventivos por parte do enfermeiro.



Martins et al. (2020) identificaram a percepção de enfermeiros sobre a prevenção de LPP, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais para que reconheçam e valorizem o uso de escalas e protocolos com fundamento científico, que orientam e padronizam os cuidados. Além disso, essas ferramentas contribuem para que a equipe profissional atue não apenas sobre o problema de saúde que levou o paciente à internação, mas, também, sobre eventuais complicações que podem surgir durante a permanência do cliente na instituição.

Rodrigues et al. (2020) elaboraram e validaram ferramentas gerenciais para sistematizar os cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de LPP em crianças, envolvendo 27 enfermeiros que criaram uma sistematização de enfermagem e um fluxograma de risco, abrangendo os fatores de risco, escala de Braden e cuidados de enfermagem. Essas ferramentas têm grande importância na melhoria da assistência de prevenção, promoção e recuperação da saúde, especialmente para prevenir LPP ou evitar o agravamento das lesões identificadas.

Em estudo realizado por Severo et al. (2020) para analisar condutas do enfermeiro na prevenção de LPP em recém-nascidos, as práticas preventivas foram a mudança de decúbito, uso de óleo de girassol, higiene corporal e hidratação da pele. Entretanto, a equipe não utilizou a Escala de Braden nem protocolos específicos com base em evidências científicas para alcançar melhores resultados.

Silva e Silva (2020) analisaram estratégias e práticas de prevenção das LPP em um hospital e em uma unidade de urgência e emergência, constatando que a formação profissional interfere diretamente na qualidade do cuidado e na adesão aos protocolos para a prevenção e tratamento. O enfermeiro exerce papel fundamental, juntamente com a equipe, para prevenir e tratar as LPP, mas a educação continuada e a adesão aos protocolos são imprescindíveis à melhoria da qualidade do cuidado.

Lucri e Costa (2021) descreveram a assistência de enfermagem a pacientes acamados com LPP, constatando que o enfermeiro pode aplicar protocolos e outros instrumentos na identificação dos fatores de risco, prevenção e tratamento de lesões. O enfermeiro e os demais membros da equipe devem estar preparados para aplicar estratégias de promoção e recuperação da saúde, reduzindo o tempo de internação. Nesse sentido, a capacitação profissional deve ser continuamente valorizada e incentivada.

Nos casos em que a equipe não consegue evitar o surgimento de lesões por meio das medidas preventivas, o profissional deve iniciar o tratamento imediatamente após a identificação da lesão. Para isso, deve elaborar um plano de cuidados e nunca negligenciar



qualquer ferida, independentemente do estágio em que se encontra (SAMPAIO et al., 2021). A identificação precoce é fundamental para que o tratamento seja iniciado e alcance a reepitelização no menor tempo possível, prevenindo agravos que podem aumentar o risco à saúde e levar ao maior tempo de hospitalização. A LPP é uma complicação evitável e a redução da ocorrência dessas lesões deve ser tomada como prioridade nas estratégias e práticas assistenciais (GAMA et al., 2020).

O enfermeiro tem o importante papel de identificar fatores de risco, colocar em práticas as medidas preventivas e promover a contínua melhoria na qualidade da assistência ao paciente. Dessa forma, é possível alcançar não apenas a prevenção das LPP, mas a recuperação completa do paciente em menos tempo, restabelecendo a sua saúde e qualidade de vida (CAMPOS et al., 2021). Para tanto, o profissional deve possuir conhecimentos técnicos suficientes sobre os agravos que podem acometer o paciente, especialmente com relação aos estágios iniciais da LPP, devendo prescrever imediatamente os cuidados preventivos diante de qualquer fator de risco identificado.


As evidências científicas traduzidas em protocolos para a promoção da segurança do paciente devem buscar sempre a inovação da assistência, fornecendo subsídios ao enfermeiro para aperfeiçoar a sua prática na prevenção e no tratamento das LPP. A educação continuada é fundamental para proporcionar maiores conhecimentos e atualizações constantes, permitindo o avanço da assistência prestada ao paciente em termos de qualidade e resolutividade.

A análise dos estudos no presente trabalho mostrou que a prevenção das LPP deve ser abordada com máxima atenção por parte do enfermeiro e demais membros da equipe. Para isso, a adesão aos protocolos específicos é importante para que todos os profissionais adotem procedimentos de prevenção, identificação de fatores de risco, tratamento e promoção da saúde durante a internação do paciente.

## CONCLUSÃO

O estudo foi realizado no intuito de analisar a percepção de enfermeiros sobre a adoção de protocolos para prevenção e tratamento das LPP. Por meio da revisão integrativa da literatura, constatou-se que a aplicação de protocolos ainda enfrenta desafios, mas tem grande potencial para aperfeiçoar a qualidade da assistência.

As principais dificuldades para a maior adesão aos protocolos de prevenção e tratamento das LPP consistem na falta de capacitação profissional, recursos humanos e materiais insuficientes. Por meio da educação permanente, todos os membros da equipe podem atuar de



maneira sistematizada, com base em práticas e procedimentos pautados em conhecimentos científicos.

O cuidado de prevenção e tratamento das LPP é complexo, tendo em vista que há uma diversidade de fatores envolvidos. Os enfermeiros desenvolvem várias intervenções importantes para prevenir e tratar as lesões, mas ainda existem lacunas na assistência prestada, principalmente quanto à educação permanente. Considerando que as LPP ocasionam dor e sofrimento ao paciente e seus familiares, além de aumentarem consideravelmente o tempo de permanência na internação, é preciso incentivar os enfermeiros e demais profissionais da equipe multidisciplinar e prover as condições de trabalho e os recursos necessários ao melhor desempenho de todos.

Em conclusão, os enfermeiros compreendem que os protocolos contribuem para a identificação mais rápida e eficiente dos fatores de risco para surgimento de LPP, permitindo a aplicação mais adequada dos cuidados de prevenção, ao mesmo tempo em que orientam o planejamento terapêutico ideal para cada paciente, minimizando os riscos de complicações durante a internação. Contudo, a adesão e aplicação dos protocolos na prática clínica ainda depende da superação de alguns desafios, como a falta de capacitação profissional, dimensionamento adequado dos recursos humanos e materiais.

## REFERÊNCIAS

ABUD, A. C. F.; NUNES, M. M.; SILVA, P. B. D. N.; et al. Prevenção de lesão por pressão na assistência de enfermagem intensivista. **Revista Saúde Coletiva**, v. 8, p. 846-851, 2018.


CAMPOS, D. S.; DAMASCENO, F. F.; ASSIS, J. R. et al. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 34, n. 1, p. 74-79, mar./mai., 2021.

DIAS, C. T. C.; SANTOS, M. C. S.; SOUSA, E. D. O. Análise dos cuidados de enfermagem em pacientes com lesões por pressão na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Saúde.Com**, v. 15, n. 1, p. 1370-1376, 2019.

FELIX, C. C. A.; XIMENES, E. L. S.; MEDEIROS, G. G. As condutas de enfermagem na prevenção da lesão por pressão em pacientes hospitalizados. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 3, n. 4, p. 91-98, 2021.

GAMA, B. G.; MOLA, R.; FERNANDES, F. E. C.; XAVIER, S. B. Prevalência e fatores associados à ocorrência de lesão por pressão em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **HU revista**, v. 46, p. 1-8, 2020.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-7, 2020.



LARSON, M.; LAVALL, E.; COSTA, A. E. K.; LOHMANN, P. M. A visão dos enfermeiros sobre cuidados de enfermagem a pacientes com lesão por pressão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020.

LEÃO, A. A. S.; SILVA, M. F.; LANZA, L. B. Profilaxia das lesões por pressão: um olhar sobre a responsabilização da equipe de enfermagem. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 21, n. 4, p. 153-158, 2019.

LUCRI, M. J. S.; COSTA, M. O. A assistência da enfermagem nas lesões por pressão em pacientes acamados. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, 2021.

MACHADO, L. C. L. R.; FONTES, F. L. L.; SOUSA, J. E. R. B.; SILVA NETA, A. S. et al. Fatores de risco e prevenção de lesão por pressão: aplicabilidade da Escala de Braden. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 21, p. 1-7, 2019.

MANGANELLI, R. R.; KIRCHHOF, R. S.; PIESZAK, G. M.; DORNELLES, C. S. Intervenções de enfermeiros na prevenção de lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria (RS), v. 9, p. 1-22, 2019.

MARTINS, N. B. M.; BRANDÃO, M. G. S. A.; SILVA, L. A.; MENDES, A. M. V.; et al. Percepção de enfermeiros de terapia intensiva sobre prevenção de lesão por pressão. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 43-51, jan./mar., 2020.

MENDONÇA, P. K.; LOUREIRO, M. D. R.; FROTA, O. P.; SOUZA, A. S. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018.

OLIVEIRA, D. V.; LEITE, L.; SOUZA, L. A.; CONTINI, I. C. P. O enfermeiro na prevenção da lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista Saúde em Foco**, n. 12, p. 307-317, 2021.

RODRIGUES, C. B. O.; PRADO, T. N.; NASCIMENTO, L. C. N.; LAIGNIER, M. R.; PRIMO, C. C.; BRINGUENTE, M. E. O. Ferramentas gerenciais no cuidado de enfermagem a criança com lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-8, 2020.


SAMPAIO, E. C.; FRANÇA, I. F.; SILVA, L. C.; LOPES, G. S. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão em idosos internados na unidade de terapia intensiva. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, 2021.

SANTOS, M. S. M.; ALVES, M. B. G.; SOUSA, I. C. A.; CALASANS, M. T. Conhecimento da enfermagem e ações realizadas acerca da prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, Salvador (BA), v. 10, n. 2, p. 324-332, out., 2021.

SEVERO, E. A. A. R.; SOUSA, F. C. A.; SILVA, W. C.; MELO, K. C.; et al. Análise das condutas de enfermagem na prevenção de lesões por pressão em recém-nascidos. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v. 94, n. 32, 2020.

SILVA, B. B.; SILVA, D. A. Execução de estratégias e práticas seguras na prevenção de lesão por pressão. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, 2020.





SILVA, B. R.; MORAIS, M. R.; SOARES, R. C. S.; CALDEIRA, A. G.; AOYAMA, E. A. Atuação da enfermagem na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, v. 3, n. 4, p. 58-66, 2021.

SOARES, C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1-9, 2018.

STUQUE, A. G.; SASAKI, V. D. M.; TELES, A. A. S.; SANTANA, M. E.; RABEH, S. A. N.; SONOBE, H. M. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 2, 2017.

VALENCIO, G. A.; MARTINS, W. Atuação do enfermeiro na prevenção de lesão por pressão em unidade de terapia intensiva. **Boletim de Conjuntura, Boa Vista**, v. 7, n. 19, 2021.

VASCONCELOS, J. M. B.; CALIRI, M. H. L. Ações de enfermagem antes e após um protocolo de prevenção de lesões por pressão em terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2017.

# CAPÍTULO 6

## PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL

**Ellen Mariany Lima Silva**  
**Antonia Jaqueline da Silva Sousa**  
**Maria Clara Ribeiro**  
**Ericka Stefany Penha Souza**  
**Brenda Alves Costa**  
**Karine Martins Louriano**  
**Sabrina Sousa Pereira Cunha**  
**Aline Santana Figueredo**

### RESUMO

O Pré-natal é a assistência de saúde prestada à gestante, que busca garantir uma gestação adequada e segura por meio de uma assistência de saúde de qualidade. O objetivo deste estudo é verificar como as gestantes se sentem sobre os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem durante o pré-natal. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram utilizados 10 artigos científicos mediante pesquisa eletrônica nas seguintes bases de dados: SCIELO, BDNF E LILACS, onde foram analisados artigos dos últimos 10 anos. Ao dar início a análise dos artigos, em acessão com os objetivos propostos pelos mesmos, foram definidas duas categorias para serem discutidas, sendo estas: qualidade da assistência prestada pela enfermagem no pré-natal pela visão das gestantes e relacionamento interpessoal gestante e profissional com prática da educação em saúde. Os resultados dessa revisão evidenciaram níveis de satisfação quanto a assistência técnica prestada pela equipe de enfermagem, contudo, ocorreram divergências de opiniões quando perguntadas sobre o acolhimento humanizado e a educação em saúde, muitas afirmaram que a consulta de enfermagem deixa a desejar. É notório que quando uma gestante é ouvida e tem suas dúvidas esclarecidas pelo profissional, ela consegue entender a importância do acompanhamento pré-natal para sua saúde e do seu bebê, o que leva o número de consultas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) seja cumprida e o relacionamento da gestante com o profissional possa gerar confiança.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado Pré-natal; Percepção; Gestantes; Cuidado de Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Em um estudo de Pereira et al. (2018), ele afirma que o pré-natal é a assistência de saúde prestada à gestante, que busca garantir uma gestação adequada e segura através da assistência de saúde eficaz. Recomenda-se que a gestante receba no mínimo seis consultas, com acompanhamento de forma alternada entre médico e enfermeiro, sendo a assistência de baixo assistida inteiramente pelo profissional de enfermagem. O Caderno de Atenção à gestante afirma que a finalidade da assistência é assegurar a continuidade da gestação, sem riscos para a saúde da mãe, e assim, permitindo um parto saudável para mãe e recém-nascido, abordando juntamente aspectos psicossociais e realizando condutas educativas/preventivas.




A natureza preventiva do pré-natal é essencial para reduzir a mortalidade materna e perinatal, pois um bom acompanhamento durante a gravidez pode prevenir doenças como anemia, hipertensão induzida pela gravidez (pré-eclâmpsia, eclâmpsia); também tem o preparo psicológico que é propício ao parto, além de garantir a perfeita estrutura do corpo do feto, evitando os riscos de aborto e parto prematuro e morte perinatal, e outras vantagens que trazem benefícios à saúde da mulher de forma ímpar, como mesmo após a gestação e o fim do puerpério, o mesmo vale para a autodesenvolvimento, cuidados médicos e práticas de prevenção e promoção. Portanto, esse é um dos grandes objetivos e desafios que os profissionais de saúde da família precisam enfrentar em sua prática diária (REIS et al., 2017).

A equipe de enfermagem é crucial para efetuar essa assistência, por ser capacitado na atuação de estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças utilizando a humanização na sua conduta (GOMES et al., 2019). Planejando a assistência adequando as necessidades clínicas identificadas e priorizadas designando as intervenções, orientando a procura de outros serviços quando inevitável, ao mesmo tempo proporcionando a multidisciplinaridade das ações, especialmente com a Odontologia, a Medicina, a Nutrição e a Psicologia (BRASIL, 2019).

Salienta-se que o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a conduta do Enfermeiro, sendo privativo, dentre outras coisas mais, realizar consulta de enfermagem e prescrição assistencial; e como membro essencial da equipe de saúde, prescrever medicamentos previamente instituído em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, tal modo, como atuação da assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido (GOMES et al., 2019).

Organização Mundial da Saúde (OMS), afirma que cerca de 303.000 mulheres e adolescentes vieram a óbito devido à gestação e ao parto em 2015. Nesse mesmo ano, 2,6 milhões de bebês foram natimortos, quase todos os óbitos maternos (99%) e de bebês (98%) sucederam em países de renda baixa e média. Estas mortes consequentemente poderiam ser evitadas se as gestantes tivessem um atendimento pré-natal (APN) de qualidade, 60% dos natimortos (1,46 milhões) decorreram juntamente do período de pré-parto e, especialmente, propício a infecção materna não tratada, hipertensão arterial e crescimento fetal insatisfatório (OMS, 2018).

Ainda baseado nessas estatísticas, a OMS propôs inovar o Atendimento Pré-natal (APN), planejando proporcionar às gestantes um atendimento de qualidade de forma humanizada em cada consulta, assim, promovendo habilidades de uma assistência eficaz e



integrada (intervenções e exames), disponibilizando conhecimentos imprescindíveis e propícios, juntamente de apoio emocional e psicossocial dos profissionais com habilidades clínicas e interpessoais aprazíveis, atuando em uma sistemática satisfatória.

Embora estudos evidenciem benefícios do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, que contribuem para redução da mortalidade, ocorre em quantidade reduzida de estudos sobre a qualidade assistencial prestada pela equipe de enfermagem pelo olhar das gestantes (GOMES et al., 2019).

Desta forma, o presente estudo teve por objetivo identificar a percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo profissional de enfermagem durante o pré-natal. Ressalta-se a relevância da contextualização do tema, para com isso tornar viável o fortalecimento de estratégias de atenção à saúde a estas gestantes, preconizando a qualificação de ações de promoção e prevenção prévia de agravos, objetivando prioritariamente reduzir a morbimortalidade materna e infantil.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, que visou proporcionar uma síntese de conhecimento e incorporação da aplicabilidade de resultados. A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), pelas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Foram analisados 22 artigos científicos, com recorte temporal dos últimos 10 anos nas bases de dados, BVS-BIREME, SCIELO, LILACS, BDENF, disponíveis na íntegra, em português, com disponibilidade de texto completo, artigos de revisão de literatura, pesquisas qualitativas e quantitativas, abordando a temática “Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo profissional de enfermagem durante o pré-natal”, com os descritores booleanos: Cuidado Pré-natal; Percepção; Gestantes; Cuidado de Enfermagem.

Após análise individual de cada artigo, foram selecionados 10 artigos que se enquadraram dentro do critério de inclusão para elaboração do presente estudo. Foram excluídos, artigos em outros idiomas, com temáticas divergentes, publicações que não se encontravam dentro do período determinado pelo critério de inclusão, além daqueles que, logo após a leitura não atenderam o objetivo apresentado nesta revisão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra os artigos que constituíram a amostra utilizada nesta análise, com detalhamento do título, autores e ano de publicação, base de dados dos artigos e tipos de estudo.

**Tabela 1:** Artigos selecionados segundo título, autor/ano, base de dados e tipo de estudo, São Luís/MA, 2021.

Nº	Título	Autor/Ano	Base de dados	Tipo de estudo
1	Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica.	Campos et al., 2016.	BDENF - ENFERMAGEM	Estudo qualitativo descritivo
2	Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco.	Andrade et al., 2016	LILACS, BDENF - ENFERMAGEM	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa
3	Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra.	Silva et al., 2018	LILACS, BDENF - ENFERMAGEM	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo
4	Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante.	Prudêncio; Mamede, 2018	SCIELO	Estudo transversal
5	Percepções de gestantes ribeirinhas sobre a assistência pré-natal.	Pereira et al., 2018	LILACS, BDENF-ENFERMAGEM	Estudo qualitativo descritivo
6	Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde.	Livramento et al., 2019	SCIELO	Estudo qualitativo
7	Consulta de enfermagem no pré-Natal: Narrativas de gestantes e de Enfermeiras.	Gomes et al., 2019	SCIELO	Estudo qualitativo e descritivo
8	A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande/ MS.	Andrade et al., 2019	LILACS	Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa
9	Percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal.	Carvalho; Oliveira, 2020	LILACS, BDENF-ENFERMAGEM	Estudo qualitativo de análise descritiva
10	Avaliação de qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro.	Souza et al., 2020	LILACS, BDENF-ENFERMAGEM	Pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa

Fonte: Autores, 2021.

A tabela 2 relaciona os objetivos e resultados, referentes ao tema encontrados nos estudos selecionados para a revisão integrativa.




**Tabela 2:** Artigos selecionados de acordo com os objetivos e resultados, São Luís/MA, 2021.

Nº	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Identificar a percepção das gestantes quanto as consultas realizadas pelo enfermeiro durante o pré-natal na UBS.	Foi identificada a satisfação das gestantes com as consultas de enfermagem, assim como a relevância do acolhimento e da educação em saúde.
2	Observar a concepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco.	Quanto às orientações durante a consulta de pré-natal, foi observado que as gestantes estavam mais satisfeitas com a enfermeira. Quanto ao tratamento/intervenções, 95% estavam satisfeitas com o enfermeiro. E destacaram que sobre o exame físico, os enfermeiros realizaram em todas as consultas com 85%.
3	Identificar a percepção das mulheres acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra.	Ainda é baixa a qualidade das informações passadas nas consultas de pré-natal, mostrando assim a necessidade de se ampliar cada vez mais esta profissão nos diferente setores da sociedade e níveis de complexidades da área de educação e saúde.
4	Avaliar o cuidado pré-natal na Atenção Primária a Saúde na percepção da gestante.	Após análise de dados foi identificado baixa expectativa 74% e alta satisfação de 58,8% das gestantes com o cuidado pré-natal.
5	Identificar a necessidade do pré-natal para gestantes ribeirinhas e conhecer suas expectativas, discutindo esses aspectos com vistas a melhorar a assistência a essas mulheres.	Foi identificado que as gestantes sentem a importância da assistência pré-natal e buscam juntamente com a enfermagem conhecimentos e orientações quanto a sua saúde e do bebê.
6	Compreender as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido durante o pré-natal, no âmbito da atenção primária à saúde.	O olhar das gestantes acerca da assistência durante o pré-natal estão relacionados à atenção dispensada, ao acolhimento humanizado à gestante e amparo nos momentos difíceis.
7	Avaliar a assistência prestada pela equipe de enfermagem no pré-natal, a partir da perspectiva de gestantes e enfermeiras.	As gestantes expressaram satisfação com o atendimento prestado pela enfermeira, destacando o cuidado humanizado prestado durante as consultas. Houve queixas quanto a assistência técnica das enfermeiras especificamente em alguns aconselhamentos.
8	Contribuir para a eficácia da qualidade da assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde.	Percebeu-se que para a assistência pré-natal ser de qualidade, é necessário que tenha uma boa relação entre profissionais/gestantes. A equipe de enfermagem precisa criar meios para que as gestantes não deixem de realizar consultas e possam esclarecer suas dúvidas.
9	Descrever a percepção de adolescentes gestantes sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal.	Ainda existe falta de informação e conhecimento sobre a importância do pré-natal; e os pontos positivos e negativos sobre a consulta de enfermagem, indicando as possibilidades da atuação do enfermeiro para uma melhor assistência.
10	Avaliar a atenção no pré-natal pelo enfermeiro; analisar a consulta de enfermagem na percepção da gestante	A consulta de pré-natal foi classificada positivamente, na sala de pré-natal da enfermagem, possui equipamentos necessários, mas o registro no cartão da gestante foi inadequado.

Fonte: Autores, 2021.

Portanto, ao iniciar a análise dos artigos de acordo com os objetivos dos referidos estudos, foram definidas duas categorias para serem discutidas, sendo estas: Qualidade da



assistência prestada pela enfermagem no pré-natal: Visão das gestantes; Relacionamento interpessoal gestante e profissional: Prática da educação em saúde.

## **QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL: VISÃO DAS GESTANTES**


O enfermeiro da unidade básica de saúde é o primeiro profissional a consultar a gestante, sendo este o responsável por fornecer informações ao sistema de acompanhamento, implementando a primeira diretriz e preenchendo a caderneta para comunicar sua importância e os dados nela contidos. Incentivando a gestante a ler as informações e buscar orientações (CHAGAS et al., 2020).

A caderneta da gestante é um documento onde são colocados todos os dados da gestante, após cada consulta, faz parte da assistência de enfermagem preencher corretamente, contém informações e orientações, gráfico detalhando o desenvolvimento da gravidez para o controle dos profissionais de saúde, serve de auxílio para o momento do parto que não irá ocorrer na unidade básica (BRASIL, 2013).

Silva et al. (2018) descreve o APN (ATENDIMENTO PRÉ-NATAL) como uma ferramenta muito importante para a saúde pública, e aponta que este é um período importante para a gestante na unidade. Ela buscará informações e orientações seguras, e confiará a vida dela e de seu filho no profissional, de modo que se tenha uma gravidez tranquila. Assim, buscando orientações quanto os riscos e informações de cada procedimento e exame, sempre esperando receber um atendimento humanizado e olhar holístico.

Na pesquisa de Souza et al. (2020), foi analisado o tempo médio das consultas de enfermagem, visando que este ponto pode determinar a qualidade da consulta, pois o usuário do sistema de saúde utiliza como um dos parâmetros de satisfação o tempo de duração da consulta. O enfermeiro deve desenvolver não apenas procedimentos, mas orientações educativas como estratégias de redução de fatores de risco e vulnerabilidades.

De acordo com a pesquisa de Prudêncio e Mamede (2018), quando as expectativas das gestantes são elevadas com o atendimento pré-natal, a assistência recebida sempre fica a desejar, resultando conseqüentemente na redução do nível de satisfação quanto a assistência recebida. Esse grupo de mulheres idealizam uma consulta de grande qualidade com uma boa assistência prestada, um ambiente bom e seguro para tirar todas as suas dúvidas sobre a sua saúde e do seu bebê.



No estudo de Dias et al. (2018) foi perceptível quando a assistência é bem feita de maneira humanizada e com qualidade, a gestante se sente mais segura e confiante para chegada do seu filho, e entende a importância do acompanhamento pré-natal do início ao final da gestação.

Pesquisa realizada por Gomes et al. (2019), avalia a opiniões das gestantes sobre o cuidado pré-natal, expressam ajuda satisfatória à gestante, enfatizam o atendimento humanizado prestado no momento da consulta, mas em alguns atendimentos há, principalmente, queixas quanto à assistência técnica especificamente em alguns aconselhamentos que iam além das perguntas na caderneta, como suspeita da ansiedade e da espera do bebê, como evitar a ruptura da mama, porque tomar ácido fólico e sulfato ferroso é muito importante.

Após análise de dados feita por Silva et al. (2020), foi percebido pelo discurso das gestantes que o atendimento era tido como bom, porém foi relatado sobre a demora da consulta, às vezes demoravam um pouco para iniciar. Sobre as informações, as gestantes afirmaram que a enfermagem transmitia todas as informações essenciais quanto aos cuidados com o pré-natal, ressaltando a importância do acompanhamento do início ao final da gestação, mas não foram informadas quanto aos benefícios que tinham por direito, como a licença maternidade, cheque gestante e exames laboratoriais feitos gratuitamente pelo SUS.

Quando perguntadas sobre assuntos relacionados ao parto, todas afirmaram que recebiam orientações diversas, entre aleitamento materno, cuidado com o bebê, exames de rotina e sobre alimentação adequada, mas que em nenhum momento receberam informações sobre o parto, se teriam de forma natural ou precisariam ser submetidas a uma cesariana (SILVA et al., 2020).

Em acordo com o que foi citado pelos autores acima, o Ministério da Saúde recomenda que, durante o pré-natal, as gestantes estejam atentas aos sintomas e desenvolvimento da gravidez, a expectativa para o parto, além de estimular o parto normal, sinais e sinais físicos tendo a mulher como protagonista. Para os sintomas de gravidez e parto, também deve ser abordado os benefícios legais a que as mulheres têm direito e resolver todas as preocupações das gestantes (BRASIL, 2013).



## RELACIONAMENTO INTERPESSOAL GESTANTE E PROFISSIONAL: PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No estudo feito por Piccinini et al. (2009), ressaltam a importância dos profissionais em se comprometerem a atuar de maneira colaborativa com o momento em que a mulher se encontra, pois para elas é um momento sensível e qualquer situação que dificulte esse vínculo gestante- profissional pode gerar sentimentos negativos nas futuras mães.


Na atenção primária o profissional de enfermagem é o cuidador que busca ofertar saúde as gestantes, prescrevendo cuidados e medicamentos previstos em programas e protocolos das instituições, solicitando exames complementares e mantendo esquemas terapêuticos. O enfermeiro também vai assumir papel de educador, promovendo ações e compartilhando saberes, auxiliando as gestantes a encontrarem sua autoconfiança, visando proporcionar um sentimento positivo sobre a gestação (REIS; ABI RACHED, 2017).

No estudo de Oliveira et al. (2017), evidencia, na grande maioria, como satisfatória o atendimento da enfermagem, esse achado é similar aos encontrados em outros estudos, as orientações apresentaram em torno de metade de avaliações insatisfatórias, observando que é de grande importância a questões de educação em saúde.

Em um estudo relacionado ao profissional de enfermagem que atua no atendimento pré-natal, foi analisado o acolhimento de qualidade com relação de interações, confiança e capacidade de escuta na relação gestante e profissional, destacado pela gestante a disponibilidade da enfermagem para diálogo e esclarecimentos necessários. Esse esclarecimento é visto de positivamente, como receber bem, orientar e tirar dúvidas, aumentando o vínculo profissional/gestante, caracterizando assim uma relação acolhedora (GOMES et al., 2019).

Santos et al. (2018), evidenciou que o enfermeiro destaca-se na assistência pré-natal, tendo como função realizar um acolhimento e atenção qualificada à gestante, identificar e priorizar as necessidades, promover encaminhamentos e prestar orientações quanto a saúde da mesma.

No cenário atual do Brasil tem-se um grande índice de adolescentes gestantes, na pesquisa de Carvalho e Oliveira (2020), diz que a gestação na adolescência implica em grande risco para o binômio materno-infantil, segundo percentuais de qualidade da atenção pré-natal da rede básica do Brasil. Deste modo, defende que a assistência de pré-natal deve priorizar este



grupo que possui grandes necessidades em saúde de um modo geral, devido a escassez de políticas públicas.

Após análise das entrevistas com as gestantes da pesquisa de Livramento et al. (2019), quando perguntadas sobre compreensão das informações recebidas pelo profissional durante o pré-natal, houve divergências nos relatos, algumas entrevistadas demonstraram satisfação, outras insatisfação com a rapidez das consultas, incompreensão das informações escritas e de orientações verbais, levando-as a buscarem informações fora da unidade de saúde.

Andrade et al. (2019), afirma que as práticas de educação em saúde são de suma importância para que possa ser esclarecido dúvidas frequentes das gestantes. O mesmo identifica no seu estudo que esse grupo de mulheres nunca teriam participado de ações educativas, segundo ele, um grupo constituído com tais mulheres facilitaria os cuidados com o recém-nascido, pois algumas primíparas desconhecem alguns procedimentos e nem todas podem contar com uma rede de apoio presente.

Campos et al. (2016) afirmam que a consulta deve ser vista como um ambiente acolhedor onde conversas podem ser realizadas e dúvidas, sentimentos e vivências podem ser expressos livremente, a fim de formar um bom vínculo entre a gestante e enfermagem. Também defendeu a necessidade da manutenção de um único profissional desde a primeira consulta até o término do período gestacional, e destacou que a continuidade do profissional na consulta ajuda a aumentar a confiança no serviço e estabelecer contato, para que estas mulheres se sintam seguras para dar continuidade no acompanhamento.


## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os resultados deste estudo, os aspectos positivos e negativos da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem no pré-natal podem ser destacados na perspectiva das gestantes, sendo apontado que a qualidade da assistência é boa e a maioria dos atendimentos realizados são satisfatório. Às vezes é considerado bom, mas existem diferenças na atenção integral à gestante. Algumas gestantes desconhecem os problemas que devem ser resolvidos na primeira consulta.

Levando a refletir sobre a escassez de educação em saúde, prática essa que deve estar presente no acompanhamento pré-natal que ajuda sanar todas as dúvidas destas mulheres, como grupos de conversas de gestantes uma vez por semana, do início ao final da gestação.

O enfermeiro que atua na atenção básica tem um papel fundamental, ele se torna um educador para essa gestante, sendo necessário mudar sua postura exercendo um





acompanhamento humanizado buscando criar um vínculo que ajude proporcionar um melhor atendimento, com ações educadoras, orientando-as quanto todas informações necessárias, sendo incluso os benefícios previstos em lei, a importância do conhecimento relacionado ao parto, dentre outras informações imprescindíveis desse momento que é tão único na vida de uma mulher.

É muito importante que a mulher se sinta segura e não tenha medo de questionar, por isso a equipe de enfermagem deve acolher a gestante com dignidade e permitir que ela faça todas as perguntas sobre gravidez, amamentação e parto livremente.

Deseja-se que esta pesquisa colabore para as mudanças necessárias na assistência pré-natal, onde por sua vez é de extrema importância para a manutenção de uma gravidez segura, levando ao parto simples e saudável. Naturalmente, quando uma gestante ouve a voz de um profissional da equipe e esclarece suas dúvidas, consegue entender a importância do pré-natal, o que torna mais prolongado o número de consultas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, U.V. et al. A percepção da Gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e saúde**. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>>. Acesso em: 12/03/2021.

BRASIL - **Conselho Regional de enfermagem de Sergipe**; Pré Natal Baixo Risco e Manual Técnico de Gestação de Alto Risco.11/04/2019. Disponível em: <[http://se.corens.portalcofen.gov.br/caderno-32-pre-natal-baixo-risco-e-manual-tecnico-de-gestacao-de-alto-risco\\_21213.html](http://se.corens.portalcofen.gov.br/caderno-32-pre-natal-baixo-risco-e-manual-tecnico-de-gestacao-de-alto-risco_21213.html)>. Acesso em: 20/07/2020>.

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1 ed. **Rev. Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.

CAMPOS, M.L. et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1029132>>. Acesso em: 01/10/2020.

CARVALHO, S.S.; OLIVEIRA, L.F. Percepção de adolescentes Gestantes Sobre a assistência de enfermagem ao pré-natal. **Enferm.foco**. 2020. Disponível em:<[revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/286](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/286)>. Acesso em: 12/03/2021.

DIAS, E.G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>. Acesso: 22/05/2021.



GOMES, C.B.A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & contexto Enfermagem**. 2019. Disponível em: <"https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0544">. Acesso em: 20/07/2020.

LIVRAMENTO, D.V.P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enferm**. 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Acesso em: 12/03/2021.

OLIVEIRA, I.G. et al. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. **Rev Eletrônica Enferm [Internet]**. 2017 [cited 2020 Agosto 02]; 19. Available from: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40374> Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.40374.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva. 2018. Disponível em: <"Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo (mcsprogram.org)">. Acesso em: 21/07/2020.

PEREIRA, A.A. et al. Percepções de gestantes Ribeirinhas sobre a assistência pré-natal. **Cogitare Enferm**. 05/11/2018. Disponível em: <PERCEPÇÕES DE GESTANTES RIBEIRINHAS SOBRE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL | Pereira | Cogitare Enfermagem (ufpr.br)>. Acesso em: 21/07/2020.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estud. Psicol., Campinas**, v. 26, n. 3, p. 373-382, 2009. DOI<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300010 >. Acesso em: 10/06/2021.

PRUDÊNCIO, P.S.; MAMEDE, F.V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. **Rev Gaúcha Enferm**; 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>. Acesso em: 12/03/2021.

REIS, R. S et al. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa gestante. 2017. Disponível em:<https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125>. Acesso: 21/07/2020.

REIS, R.S.; ABI RACHED, C.D. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. **JHM review**, São Paulo, v. 3, n. 2, 2017. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125>. Acesso em: 22/05/201.

SANTOS, L.F. et al. Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde. **Rev Enferm UFPE**. [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 21];12(2):337-44. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230817p337-344-2018>>. Acesso em: 22/05/2021.

SILVA, A.B. et al. Percepção da mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. **Enferm. Foco**. 2018. Disponível em: <revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1068>. Acesso em: 01/10/2020.

SILVA, L.S.C. et al. Percepção das gestantes sobre o papel da enfermagem no pré-natal da atenção básica. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**. 2020. Disponível em: <https://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms/article/view/77>. Acesso em: 22/05/2021.



SOUZA, R.A. et al. Avaliação de qualidade da assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro. **Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206377>>. Acesso em: 12/03/2021.

# CAPÍTULO 7

## MELHORES PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Paula Mousinho Tavares  
Isaquiél Andrade Machado  
Daniel de Macêdo Rocha  
Ingrid Moura de Abreu  
Igho Leonardo do Nascimento Carvalho  
Laurianne de Sousa Coelho Silva  
Cyntian Maria Martins Campelo  
Fernando Braga dos Santos

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A segurança do paciente pode ser definida como a obtenção do mais alto nível de segurança durante a prestação de cuidado, para minimizar a ocorrência de danos (BRASIL, 2014). Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) esse processo torna-se mais delicado tanto pela clínica dos pacientes, quanto pelos diversos recursos tecnológicos que compõem a UTI e a diversidade de procedimentos que são realizados, o que o torna o ambiente ainda mais crítico. De acordo com o site do Ministério da Saúde “os Protocolos de Uso são documentos normativos de escopo mais estrito, que estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição” (BRASIL, 2019, [online]).

**OBJETIVOS:** analisar as boas práticas para evitar eventos relacionados à assistência de enfermagem em UTI a partir do uso de protocolos assistenciais. **METODOLOGIA:** Revisão da literatura do tipo integrativa desenvolvido entre outubro a abril de 2019/2020, nas bases eletrônicas de dados do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados em enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) via Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizou-se o acrônimo PICO definindo-se como população “enfermagem”, fenômeno de interesse “Enfermagem baseada em evidências, protocolos clínicos e segurança do paciente” e contexto “Unidade de terapia intensiva”. Encontrou-se 521 artigos no entanto, apenas 295 estavam relacionados aos termos, após o uso dos filtros e leitura dos títulos e resumos, leitura exploratória profunda chegou a amostra de 10 artigos.

**RESULTADOS:** Destaca-se os trabalhos de Barbosa et al (2014), Cruz et al (2018) e de Minuzzi et al. (2016) para a montagem da lista de protocolos de recomendações desta revisão, que contempla: capacitações periódicas aos profissionais sobre segurança do paciente; criar padronização das atividades operacionais e de rotinas; fazer reuniões periódicas para incentivar a comunicação entre os profissionais; solicitar avaliação periodicamente dos pacientes para analisar a qualidade do atendimento da equipe de enfermagem; criar um meio de denúncia das práticas inadequadas dos profissionais para que sejam corrigidas a fim de evitar que os recém-admitidos as repliquem. **CONCLUSÃO:** as recomendações corroboram com os resultados encontrados em outros trabalhos, e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem portanto, essas recomendações podem fazer parte de qualquer protocolo de UTI.

**PALAVRAS-CHAVES:** Segurança do Pacientes. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva.



## INTRODUÇÃO

A preocupação em não causar danos aos pacientes já foi postulada por Hipócrates desde de seu tempo. Na enfermagem, Florence Nightingale em suas práticas observou a importância da segurança do paciente para reabilitação dos doentes. No entanto, essa temática ganhou maior visibilidade após a divulgação do relatório intitulado “*To err is human*”, estudo realizado nos Estados Unidos que investigou a incidência da ocorrência de eventos adversos em pacientes e identificou que mais de 100 mil pessoas morriam devido eventos adversos decorrente do cuidado de saúde (KOHN *et al.*, 2000).


A segurança do paciente pode ser definida como a obtenção do mais alto nível de segurança durante a prestação de cuidado, para minimizar a ocorrência de danos. O dano pode ser entendido como qualquer comprometimento de uma estrutura ou parte do corpo. Em uma instituição na qual a segurança do paciente não é vista como primordial, o risco de um incidente acontecer é grande durante o cuidado de saúde. Este incidente pode ou não gerar dano ao paciente, quando este ocorre é chamado de evento adverso (BRASIL, 2014).

Entendendo a assistência aos pacientes como uma atividade complexa, dinâmica e diretamente relacionada com o cuidado, a segurança do paciente torna-se indispensável em qualquer instituição de saúde, visto que o processo de cuidar não é isento de riscos. Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) esse processo torna-se mais delicado tanto pela clínica dos pacientes, quanto pelos diversos recursos tecnológicos que compõem a UTI e a diversidade de procedimentos que são realizados, o que o torna o ambiente mais crítico.

Estudo realizado sobre a ocorrência de eventos adversos comprovam que o ambiente, a cultura e a complexidade dos sistemas influenciam na maior ocorrência de eventos adversos evitáveis, provocando sequelas e até a morte. Dessa forma, por compreender a complexidade do trabalho em uma UTI e a necessidade de uma assistência livre de riscos, trabalhos que abordem as melhores práticas em segurança do paciente baseadas em evidências podem auxiliar a tomada de decisão e um cuidado mais seguro (PÜSCHEL *et al.*, 2021).

A fim de proporcionar maior satisfação, tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente, são adotados protocolos de cuidados, que proporcionam também maior segurança para a realização dos procedimentos pela equipe de enfermagem para com o paciente. De acordo com o site do Ministério da Saúde “os Protocolos de Uso são documentos normativos de escopo mais estrito, que estabelecem critérios, parâmetros e padrões para a utilização de uma tecnologia específica em determinada doença ou condição” (BRASIL, 2019, [online]).





Contudo, apesar de protocolos bem estruturados, nem sempre a garantia de segurança dos pacientes pela enfermagem tem sido totalmente satisfatória, visto ocorrências de lesões e infecções em UTIs, muitas vezes, por pressão. Segundo a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009), o processo de enfermagem é considerado um instrumento de metodologia a ser implantado e executado no intuito de garantir cuidado integral ao paciente, conforme implementação das cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, pois, assim, que a prática profissional se torna eficaz.

Portanto, na UTI, por ser um ambiente com criticidade, muitas vezes os procedimentos são realizados de formas distintas, portanto, é imprescindível a padronização de rotinas a fim de garantir a uniformização das atividades. Desse modo, esta revisão objetivou analisar as boas práticas para evitar eventos relacionados à assistência de enfermagem em UTI a partir do uso de protocolos assistenciais.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de revisão da literatura do tipo integrativa desenvolvido entre o período de outubro a abril de 2019/2020. A revisão integrativa sintetiza o conhecimento de estudos anteriores e aplicabilidade de resultados de estudos significativos. Para sua construção é necessário seguir algumas etapas como delimitação da questão da pesquisa, busca na literatura, categorização dos dados, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para elaboração da questão de pesquisa foi utilizado o acrônimo PICO definindo-se como população “enfermagem”, fenômeno de interesse “Enfermagem baseada em evidências, protocolos clínicos e segurança do paciente” e contexto “Unidade de terapia intensiva”. Desse modo, a questão de pesquisa foi: “Quais são os protocolos de enfermagem utilizados na UTI para prevenção de eventos adversos.

A busca foi realizada no período de janeiro à março de 2020, mediante consulta nas bases eletrônicas de dados do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de dados em enfermagem (BDENF) e *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS) via Biblioteca Virtual em Saúde.

Foram considerados como critérios de inclusão artigos primários, publicados entre os anos de 2010 à 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol e que respondiam a questão do estudo. Ressalta-se que a decisão pelo recorte temporal decorreu da intenção dos autores de

buscar referências atualizadas sobre o tema. Foram excluídos os artigos que se apresentavam simultaneamente em mais de uma base.

Os descritores controlados e não controlados utilizados para operacionalização da busca foram selecionados após consulta aos termos constantes no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados mediante aplicação dos operadores booleanos OR e AND (Tabela 1).

Na base de dados BVS foram utilizados os descritores controlados e não controlados de acordo com o DECS, apresentados na tabela 1: Enfermagem; Enfermagem baseada em evidências; Unidades de terapia intensiva; Protocolos clínicos; Segurança do paciente.

**Tabela 1:** Descritores controlados e não controlados utilizados para operacionalização da busca nas bases de dados LILACS, BDEF e IBECS. Teresina, Piauí, Brasil, 2020.

DeCS		
	Descritor controlado	Descritor não controlado
<b>P</b>	Enfermagem	-
	Enfermagem baseada em evidência	-
<b>I</b>	Protocolos clínicos	Protocolo Clínico Protocolo de Pesquisa Clínica Protocolo de Tratamento
		Protocolos de Pesquisa Clínica Protocolos de Tratamento
<b>Co</b>	Unidade de terapia intensiva	Segurança do paciente
		CTI Centro de terapia intensiva UTI Unidade de Terapia Intensiva Unidade de Terapia Intensiva especializada Unidade de terapia Intensiva de adulto Unidade de terapia Intensiva do tipo II

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2020.

Destaca-se que todas as produções foram acessadas por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a busca, seleção e inclusão das produções foi realizada de forma independente por dois revisores, que após leitura de títulos obtiveram índice de concordância de 81%. A expressão de busca gerada na base de dados encontra-se apresentada na tabela 2.

**Tabela 2:** Expressão de busca gerada na base de dados. Teresina, Piauí, Brasil, 2020.

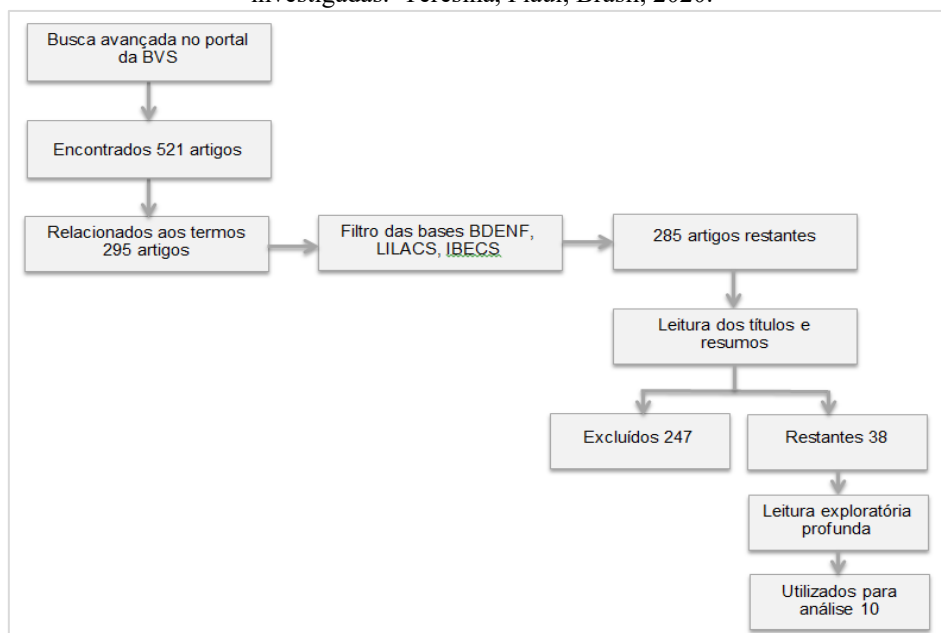
EXPRESSÃO DE BUSCA	
<b>PORTAL DA BVS</b>	(tw:(Enfermagem)) AND (tw:(Enfermagem baseada em evidência)) OR (tw:(Protocolos clínicos)) OR (tw:(Segurança do paciente)) AND (tw:(Unidade de terapia intensiva))

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2020.

Ao cruzar os descritores controlados na língua portuguesa em busca avançada no portal da BVS foram encontrados apenas 521 artigos no entanto, destes 295 estavam relacionados aos termos, após filtrar para as bases BDEF, LILACS E IBECS o resultado caiu para 285. Após

a leitura dos títulos e resumos 247 foram excluídos. Totalizando em 38 artigos selecionados para uma leitura completa e aprofundada.

**Figura 1:** Processo de identificação, triagem e inclusão das produções científicas disponíveis nas bases de dados investigadas. Teresina, Piauí, Brasil, 2020.



**Fonte:** Criada pelos autores com base nos dados da pesquisa, 2020.

Após leitura exploratória profunda dos 38 artigos restantes, foi possível excluir 28 deles, entendendo-se que 10 deles versam sobre segurança do paciente na UTI, sendo os mais indicados para classificação, análise, discussões e resultados desta pesquisa.

Para analisar o Nível de Evidência (NE), classificaram-se as evidências conforme o delineamento metodológico propostas pelo Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs (JBI): I. Revisão sistemática pelos ensaios clínicos controlados randomizados. II. Um ensaio clínico randomizado. III Alguns ensaios clínicos controlados sem randomização. III Estudos analíticos de um centro ou grupo de pesquisa. III 3. Séries temporais múltiplas. IV. Estudos clínicos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas.

Optou-se por extrair os dados por meio de formulário próprio identificando-se os estudos (autores, ano, local de publicação); objetivos; metodologia (delineamento/amostra); desfechos, discussões e resultados; conclusões; nível de evidência (NE). Realizou-se uma análise descritiva, organizando-se as produções selecionadas em planilha *Excel*, a fim de se construir quadros para análise das variáveis identificadas, classificando por similaridade semântica no intuito de construir as categorias temáticas.

## RESULTADOS

Para análise dos artigos selecionados elaborou-se a tabela 3, com as informações mais relevantes como título, autores, ano, delineamento do estudo, e com a melhor evidência de cada um deles sobre os procedimentos na UTI. Assim, com os resultados listou-se os procedimentos realizados com mais frequentemente em UTIs, que possam auxiliar enfermeiros e demais interessados em manter a segurança dos pacientes.

**Tabela 3:** Artigos selecionados para Revisão de Literatura, período 2010 a 2020.

TÍTULO	AUTOR, ANO	ASSUNTO PRINCIPAL	EVIDÊNCIAS RELACIONADAS AOS PROCEDIMENTOS EM UTI
Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa.	GUARILHA ET AL., 2013	Comunicação da equipe.	A comunicação como estratégia na segurança do paciente.
Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura.	CRUZ ET AL., 2018	Os principais eventos adversos/erros que são cometidos na UTI	Descrição das principais medidas recomendadas para os profissionais da enfermagem que visam garantir a segurança do paciente em UTI.
Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e eventos adversos em pacientes internados em UTI.	NOVARETTI ET AL., 2014	A sobrecarga de trabalho da Equipe de Enfermagem UTI.	A sobrecarga de trabalho da Equipe de Enfermagem como fonte de incidentes sem lesão e outros eventos na UTI.
Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.	TASE E BIANCHINI, 2013	Pulseiras para identificar cada paciente.	Processo de identificar cada paciente com pulseiras em instituições hospitalares.
Identificação precoce da SEPSE em unidade de terapia intensiva.	NORONHA ET AL., 2016	Papel da Enfermagem UTI.	O papel da enfermagem na UTI para identificar precocemente sinais de sepsis.
Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo.	MINUZZI ET AL., 2016	Apoio aos serviços dos profissionais de saúde em UTI.	Recomendações relacionadas ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente
Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências.	OLIVEIRA ET AL., 2014	Estratégias de segurança dos enfermeiros assistenciais.	Descrição de estratégias que promovem segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros assistenciais.
Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva:	MELLO E BARBOSA, 2017	A cultura da segurança do paciente em UTI.	Identificação das dimensões de cultura da segurança do paciente na visão dos



perspectiva da equipe de enfermagem.			profissionais da enfermagem em UTI.
Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva.	BARBOSA ET AL. (2014)	Práticas assistenciais focadas na segurança do paciente em UTI	Verificação das boas práticas assistenciais de enfermagem que garantem a segurança do paciente em UTI.
Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta	MACEDO ET AL., 2017	Registos dos profissionais de enfermagem	Caracterização dos registos feitos pelos profissionais de enfermagem sobre integridade, localização e legibilidade.

**Fonte:** criada pelos autores.

A análise dos artigos selecionados conforme a organização dos assuntos e a sintetização, foram descritas as ideias centrais e úteis para a solução do problema desta pesquisa, pelas quais foi possível identificar alguns resultados.


Guarilha *et al.* (2013) identificaram em seus estudos que as informações trocadas entre os profissionais os tornam mais preparados e competentes, e que a comunicação entre estes profissionais com os pacientes constrói uma relação de vínculo capaz de promover a qualidade na saúde, humanização e favorece maior segurança no atendimento profissional, diminuindo os riscos e falhas para os pacientes

No estudo de Cruz *et al.* (2014), mostra que os erros e as ocorrências de eventos adversos em UTI, são em virtude, na maioria, ligadas a entrega de medicamentos, falta ou engano nos registros dos prontuários e na realização de procedimentos. Sendo assim, para preveni-los e/ou reduzi-los as autoras recomendam comunicação efetiva, capacitação profissional e conscientização dos profissionais.

De acordo com Novaretti e outros autores. (2014), apesar de uma unidade de terapia intensiva contar com uma equipe multiprofissional, é o local hospitalar onde os pacientes apresentam características que os tornam mais susceptível a erros durante a internação, já que a maioria encontra-se em estado muito grave e as equipes, por muitas vezes, precisam tomar decisões rápidas e efetivas. Neste estudos, as autoras concluíram que a sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem é muito alta devido ao quantitativo inadequado, por isso o cansaço pode colocar em risco a segurança dos procedimentos a serem feitos com os pacientes.

Na conclusão de seu estudo, Tase e colaboradores (2013) defendem que, apesar de já ser usual, a identificação por meio de pulseira do paciente é uma técnica poderosa, recomendada internacionalmente, para garantir a segurança do mesmo. Contudo, as autoras chamam atenção





para a correta aplicação, visto que por falta de atenção pode haver erro nos dados impressos e acarretar problemas graves ao tratamento e recuperação destes pacientes.


Segundo Noronha *et al.* (2016), não há como se ter uma garantia total da segurança em um ambiente hospitalar, mesmo com estudos diversos evidenciando que se tem ótimos protocolos estruturados e equipes de multiprofissionais capacitados e humanizados, ainda ocorrem inúmeras infecções e lesões por pressão, que nos dias atuais causam consideradas complicações e cada vez mais mortes em quantidade significativa. Por isso, as autoras acreditam que os profissionais de enfermagem com capacidade e treinamento específicos para reconhecer precocemente a sepse, terão mais agilidade em traçar estratégias resolutivas e terapias para enfrentamento de situações críticas e complexas.

Para Oliveira *et al.* (2014), os índices de insegurança podem aumentar durante o cuidado com um paciente na UTI, ou na aplicação de algum procedimento, pela falta de comunicação entre os profissionais, possivelmente devido à angústia e estresse nas tomadas de decisões rápidas, vindo a comprometer a segurança do paciente. O autor também acredita que tais problemas comportamentais possam ter ligação à excessiva carga horária que esses profissionais se submetem.

Mello e Barbosa (2017) afirmam que é preciso atenção no cuidado com o paciente pela equipe de enfermagem, desde a entrada dele no hospital até a sua saída, pois um atendimento humanizado será sempre um grande aliado para a recuperação da saúde do mesmo. Portanto, em seus estudos, para os autores o melhor caminho para o êxito do processo é o foco dos profissionais em se conscientizarem para mudanças positivas na interação com seus colegas e com os pacientes.

Conforme Macedo *et al.* (2017), para se obter sucesso na recuperação do paciente e prever eventos adversos, é preciso que se preste uma assistência individualizada e integral a todo momento, pois a qualidade da segurança ao paciente será sempre de responsabilidade dos multiprofissionais ao seu redor.

Barbosa *et al.* (2014) referiu-se aos procedimentos que correspondem aos eventos adversos que estão diretamente ligados ao manuseio do paciente que, geralmente, inclui erros como: contaminação, manejo inadequado de equipamentos como cateteres e sondas mal posicionadas, entre outros. Este estudo concluiu alguns cuidados especiais com manuseio de materiais por parte da equipe de enfermagem, além de outros, como a necessidade de se utilizar frascos individuais para desprezar diurese, uso de colchões “caixa de ovo”, colocação do



paciente sentado, elevar grades, leito com identificação e outras. Para as autoras, o(a) enfermeiro(a) é a pessoa responsável por planejar a assistência dos pacientes e garantir supervisão do pessoal em relação aos cuidados para minimizar imprudências e erros.

Minuzzi *et al.* (2016) descrevem que o paciente crítico e semicrítico são acometidos pelas falhas dos profissionais, podendo sofrer severas consequências e/ou chegar ao óbito. Para elas, essas falhas seriam devido aos seguintes processos: falha Humana, falta tecnológica e falha na qualidade dos recursos materiais. Ao final, as autoras relacionaram recomendações a serem adotadas em um protocolo para aumentar a qualidade do atendimento e reduzir as falhas apontadas, para melhorar os cuidados com os pacientes na UTI. Dentre elas estão as mais citadas foram (MINUZZI *et al.*, 2016):

- a) A importância do aprendizado organizacional e melhoria contínua dos profissionais, por meio de capacitações periódicas sobre segurança do paciente;
- b) Criar e seguir protocolos padrões das atividades operacionais e padronização de rotinas;
- c) Elaboração de um manual sobre as melhores formas de garantir a segurança dos pacientes;
- d) Verificar periodicamente e corrigir todas as práticas inadequadas dos profissionais, evitando que os recém-admitidos as repliquem;
- e) Criar normativas que regulem o comportamento dos profissionais no ambiente de trabalho.

Os trabalhos de Barbosa *et al.* (2014), Cruz *et al.* (2018) e de Minuzzi *et al.* (2016) foram os mais interessantes para a montagem da lista de protocolos de recomendações desta pesquisa, pois teve como objetivo elencar recomendações para melhoria na qualidade do atendimento profissional em UTI e reduzir os riscos dos pacientes, e muitas delas estão de acordo com as encontradas nos outros trabalhos analisados.

## DISCUSSÃO

Como visto, as práticas sugeridas por Barbosa *et al.* (2014), Cruz *et al.* (2018) e de Minuzzi *et al.* (2016) foram as mais próximas do que se esperava para esta pesquisa e por isso, nesta sessão, foram analisadas em comparação com os outros estudos apresentados para finalização do presente trabalho. Na tabela abaixo foi selecionado as principais de cada um, para análise das repetições e definir as mais relevantes de serem sugeridas em um protocolo:

**Tabela 4:** Recomendações mais relevantes de cada estudo analisado.


AUTOR	RECOMENDAÇÃO
Guarilha et al (2013)	Informações e comunicação
Cruz et al (2018)	Implementação de protocolos
Novaretti et al. (2014)	Redução de sobrecarga de trabalho
Tase et al (2013)	Conhecimento e concentração
Noronha et al. (2016)	Conhecimento e treinamento
Oliveira et al. (2014)	Comunicação entre os profissionais
Mello e Barbosa (2017)	Atendimento humanizado, interação com seus colegas e com os pacientes.
Macedo et al. (2017)	Assistência individualizada e integral
Minuzzi et al. (2016)	Aprendizado organizacional

**Fonte:** criada pelos autores.

A lista de recomendações abaixo foi elaborada a partir da tabela 4, percebe-se que a mesma corrobora com os artigos de 12 ao 25 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, portanto essas recomendações podem fazer parte de qualquer protocolo ou manual a ser adotado por uma UTI (COFEN, 2007):

- a) Capacitações periódicas aos profissionais sobre segurança do paciente;
- b) Criar padronização das atividades operacionais e de rotinas;
- c) Fazer reuniões periódicas para incentivar a comunicação entre os profissionais;
- d) Solicitar avaliação periodicamente dos pacientes para analisar a qualidade do atendimento da equipe de enfermagem;
- e) Criar um meio de denúncia das práticas inadequadas dos profissionais para que sejam corrigidas a fim de evitar que os recém-admitidos as repliquem.
- f) Definir um número de profissionais de acordo com o número de pacientes para que o atendimento seja o mais humanizado possível;
- g) Analisar a sobrecarga de trabalho e criar planilhas de horários que evitem possíveis erros em decorrência do cansaço dos profissionais.

Observa-se que as recomendações partem pela necessidade de capacitação dos profissionais, seguindo para a criação de padronização das atividades na UTI. Além disso, a comunicação efetiva entre os profissionais em si e com os pacientes também estava presente como algo importante de ser aplicado na UTI em quase todos os estudos, visando à segurança do paciente, a comunicação efetiva, pois é impossível prestar um cuidado seguro sem que comunicação com os demais profissionais, pacientes e familiares. Convém mencionar que os



pacientes hospitalizados na UTI já estão vulneráveis a diversas situações, e quando não há essa interação, gera insegurança e temor diante dos cuidados dos profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que os eventos adversos e as possíveis causas de erros nas UTIs advêm, principalmente, na falta de um treinamento contínuo da equipe de enfermagem e de comunicação entre eles e para com o paciente. Observou-se que a humanização do atendimento é muito importante, porém, também é de grande importância seguir regras e ter atenção ao trabalho técnico e repetitivo, pois cada paciente tem suas particularidades, e para sua recuperação deve-se traçar uma assistência individualizada, garantindo sua segurança. Por isso, em alguns estudos encontrou-se o registro completo das informações do paciente como importante meio em prol da segurança do paciente.

Conclui-se que a maioria falhas de assistência nas UTIs por parte das equipes enfermagem não são de fato causadas pelo erro humano, ou pelo pouco conhecimento ou pelos erros de manuseio de equipamentos, mas sim pela falta de treinamento contínuo e protocolos devidamente implantados.


Visto que esses erros colocam em risco a vida e a segurança do paciente, espera-se que as recomendações deste trabalho venham a contribuir para identifica-los e evita-los. Contudo, ainda é possível uma análise mais detalhada sobre melhoria da qualidade da assistência para ampliar as recomendações e criação de um protocolo, pois como já dito, cada paciente tem suas características e suas necessidades próprias, da mesma forma que cada profissional de enfermagem.

Portanto, com esse trabalho não foram esgotados todos os erros e recomendações, e estudos futuros poderão trazer novos protocolos a serem seguidos pelos profissionais da enfermagem para garantir um cuidado e uma prática assistencial mais segura nas UTIs.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para a segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Acta Paul enferm.** v. 27, n.3, p. 243-48, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jd3jhykmrfrBskbzJpbZtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.



BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. 2019. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes>. Acesso em 25 nov. de 2021.

COFEN - Resolução COFEN nº. 311/2007: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. –Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf). Acessado em: 20 nov. de 2021.

COFEN - Resolução COFEN nº. 358/2008: **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html) Acessado em: 20 nov. de 2021.

CRUZ, F. F. da et al. Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literatura. 2018. Revista Científica FacMais, v. 12, n 1. Abril. 2018/1º Semestre. ISSN 2238-8427.

FRANÇA, C. D. M.; DE ALBUQUERQUE, P. R.; DA COSTA SANTOS, A. C. B. Perfil epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um Hospital Universitário. **Revista InterScientia**, v. 1, n. 2, 2013.

GUARILHA, J. B. et al. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev Rede de Cuidados em Saúde**, v. 7, n. 1, 2013.

KOHN, LINDA.; CORRIGAN, JANET.; DONALDSON, MOLLA. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, D.C: National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>. Acesso em: 3 jun. 2020.

PÜSCHEL, V.A. A. et al. Educating for the implementation of evidence-based healthcare in Brazil: the JBI methodology. **Rev Esc Enferm USP**. v. 55, n.:e03718, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020016303718>. Acesso em: 13 jul. 2022.

MACEDO, M. C. de S. et al. Identificação do paciente por pulseira eletrônica numa unidade de terapia intensiva geral adulta. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 13, p. 63-70, 2017.

MELLO, J. F.; BARBOSA, S. F. F. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. **Rev Eletr de Enferm**, v. 19, 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P. C.; 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. 758-64, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 21 mai. 2021.

MINUZZI, A. P. et al. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 121-129, 2016.

NORONHA, D. F. et al. Identificação precoce da SEPSE em unidade de terapia intensiva. 2016. Disponível em <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/759>. Acessado em 25 nov. de 2021.

NOVARETTI, M. C. Z. et al. Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras de Enferm**, v. 67, p. 692-699, 2014.





OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 122-129, 2014.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 34, p. 196-200, 2013.

# CAPÍTULO 8

## DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO<sup>1</sup>

André Carlos Santos Ferreira

Dayane Abreu Ribeiro

Cássia Regina Gontijo Gomes

Cissa Azevedo


Lívia Cristina de Resende Izidoro

Luciana Regina Ferreira da Mata

### RESUMO

A sexualidade pode ser caracterizada como uma necessidade psicobiológica do ser humano. É conceituada como necessidades de integrar aspectos psicossomáticos, intelectuais e sociais do ser, a fim de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou uma parceira e procriar. A sexualidade é um componente complexo e relevante que é influenciada por fatores neurológicos, vasculares e hormonais e que resulta em respostas diretas na qualidade de vida e autoestima do ser humano. A alteração em qualquer um destes fatores pode gerar descompasso na resposta sexual, resultando em disfunção sexual. As disfunções sexuais são comuns em homens de diferentes idades e podem afetar a qualidade de vida relacionada à saúde, o bem-estar e relacionamento interpessoal. É um transtorno cuja causas podem ser multifatoriais, os quais destacam-se a idade avançada, doenças crônicas, comorbidades, como diabetes, hipertensão, transtornos psiquiátricos e disfunções miccionais, incluindo os sintomas do trato urinário inferior. A associação entre sintomas do trato urinário inferior e diminuição da atividade e satisfação sexual tem sido sustentada por ambos os acometimentos compartilharem mecanismos fisiopatológicos similares. Nessa perspectiva, considerando a possível relação entre os sintomas do trato urinário inferior, disfunções sexuais e o impacto dessas condições na qualidade de vida masculina, destaca-se a necessidade de que o enfermeiro realize criteriosa avaliação clínica com vistas a investigar aspectos clínicos e psicobiológicos na perspectiva do próprio indivíduo, buscando individualizar o atendimento e conduzir o tratamento de forma integral e com qualidade. Ademais, ressalta-se que a assistência de enfermagem seja embasada no processo de enfermagem, a fim de otimizar a sistematização da assistência em enfermagem e oferecer subsídios para que o profissional estabeleça diagnósticos de enfermagem certos e proponha intervenções adequadas e com abordagem holística. Neste sentido, o uso da linguagem padronizada, por meio da Classificação NANDA *International* (NANDA-I), da Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification*) e da Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification*), possibilita a realização de uma assistência de Enfermagem pautada no conhecimento técnico científico, visando alcançar melhores evidências e qualidade da assistência aos homens com disfunções sexuais associadas aos sintomas do trato urinário inferior. Neste contexto, este capítulo objetiva apresentar especificidades relativas à assistência de enfermagem em indivíduos que apresentem disfunções sexuais associadas aos sintomas do trato urinário inferior.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).



**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde sexual; Incontinência urinária; Cuidados de enfermagem; Sintomas do Trato Urinário Inferior; Qualidade de vida.

## **INTRODUÇÃO**

Este capítulo pretende apresentar a atuação do enfermeiro nas disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior.

Inicialmente será apresentada uma reflexão sobre as disfunções sexuais masculinas e a associação destas com os sintomas do trato urinário inferior. Em sequência serão apresentados os questionários disponíveis que avaliam disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior. Por fim, permearemos em um panorama relativo ao manejo clínico do paciente com disfunção sexual associada a sintomas urinários por meio das Terminologias Padronizadas em Enfermagem.

## **MATERIAIS E MÉTODO**


Estudo de revisão da literatura, realizado entre junho e julho de 2022 com a seguinte questão norteadora: qual a atuação do profissional enfermeiro diante dos pacientes com disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior? Foram incluídos artigos indexados em bases de dados nacionais e internacionais e manuais das sociedades internacionais de continência.

Para a análise, explorou-se os materiais e, a partir de conhecimentos prévios, da vivência clínica sobre o tema abordado e dos pontos discutidos nos estudos e documentos, foram organizadas quatro categorias de discussão: “Disfunção sexual masculina”, “Impacto dos sintomas do trato urinário inferior na disfunção sexual”, “Instrumentos de medida disponíveis na literatura acerca das disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior” e “Manejo clínico das disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior utilizando as classificações NANDA-I, NOC e NIC”.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **DISFUNÇÃO SEXUAL MASCULINA**

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta, busca sistematizar o cuidado de enfermagem e fundamenta sua teoria em necessidades humanas a serem atendidas visando o equilíbrio das mesmas. Quando uma das necessidades humanas é afetada, ou não é atendida de maneira adequada, desconfortos ou desequilíbrios podem ser gerados no ser humano. A longo prazo, este desconforto pode se tornar a causa de



uma doença. No grupo das necessidades psicobiológicas, consta a necessidade de sexualidade, e por conseguinte, desequilíbrios nesta necessidade humana podem acarretar em disfunções sexuais (HORTA, 1979; TANNURE; PINHEIRO, 2021).


A sexualidade é definida como necessidade de integrar aspectos psicossomáticos, intelectuais e sociais do ser, a fim de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou uma parceira e procriar (TANNURE; PINHEIRO, 2021). A saúde sexual é um componente complexo e relevante na vida de uma pessoa, sendo influenciada por fatores neurológicos, vasculares e hormonais. Além disto, está ligada diretamente à qualidade de vida e à autoestima, sendo que estas questões podem estar relacionadas a causa da disfunção sexual ou serem a consequência da mesma. A alteração em qualquer um destes fatores pode gerar descompasso na resposta sexual, dando origem a uma disfunção sexual (ABDO et al., 2006; GALATI et al., 2014; MARINHO; ALMEIDA, 2018).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), as disfunções sexuais são síndromes que compreendem as várias maneiras pelas quais as pessoas adultas podem ter dificuldade em experimentar atividades sexuais não coercitivas e pessoalmente satisfatórias. Sendo que para ser considerado uma disfunção sexual, os sinais e sintomas elencados devem: ocorrer com frequência, embora possa estar ausente em algumas ocasiões; estar presente por pelo menos alguns meses e serem associados a um sofrimento clinicamente significativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

O CID-11, considera os seguintes diagnósticos de disfunções sexuais que podem ser atribuídos ao sexo masculino: disfunção do desejo sexual hipoativo, disfunções da excitação sexual (disfunção erétil masculina), disfunções orgásticas (anorgasmia) e disfunções ejaculatórias (ejaculação precoce ou retardada masculina) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A disfunção do desejo sexual hipoativo é caracterizada pela ausência ou redução acentuada do desejo ou motivação para se envolver em atividade sexual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). A disfunção erétil masculina, também denominada impotência sexual, consiste na incapacidade em ter e manter ereção suficiente para permitir uma relação sexual satisfatória (BRASIL, 2018).

A disfunção orgástica (anorgasmia), ocorre quando apesar da estimulação adequada, desejo da atividade sexual e orgasmo, há ausência ou infrequência da experiência do orgasmo ou intensidade diminuída das sensações orgásticas. Já as disfunções ejaculatórias, consistem



em dois tipos: ejaculação retardada masculina, que consiste na incapacidade ou demora de o homem ejacular, podendo ser durante a atividade sexual ou a masturbação, apesar da presença de estimulação sexual adequada e do desejo de ejacular; ou ejaculação precoce, caracterizada pela ocorrência da ejaculação antes do momento desejado, com ou sem início da penetração vaginal ou outra estimulação sexual relevante, com pouco ou nenhum controle percebido sobre a ejaculação (BRASIL, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).


As disfunções sexuais podem ter causa multifatorial, e serem relacionadas a causas orgânicas (diabetes, esclerose múltipla, cirurgias na região pélvica, uso de medicamentos antidepressivos) e/ou psicológicas (como ansiedade de desempenho; depressão; medo de engravidar a parceira; atividade sexual elevada) (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008). Desta forma, torna-se relevante investigar o início da queixa, uma vez que esta informação poderá direcionar para a causa e etiologia da disfunção sexual.

Após criteriosa avaliação, a disfunção sexual pode ser classificada como adquirida, quando os transtornos sexuais se desenvolvem após um período de função sexual relativamente normal; ou ao longo da vida, quando se refere a um problema sexual que está presente desde as primeiras experiências sexuais. São ditas generalizadas, quando as limitações sexuais não se limitam a certos tipos de estimulação, situações ou parceiros; ou situacional, quando as limitações sexuais ocorrem somente em condições específicas, como tipos de estimulação, situações ou parceiros (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ainda, de acordo com o modelo desenvolvido por Helen Kaplan, na década de 70, o ciclo de resposta sexual humana consiste em quatro fases: desejo (compreendido pelo interesse de estabelecer uma relação sexual, a partir de estímulo sensorial); excitação (representado por mudanças fisiológicas, em resposta aos estímulos do desejo sexual); orgasmo (acontece quando o ápice do prazer é atingido, o que resulta em relaxamento e contrações da musculatura perineal e dos órgãos envolvidos); e resolução, também denominado de período refratário (compreendido como a sensação de bem-estar e relaxamento muscular, e tempo para que se possa iniciar uma nova relação sexual). A disfunção sexual ocorre quando há um desequilíbrio em uma dessas fases (MARQUES; CHEDID; EIZERIK, 2008; SOUZA, 2020).

A disfunção erétil é uma síndrome apresentada geralmente por homens acima de 50 anos e também nesta faixa etária é comum o relato de queixas sobre sintomas do trato urinário inferior (STUI), que podem estar relacionadas a presença ou ausência de hiperplasia prostática. É importante dizer que a relação entre disfunção erétil e sintomas do trato urinário inferior





(STUI), ocorre devido a questões anatômicas e fisiopatológicas, o que sugere uma avaliação e investigação completa sobre comorbidades, tratamentos concomitantes e estilo de vida, para elaboração adequada do plano de cuidados (MONTERO; BERMÚDEZ; FEITO, 2016).


## IMPACTO DOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR NA DISFUNÇÃO SEXUAL

Os sintomas do trato urinário inferior (STUI), também conhecidos pelo acrônimo em inglês LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) são manifestações, definidas a partir da queixa do paciente ou cuidador de saúde, que podem se dividir em três grupos: armazenamento, micção e pós micção. Nos sintomas de armazenamento, incluem-se: aumento da frequência de eliminação urinária diurna, noctúria, urgência e incontinência. Durante a fase de micção são muitos os sintomas: fluxo lento, fluxo intermitente (para e reinicia durante uma mesma micção), hesitação (dificuldade em iniciar a micção), esforço para manter ou melhorar o fluxo e gotejamento terminal prolongado. Já os sintomas de pós-micção referem-se à sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e ao gotejamento pós-micção (perda involuntária de urina imediatamente após o término do fluxo) (CHAPPLE et al., 2018).

Esses sintomas apresentam alta prevalência mundial. Estudo realizado no Brasil investigou 5184 indivíduos com 40 anos de idade ou mais, com o intuito de conhecer a prevalência de STUI nos participantes. Os resultados apontaram que 2433 (47%) eram homens e desses, 1678 (69%) apresentaram STUI (SOLER et al., 2018). Assim também, autores internacionais realizaram um estudo de base populacional que buscou identificar a prevalência de STUI em três países asiáticos (China, Taiwan e Coreia do Sul). Dentre os 8284 indivíduos entrevistados, 49% eram homens e desses, 62,8% declararam apresentar os STUI (CHAPPLE et al., 2017).

Em ambas as investigações supracitadas, constata-se que a ocorrência das manifestações urinárias aumenta com a idade, fato que merece relevância devido ao envelhecimento da população. Somado a isso, menos da metade dos acometidos por STUI busca ajuda especializada para solucionar o problema (ADEGUN et al., 2017; SOLER et al., 2017; CHAPPLE et al., 2018; BRAVO-BALADO et al., 2021).

Estudo realizado por Wang et al. (2018) apresentou que em um quantitativo de 400 homens com queixas de STUI, 239 (82,25%) manifestavam também disfunção erétil (DE). De igual maneira, Gomes et al. (2020) apontam que a prevalência de STUI em pacientes com DE é similarmente expressiva, correspondendo à 164 (61%) em uma amostra de 269 homens. Nota-




se, portanto que, do ponto de vista epidemiológico, STUI e disfunção sexual (DS) coexistem frequentemente em homens, especialmente em razão dos distúrbios prostáticos (DE NUNZIO et al., 2017; WANG et al., 2018; SONG et al., 2021).

A prevalência da DS aumenta de forma linear à severidade dos STUI. O estudo de Dumbruveanu, Ceban, Banov (2018), apresenta que em 239 homens com STUI grave, a prevalência de DE foi de 207 (86,6%). Em concordância com esses achados, Song et al. (2021), publicou uma metanálise baseada em 24 estudos científicos, cujo objetivo foi avaliar a associação entre STUI e DS em homens. Os resultados demonstraram que homens com maior gravidade de STUI apresentavam maior risco de DS, quando comparados com aqueles com STUI menos severos. Em uma análise detalhada de domínios específicos da função sexual, foi possível constatar que a gravidade dos STUI foi associada à menores níveis de função erétil e de satisfação sexual.

Embora a relação entre STUI e DS não esteja totalmente esclarecida na literatura científica, sabe-se que ambas as condições compartilham de mecanismos fisiopatológicos em comum, como: a síndrome metabólica, incluindo a resistência insulínica, desordens hormonais, aterosclerose pélvica, vias inflamatórias (ocitocinas), dentre outros (DE NUNZIO et al., 2017; DE NUNZIO et al., 2018). Além disso, vale mencionar que muitos tratamentos para STUI em homens afetam a função sexual, incluindo o desejo, a ereção e a ejaculação (DUMBRUVEANU; CEBAN; BANOV, 2018).

De acordo com achados do estudo EpiLUTS, que incluiu 11.834 homens dos EUA, Reino Unido e Suécia, os níveis de satisfação e atividades sexuais em homens reduzem à medida que os sintomas do urinário evoluem. Identificou-se que 24,8% dos indivíduos reduziram ou se tornaram sexualmente inativos em função dos STUI. Além disso, verificou-se que sintomas como fluxo lento, fluxo intermitente, disúria e perda urinária durante o intercuro sexual foram significativamente associados à DE (WEIN et al., 2009). Esses dados são apoiados pela investigação de Gomes et al. (2020) ao constatar que sintomas urinários, como: urgência com sensação de vazamento, incontinência urinária de urgência, fluxo lento e perda de urina durante o sono estão associados à maior possibilidade de desenvolvimento da DS masculina.

Estudos de revisão e metanálise que buscaram conhecer a relação entre STUI e DS, evidenciaram que a maioria dos autores utiliza o Questionário Internacional de Sintomas Prostáticos (BARRY et al., 1992) para avaliar os STUI e o Índice Internacional de Função Erétil (ROSEN et al., 1997) para avaliar a DS (DE NUNZIO et al., 2018; SONG et al., 2021), fazendo-



se oportuno o conhecimento e uso de outras ferramentas de avaliação, inclusive aquelas que têm o potencial de avaliar ambas as condições clínicas de forma concomitante.

Nessa perspectiva, considerando a possível relação entre STUI e DS e o impacto dessas condições na qualidade de vida masculina, destaca-se a necessidade de que profissionais de saúde sempre avaliem a DS em pacientes com STUI e, da mesma forma, investiguem STUI em doentes com relatos de DS (DE NUNZIO et al., 2017; SONG et al., 2021). Essa avaliação deve incluir instrumentos padronizados e devidamente validados, a fim de otimizar o processo de enfermagem e oferecer subsídios para que o profissional estabeleça diagnósticos de enfermagem certos e proponha intervenções adequadas e com abordagem holística.

#### INSTRUMENTOS DE MEDIDA DISPONÍVEIS NA LITERATURA ACERCA DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR

A difusão do uso de questionários ocorre de maneira extensiva em diversas áreas de atuação, como saúde, direito, sociologia e educação, os quais demandam decisões individuais e coletivas. Juntamente com o uso destes questionários, há o notável desenvolvimento de adaptações transculturais (MUÑIZ; HAMBLETON, 1996; TERWEE et al., 2007). Questionários são instrumentos de medida muito influentes nas decisões quanto ao cuidado, tratamento e intervenções e na elaboração de programas de saúde e de políticas institucionais (MARX et al., 1999; CANO; HOBART, 2011). A utilização desses questionários contribui para a obtenção de dados coletados de forma padronizada e com boa qualidade, demonstrando assim as mudanças ocorridas nos pacientes após a realização das intervenções (SILVEIRA et al., 2020).

Realizar a adaptação transcultural de um questionário é uma atividade complexa e exige do pesquisador dedicação no planejamento e no rigor metodológico, a fim de obter uma versão que mantenha o conteúdo e as medidas psicométricas da versão original, e a validade na população à qual o instrumento será aplicado (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010; KHALAILA, 2015).

O aumento da necessidade de realização de adaptação transcultural é marcado pelo contato mais intenso entre indivíduos de diferentes partes do mundo devido o processo de globalização e o incremento de tecnologias de informação (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013). A literatura científica tem alertado os pesquisadores sobre a necessidade de realizar uma avaliação detalhada das propriedades de medida dos questionários

(SALMOND, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011), visto que muitos destes não têm sido validados de maneira correta (KOSOWSKI et al., 2009; CHEN et al., 2010).

Para que os questionários possam ser considerados aptos para uso na prática clínica, eles devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para a avaliação de saúde do público-alvo (ALEXANDRE et al., 2013). O desempenho dos resultados dessas medidas é, em grande parte, devido à confiabilidade e validade dos instrumentos (SALMOND, 2008). Os pesquisadores são unânimes em considerar como principais propriedades de medida de instrumentos a confiabilidade e a validade (COOK; BECKMAN, 2006; PITTMAN; BAKAS, 2010).

Os profissionais de saúde, quando questionados sobre os benefícios do uso de questionários de autorrelato, que são medidas de qualquer aspecto do estado de saúde de um paciente que são respondidas diretamente pelo próprio paciente (VALDERAS; ALONSO, 2008), alegaram que são positivos para auxiliar nas decisões clínicas, além de estarem associados a um melhor controle de sintomas, aumento das medidas de suporte e satisfação do paciente (KOTRONOULAS et al., 2014).

A *International Continence Society* (ICS) recomenda o uso de questionários que especifiquem as circunstâncias, a frequência e a gravidade das perdas urinárias, de acordo com a anamnese e exame físico do paciente (ABRAMS et al., 2017; HESTER; KRETSCHMER; BADLANI, 2017). A ICS publicou, em 2019, um Guideline denominado ‘ICS Standards 2020-2021’, que recomenda o uso de questionários validados para avaliar a qualidade de vida relacionada a função urinária, intestinal e sexual.

A partir de uma busca detalhada da literatura, apresentaremos os questionários disponíveis na literatura (Quadro 1) que avaliam disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior.

**Quadro 1:** Questionários que avaliam disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior. 2022.

Questionário	País de origem	Objetivo do questionário	Nº de itens	Público-alvo para aplicação do questionário
ICIQ-MLUTSsex	Reino Unido	Avaliar questões sexuais masculinas associadas a STUI e o impacto na qualidade de vida.	Nº de itens = 4	Homens com STUI.
DAN-PSS-1	Dinamarca	Avaliar a gravidade dos STUI e função sexual.	Nº de itens = 15	Homens com STUI e/ou sinais clínicos de hiperplasia prostática benigna (HPB).
MSHQ	EUA	Avaliar a função sexual e a satisfação.	Nº de itens = 25	Idosos com STUI e disfunção sexual.

Fonte: Autoria própria, 2022.



A adoção de questionários como instrumentos de coleta de dados possibilita a mensuração de fenômenos de saúde cada vez mais válidos enquanto tecnologias do cuidado, o que corrobora com a sistematização da assistência de enfermagem e o processo de enfermagem nos diversos contextos de atuação (FEITOSA et al., 2014). Na área da Enfermagem, a adaptação transcultural de questionários tem ganhado cada vez mais espaço, no âmbito da pesquisa científica, como ferramenta para o desenvolvimento da prática e da ciência (MANZI-OLIVEIRA et al., 2011).


## MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DO TRATO URINÁRIO INFERIOR UTILIZANDO AS CLASSIFICAÇÕES NANDA-I, NOC E NIC

Sugere-se que homens que procuram serviços de saúde com queixas de STUI, especialmente em casos de hiperatividade detrusora e incontinência urinária, devem também ser avaliados quanto à atividade e satisfação sexual. Sabe-se que STUI podem causar constrangimento e vergonha, contudo o gerenciamento destes sintomas pode impactar diretamente no manejo da disfunção sexual (WEIN et al., 2009).

A disfunção sexual resulta de alguma alteração em qualquer fase do ciclo de resposta sexual: desejo, excitação, orgasmo e resolução, que impede o indivíduo ou casal de experimentar satisfação da atividade sexual. As disfunções sexuais masculinas mais frequentes são as disfunções ejaculatórias (ejaculação prematura; retardada ou retrógrada), disfunção erétil e a alteração da libido (desejo sexual hipoativo) (SILVA et al., 2012). Os mecanismos patogênicos subjacentes à relação entre STUI e disfunção erétil incluem: (1) alteração dos níveis de óxido nítrico - guanosina cíclica via monofosfato (cGMP); (2) aumento da sinalização RhoA-Rho-quinase (ROCK); (3) hiperatividade autonômica e (4) aterosclerose pélvica (GACCI et al., 2011).

O uso de uma linguagem padronizada, por meio da Classificação NANDA *International* (NANDA-I), da Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification*) e da Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification*), possibilita a realização de uma assistência pautada no conhecimento técnico científico, visando alcançar melhores evidências e qualidade da assistência (CARVALHO, 2017). O uso da Linguagem Padronizada de Enfermagem torna-se de suma importância para o manejo do cuidado aos homens com disfunções sexuais associadas aos STUI.





A avaliação da qualidade de vida dos homens com disfunções sexuais associadas aos sintomas do trato urinário inferior deve ser realizada durante a consulta de enfermagem para identificar quaisquer desconfortos físicos, emocionais, sociais, familiares, entre outros. A consulta de enfermagem, regulamentada atualmente pela resolução COFEN nº 544 de 2017, consiste em uma atividade privativa do enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente (COFEN, 2017). Para tanto, essa deve ser norteadada pelo Processo de Enfermagem (PE), um instrumento metodológico com aplicação específica, de modo que o cuidado de enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo (COFEN, 2009).


Neste contexto, considerando que o PE se compõe das etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (COFEN, 2009), nos subtópicos a seguir objetiva-se apresentar algumas especificidades da consulta de enfermagem aos homens com disfunção sexual associada aos STUI.

- *Avaliação do homem com disfunção sexual associada aos STUI*

Considerando o impacto substancial dos STUI na função erétil, na satisfação sexual e na qualidade de vida de homens com mais de 40 anos de idade, torna-se importante avaliar de forma abrangente os pacientes que se apresentam com STUI, incluindo os aspectos de desempenho e satisfação sexual (SOLER et al., 2018). Atenção especial deve ser dada aos sintomas de urgência e urge-incontinência, que estão associados ao maior risco de disfunção erétil. Essa abordagem permite uma avaliação completa de duas condições altamente prevalentes e potencialmente negativas para a qualidade de vida. Também permite estabelecer melhores estratégias de tratamento para cada um dos problemas, visto que medicamentos prescritos para controle de STUI podem afetar a função sexual. Isso foi demonstrado com os alfa-bloqueadores, que podem afetar a ejaculação; os inibidores de 5-alfa-redutase, que podem afetar a libido; e inibidores da fosfodiesterase-5, que podem melhorar a função erétil e os STUI em homens com hiperplasia prostática benigna (GOMES et al., 2020).

Poucos homens, porém, apresentarão como primeira queixa a disfunção sexual. O mais comum é o homem apresentar outras queixas e manifestar dicas verbais ou não verbais sobre a dificuldade sexual ou então falar sobre o assunto no último minuto da consulta. Dessa forma, deve-se oferecer um espaço com privacidade para uma conversa franca e aberta sobre a temática, além de adotar estratégias que possibilitem que o paciente fale sobre isso sem medo





ou qualquer receio (SILVA et al., 2012). Portanto, será importante que o enfermeiro identifique sinais e sintomas apurados, a fim de eleger julgamentos clínicos relevantes e, posteriormente implementar intervenções pautadas em aconselhamento, com vistas à uma gestão efetiva de ambas as condições.

Especialmente em relação ao sintoma de incontinência urinária (IU), a do tipo esforço se caracteriza pela fraqueza do esfíncter uretral e assoalho pélvico, enquanto a IU de urgência se manifesta pela redução da capacidade funcional da bexiga como consequência de contrações involuntárias do músculo detrusor durante o armazenamento (ABRAMS et al., 2017). Apesar de não terem sido identificados estudos especificamente no público masculino, em mulheres com diagnóstico de IU de esforço constatou-se que perda urinária no intercuro sexual ocorre no momento da penetração, enquanto em pacientes com IU de urgência ocorre no momento do orgasmo (BILGIC et al., 2019). É importante que o enfermeiro compreenda a relação entre disfunção sexual e os subtipos de IU e futuras investigações são importantes no contexto dos homens.

A coleta de dados deve estar pautada em uma conversa aberta, possibilitando a verbalização espontânea das queixas e preocupações para, em seguida, se tornar mais específica, incluindo dados de relevância clínica, evitando a dispersão do paciente (SILVA et al., 2012). A seguir serão estabelecidas algumas informações relevantes a serem coletadas:

1. Hábitos alimentares; tabaco; álcool e uso de fármacos.
2. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus; esclerose múltipla e cirurgias anteriores;
3. História da doença atual incluindo os principais sinais e sintomas;
4. Presença de dor: vesical; prostática; peniana e escrotal;
5. Sintomatologia do trato urinário baixo: sintomas de esvaziamento (disúria, hesitação, jato intermitente ou fraco, sensação de esvaziamento incompleto, gotejamento pós-miccional e retenção urinária); e sintomas de armazenamento (frequência; dor suprapúbica; noctúria; urgência miccional; incontinência urinária – esforço, urgência, mistas);
6. Libido – associando fatores psicológicos e iatrogenia medicamentosa;
7. Alterações da função erétil;
8. Alterações de ejaculação e orgasmo (ejaculação retrógrada; prematura; anorgasmia; hematoespermia, entre outros aspectos);
9. Investigação sobre conflitos interpessoais (SILVA et al., 2012).



A necessidade de realização de exames complementares poderá ser definida pela equipe de saúde. O exame urodinâmico é um exame invasivo que ajuda a identificar STUI, simulando as fases de enchimento e esvaziamento vesical para a avaliação. O exame envolve a urofluxometria livre, cistometria, estudo de fluxo pressão e alguns incluem testes de função uretral e eletromiografia (ASSIS et al., 2022).

Outra maneira conservadora e de baixo custo para avaliar padrão e sintomas urinários é a aplicação de diário vesical (DV), uma ferramenta não invasiva usada para avaliar as sensações da bexiga no dia a dia. Além da frequência urinária e do volume, também incluindo o grau de desejo e a percepção da plenitude da bexiga antes de esvaziar, é considerado um importante instrumento para o diagnóstico de disfunção miccional. Esse instrumento é preenchido pelo próprio paciente ou por um cuidador e pode ser orientado por qualquer profissional de saúde que trabalhe com pessoas que apresentam queixas urinárias (ASSIS et al., 2022). O preenchimento adequado do diário miccional possibilitará uma melhor compreensão dos fatores relacionados às perdas e o seu impacto na função sexual.


- *Diagnóstico de enfermagem da NANDA-I em homens com disfunção sexual associada aos STUI*

A relação entre masculinidade, influência da autoimagem corporal, autoestima sexual e o baixo desejo sexual em homens é um tema escasso na literatura (MEISSNER et al., 2019). Contudo, sabe-se que STUI e disfunção erétil podem ter impacto negativo na qualidade de vida. As principais medidas são a tentativa de omitir o problema e a diminuição da frequência da atividade sexual. Homens com disfunção erétil podem apresentar piora na autoestima e nas relações sociais e até diminuição da produtividade no trabalho (GOMES et al., 2020). A seguir serão listados dois diagnósticos NANDA-I associados a função sexual (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021).

**Quadro 2:** Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I associados à função sexual. 2022.

<b>Título diagnóstico</b>	<b>Domínio/Classe</b>	<b>Principais características definidoras</b>	<b>Principais fatores relacionados</b>
Disfunção sexual (00059)	Sexualidade / Função sexual	Alteração indesejada na função sexual; atividade sexual alterada; desejo sexual diminuído; excitação sexual alterada; limitação sexual percebida; satisfação sexual alterada.	Vulnerabilidade percebida.
Padrão de sexualidade ineficaz (00065)	Sexualidade / Função sexual	Atividade sexual alterada; comportamento sexual alterado; dificuldade com atividade sexual.	Estratégias sexuais alternativas inadequadas.

**Fonte:** Autoria própria, 2022.



Cabe ainda ressaltar que homens com disfunções sexuais associadas aos sintomas miccionais apresentam diagnósticos de enfermagem listados no Domínio Eliminação e Troca, Classe 1: Função Urinária, da Taxonomia NANDA-I. Tais títulos diagnósticos são (Herdman; Kamitsuru; Lopes, 2021): Eliminação urinária prejudicada (00016); Incontinência urinária de esforço (00017); Incontinência urinária de urgência (00019); Incontinência urinária mista (00310); Incontinência urinária associada à incapacidade (00297); e Retenção urinária (00023).


Considerando o impacto das disfunções sexuais associadas aos STUI na qualidade de vida, é importante compreender a relevâncias de outros possíveis diagnósticos NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES, 2021), especialmente: Fadiga (00093); Desesperança (00124); Distúrbio na identidade pessoal (00121); Risco de baixa autoestima crônica (00224); Interação social prejudicada (00052); Enfrentamento ineficaz (00069); Regulação do humor prejudicada (000241), entre outros.

- *Resultados (NOC) e Intervenções de enfermagem (NIC) em homens com disfunção sexual associada aos STUI a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados*

A etapa do planejamento envolve a determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas (implementação) face às respostas dos indivíduos em um dado momento do processo saúde e doença (COFEN, 2009).

Portanto, nesse momento, o enfermeiro deverá eleger resultados esperados de acordo com os DE identificados previamente. Para tanto, poderá consultar a Taxonomia referente à Classificação dos Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcome Classification - NOC*) (MOORHEAD et al., 2020). Alguns títulos de resultados NOC importantes no contexto dos homens com disfunções sexuais e STUI são: identidade sexual (1207); conhecimento função sexual (1815); autocuidado: higiene íntima (0310); continência urinária (0502); eliminação urinária (0503); resposta ao medicamento (2301) e outros.


As principais formas de tratamento atual da disfunção sexual estão alicerçadas na terapia oral (inibidores da fosfodisterase tipo 5), injeções intracavernosas (substâncias vasoativas), injeções intrauretrais, dispositivos de ereção a vácuo, extensores penianos, tratamentos combinados, tratamentos experimentais e cirurgias. Incorporar tais modalidades de tratamento de forma isolada na reabilitação da função erétil pode oferecer resultados poucos satisfatórios, uma vez que esta condição requer orientação dos pacientes e suas parceiras sobre o tratamento e seus efeitos, bem como motivação, conhecimento, confiança e envolvimento de ambos. Diante disso, acompanhamento multiprofissional do casal, programas educacionais e



desenvolvimento de *guidelines* são essenciais para a reabilitação da função erétil e para superar os efeitos dessa complicação na vida desses pacientes (EDUARDO et al., 2016).

Como principal intervenção de enfermagem proposta para o diagnóstico de enfermagem NANDA-I “Disfunção sexual” na Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification – NIC*) encontra-se a intervenção intitulada: Aconselhamento sexual (5248) que se refere ao “uso de um processo interativo concentrado na necessidade de ajustar a prática sexual ou melhorar o enfrentamento em relação a um distúrbio ou evento sexual” (BUTCHER et al., 2020). As atividades apresentadas nesta intervenção não são diretamente voltadas aos problemas específicos da disfunção erétil, contudo estudo de revisão da literatura propôs ações de enfermagem mais específicas e que serão importantes no contexto da disfunção sexual associada aos STUI (EDUARDO et al., 2016). Entre estas pode-se citar:

- Promover discussão dos problemas com a disfunção erétil com outros pacientes que vivenciaram os mesmos problemas por meio de encontros individualmente;
- Ensinar quanto ao uso correto das medicações prescritas pelo médico para tratamento da disfunção erétil e STUI;
- Compreender as circunstâncias pessoais de cada paciente para então propor soluções e tratamentos específicos para cada caso;
- Compreender os valores pessoais, influências culturais e mitos apresentados pelos pacientes ou casais, pois podem ser barreiras para iniciar discussão sobre a sexualidade;
- Promover a participação das esposas/companheiras em redes de apoio para lidarem com sua ansiedade e auxiliá-las a resolverem questões relacionadas a disfunção erétil;
- Ensinar paciente e parceiras quanto a importância de manter a intimidade do casal mesmo diante da disfunção erétil;
- Estimular os casais a conversarem sobre seus sentimentos e perspectivas a respeito da disfunção erétil;
- Ensinar sobre a disfunção sexual e os STUI;
- Manter comunicação clara e direta com o paciente e esposas, alicerçada em conhecimento teórico sobre a disfunção erétil, respeito, confidencialidade e livre de julgamentos;
- Acompanhar a evolução da função erétil por meio de entrevista com o paciente e uso de instrumentos específicos sobre a atividade e funcionamento sexual;
- Estimular o retorno da atividade sexual após o câncer considerando estratégias como: desfrutar o sexo mesmo sem ereção ou ereção firme, retomada do desejo sexual, aproveitar as



sensações de prazer apesar da disfunção erétil, uso do toque para atingir orgasmos sem necessariamente ter relação sexual;

- Estimular mudanças no comportamento sexual que estimulem a sexualidade e desejo (como: planejamento para encontros sexuais, promoção de sentimentos de paixão, amor e brincadeiras durante o sexo, estimular fantasias sexuais e variações);
- Ensinar sobre a abrangência de definições sobre sexualidade com o objetivo de incluir outras atividades que promovam prazer além da relação sexual;
- Ensinar a realização de exercícios para a musculatura do assoalho pélvico.


A intervenção NIC intitulada “exercícios para a musculatura pélvica” (0560) é descrita como “fortalecimento e treinamento dos músculos levantador do ânus e urogenital por meio de contração voluntária e repetitiva para diminuir os tipos de incontinência urinária de tensão, de urgência ou misto (BUTCHER et al., 2020). Apesar de estar diretamente associada aos STUI, especialmente a IU, a literatura aponta os benefícios do treinamento dos músculos pélvicos nos casos de disfunção sexual (ABRAMS et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo possibilitou conhecer algumas especificidades relativas à assistência de enfermagem em indivíduos que apresentem disfunções sexuais associadas aos sintomas do trato urinário inferior. A literatura apontou que do ponto de vista epidemiológico, STUI e disfunção sexual coexistem frequentemente em homens, especialmente em razão dos distúrbios prostáticos, e a prevalência de ambos os acometimentos esteve em torno de 61% a 86%. Além disso, STUI como fluxo lento, fluxo intermitente, disúria e incontinência urinária durante o intercuro sexual foram significativamente associados à disfunção erétil e sexual.

Os três questionários disponíveis na literatura que avaliam disfunções sexuais masculinas associadas aos sintomas do trato urinário inferior revelam a existência de subsídios importantes para a atuação clínica do enfermeiro com foco na urologia e em uma assistência que atenda às necessidades psicossociais e biológicas do indivíduo.

Ressalta-se, também, a importância do desenvolvimento de estudos que possam validar estes instrumentos ainda não validados no Brasil e que, principalmente, o conhecimento de tais ferramentas esteja ao alcance dos profissionais de enfermagem em formação e daqueles já em atuação clínica, com vistas a proporcionar uma assistência de enfermagem baseada em parâmetros confiáveis de avaliação.



Por fim, foi possível elencar os principais diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem relacionadas ao manejo clínico das disfunções sexuais associadas aos STUI. Assim, a partir da avaliação, torna-se fundamental que o enfermeiro programe cuidados, incluindo o aconselhamento sexual, terapias comportamentais para controle dos STUI e a implementação dos exercícios para os músculos da pelve, o qual atua sobre ambos os acometimentos.

Tais intervenções associadas ao suporte emocional, permitirão minimizar as angústias que acometem estes indivíduos. Sugere-se que essas intervenções fundamentem a atuação dos enfermeiros no acompanhamento desses clientes, proporcionando melhora da qualidade de vida e bem-estar.

## REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N.; JÚNIOR, W. M. O.; SCANAVINO, M. T.; MARTINS, F. G. Disfunção Erétil - Resultados do Estudo da vida sexual do Brasileiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n. 6, p. 424-9, 2006.

ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; WAGG, A.; WEIN, A., editors. **Incontinence**. 6ª edição. International Consultation on Incontinence. [Internet]. Tokyo: Health Publications Ltd; 2017. 2636 p. Disponível em: <[https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)>. Acesso em: 23 jul 2022.

ADEGUN, P. T.; AREO, P. O.; SOLOMON, A.; DADA, S. A.; ADEBAYO, P. B. Erectile dysfunction in men with and without lower urinary tract symptoms in Nigeria. **The World Journal of Men's Health**, v. 35, n. 2, p. 107-114, 2017.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Cienc Saude Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

ALEXANDRE, N. M. C.; GALLASCH, C. H.; LIMA, M. H. M.; RODRIGUES, R. C. M. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 3, p. 802-809, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** - 5ª Edição. [S.l: s.n.], 2014.

ASSIS, G. M.; SALVADOR, M. B. Estudo comparativo entre diário vesical e estudo urodinâmico para identificação de sintomas do trato urinário inferior. **ESTIMA - Brazilian Journal Enterostomal Therapy**, v. 20, p. 1-9, 2022.

BARRY, M. J.; et al. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. **The Journal of Urology**, v. 148, n. 5, p. 1549-1557, 1992.





BILGIC, D.; BEJI, N. K. How do urinary incontinence types affect sexual function and quality of life for Turkish women? **Lower Urinary Tract Symptoms**, v. 12, n. 3, p. 1-7, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.: il. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_reprodutiva\\_homens\\_cuidado.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_reprodutiva_homens_cuidado.pdf)>. Acesso em: 23 jul 2022.

BRAVO-BALADO, A.; et al. Assessment of Female Sexual Dysfunction and Erectile Dysfunction and Its Association with Lower Urinary Tract Symptoms in Women and Men Over 18 Years Old: Results From the COBaLT Study. **J Sex Med.** v.18, n.6, p.1065-1074, 2021.

BUTCHER, H. K.; BULECHEK, G. M.; DOCHTERMAN, J. M.; WAGNER, C. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 7 ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier; 2020.

CANO, S. J.; HOBART, J. C. The problem with health measurement. **Patient Preference and Adherence**, v. 5, p. 279-290, 2011.

CARVALHO, E. C. Contribuição da classificação dos resultados de enfermagem na assistência. [Editorial]. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São José do Rio Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, v. 24, n. 1, p. 1-2, 2017.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 506-520.

CHAPPLE, C.; et al. Prevalence of lower urinary tract symptoms in China, Taiwan, and South Korea: results from a cross-sectional, population-based study. **Advances in Therapy**, v. 34, n. 8, p. 1953-1965, 2017.

CHAPPLE, C. R.; et al. Terminology report from the International Continence Society (ICS) working group on underactive bladder (UAB). **Neurourology and urodynamics**, v. 37, n. 8, p. 2928-2931, 2018.

CHEN, C. M.; et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. **Breast J**, v. 16, n. 6, p. 587-597, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 544/2017**, de 9 de maio de 2017. Revoga a Resolução Cofen nº 159/1993 – Consulta de Enfermagem. Brasília (DF): COFEN; 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.



COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. **The American Journal of Medicine**, v. 119, n. 2, p. 166.e07-166.e16, 2006.

DE NUNZIO, C.; LOMBARDO, R.; TEMA, G.; TUBARO, A. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. **Current Urology Reports**, v. 19, n. 61, p. 1-8, 2018.

DE NUNZIO, C.; ROEHRBORN, C. G.; ANDERSSON, K-E.; McVARY, K. T. Erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. **European urology focus**, v. 3, n. 4-5, p. 352-363, 2017.

DONOVAN, J. L.; et al. The ICS-‘BPH’ Study: the psychometric validity and reliability of the ICSmale questionnaire. **British Journal of Urology**, v. 77, p. 554–562, 1996.

DUMBRAVEANU, I.; CEBAN, E.; BANOV, P. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction in men from the Republic of Moldova. **Journal of medicine and life**, v. 11, n. 2, p. 153, 2018.

EDUARDO, A. H. A.; NAPOLEÃO, A. A.; CARVALHO, E. C. Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 42, p. 440-445, 2016.

FEITOSA, M. C.; SOARES, L. S.; BELEZA, C. M. F.; SILVA, G. R. F.; LEITE, I. R. L. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em Enfermagem. **S A N A R E**, v.13, n.2, p.92-97, 2014.

FRANKEL, S. J.; et al. Sexual Dysfunction in Men with Lower Urinary Tract Symptoms. **J Clin Epidemiol**, v. 51, n. 8, p. 677-685, 1998.

GACCI, M.; et al. Critical analysis of the relationship between sexual dysfunctions and lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia. **European Urology**, v. 60, n. 4, p. 809-825, 2011.

GALATI, M. C. R.; JÚNIOR, E. O. A.; DELMASCHIO, A. C. C.; HORTA, A. L. M. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 242–252, ago. 2014.


GOMES, C. M.; AVERBECK, M. A.; KOYAMA, M.; SOLER, R. Association among lower urinary tract symptoms, erectile function, and sexual satisfaction: results from the Brazil LUTS study. **Sexual medicine**, v. 8, n. 1, p. 45-56, 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C. (2021). **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification**, 2021-2023. (12th ed.). Thieme.

HESTER, A. G.; KRETSCHMER, A.; BADLANI, G. Male incontinence: the etiology or basis of treatment. **European Urology Focus**, v. 3, n. 4–5, p. 377–384, 2017.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EDUSP, 1979. 99p.

**ICS Standards 2020-2021**, Las Vegas: editorial: 2019. Disponível em: <<https://www.ics.org/Publications/ICS%20Standards%202020-2021.pdf>>. Acesso em: 23 jul 2022.



KHALAILA, R. Translation of questionnaires into arabic in cross-cultural research: techniques and equivalence issues. **J Transcult Nurs**, v. 24, n. 4, p. 363-370, 2015.

KOSOWSKI, T.; et al. A systematic review of patient-reported outcome measures after facial cosmetic surgery and/or nonsurgical facial rejuvenation. **Plast Reconstr Surg**, v. 123, n. 6, p. 1819-1827, 2009.

KOTRONOULAS, G.; et al. What Is the Value of the Routine Use of Patient-Reported Outcome Measures Toward Improvement of Patient Outcomes, Processes of Care, and Health Service Outcomes in Cancer Care? A Systematic Review of Controlled Trials. **J Clin Oncol**. Am Soc Clin Oncol, v. 32, n. 14, p. 1480-1501, 2014.

MANZI-OLIVEIRA, A. B.; BALARINI, F. B.; MARQUES, L. A. S.; PASIAN, S. R. Adaptação transcultural de instrumentos de avaliação psicológica: levantamento dos estudos realizados no Brasil de 2000 a 2010. **Psico-USF**, v. 16, n. 3, p. 367-381, 2011.

MARINHO, G.; ALMEIDA, D. Disfunção Sexual na Prática Psiquiátrica – Uma Revisão. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, v. 16, n. 2, 2018.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 17, n. 3-6, p. 175-183, 2008.

MARX, R. G.; BOMBARDIER, C.; HOGG-JOHNSON, S.; WRIGHT, J. G. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. **J Clin Epidemiol**, v. 5, n. 2, p. 105-111, 1999.

MEISSNER, V. H.; et al. Factors Associated with Low Sexual Desire in 45-Year-Old Men: Findings from the German Male Sex-Study. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 16, n. 7, p. 981-991, 2019.

MEYHOFF, H. H.; HALD, T.; NORDLING, J.; ANDERSEN, J. T.; BILD, T.; WALTER, S. A new patient weighted symptom score system (DAN-PSS-1). **Scand J Urol Nephrol**, v. 27, n. 4, p. 493-499, 1993.


MONTERO, A. A.; BERMÚDEZ, F. J. B.; FEITO, D. P. Relación entre los síntomas del tracto urinario inferior en el varón y la disfunción eréctil. **Semergen**, v. 42, n. 3, p. 164–171, 1 abr. 2016.

MOORHEAD, S.; SWANSON, E.; JOHNSON, M.; MAAS, M. L. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

MUÑIZ, J.; ELOSUA, P.; HAMBLETON, R. K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. **Psicothema**, Oviedo, v. 25, n. 2, p. 151-157, 2013.

MUÑIZ, J.; HAMBLETON, R. K. Directrices para la traducción y adaptación de tests. **Papeles del Psicólogo**, Madrid, v. 66, p. 63-70, 1996.

PITTMAN, J.; BAKAS, T. Measurement and instrument design. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 37, n. 6, p. 603-607, 2010.



ROSEN, R. C.; CATANIA, J.; POLLACK, L.; ALTHOF, S.; O'LEARY, M.; SEFTEL, A. D. Male sexual health questionnaire (MSHQ): Scale development and psychometric validations. **Urology**, v. 64, p. 777-782, 2004.

ROSEN, R. C.; RILEY, A.; WAGNER, G.; OSTERLOH, I. H.; KIRKPATRICK, J.; MISHRA, A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, v. 49, n. 6, p. 822-830, 1997.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. **Orthop Nurs**, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008.

SCHOU, J.; HOLM, N. R.; NEUHOFF, H. H. Sexual function in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia. **Scand J Urol Nephrol Suppl**, v. 179, p. 119-122, 1996.

SILVA M. M.; DUARTE A.; GALO J.; DOMINGUES N. **Enfermagem em Urologia**. Lidel. Lisboa. 2012.

SILVEIRA, I. A.; OLIVEIRA, B. G. R. B.; SOUZA, P. A.; SANTANA, R. F.; CARVALHO, M. R. Cross-cultural adaptation of the Leg Ulcer Measurement Tool for Brazil: nursing methodology research. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 4, p. 1-8, 2020.

SOLER, R.; GOMES, C. M.; AVERBECK, M. A.; KOYAMA, M. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 4, p. 1356-1364, 2018.

SOUZA, V. M. Disfunção da Excitação Sexual. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 16, n. 1, p. 49-56, 2020.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2021.

TERWEE, C. B.; et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TOMÉ, A. L. F.; et al. Lower urinary tract symptoms and sexual dysfunction in men with multiple sclerosis. **Clinics**, v. 74, p. 1-7, 2019.

VALDERAS, J. M.; ALONSO, J. Patient reported out-come measures: A model-based classification system for research and clinical practice. **Qual Life Res** v. 17, p. 1125-1135, 2008.

WANG, L.; WANG, T.; LIU, J.; WANG, J. Correlation analysis of erectile dysfunction with lower urinary tract symptoms (LUTS) degree and clinical features in LUTS patients. **Iranian Journal of Public Health**, v. 47, n. 5, p. 658-665, 2018.

WEIN, A. J.; COYNE, K. S.; TUBARO, A.; SEXTON, C. C.; KOPP, Z. S.; AIYER, L. P. The impact of lower urinary tract symptoms on male sexual health: EpiLUTS. **BJU International**, v. 103, p. 33-41, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **CID-11 para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade**. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>>. Acesso em: 22 jul 2022.

# CAPÍTULO 9

## O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO

Ana Cristina Frazão  
Átilla Mary Almeida Elias de Sousa  
Cássia Maria da Conceição Bottentuit  
Geraldo Viana Santos  
José Carlos Costa Araújo Júnior  
Maria Célia Soares Fonseca  
Silvana do Socorro Santos de Oliveira  
Simone Oliveira de Arruda

### RESUMO

A gestação é uma fase importante na vida da mulher, caracterizando mudanças físicas e fisiológicas. O objetivo geral do presente estudo se pauta em descrever o papel dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto humanizado. Os objetivos específicos são: abordar as medidas de segurança do parto humanizado e compreender os aspectos relacionados à realização de um parto humanizado. A metodologia do estudo pautou-se em uma revisão integrativa de literatura, realizada por meio da leitura de publicações disponíveis eletronicamente nas bases de dados BDENF, LILACS e SciELO. Observou-se no decorrer do estudo que a humanização no momento do parto é algo já abordado pelos serviços de gestão em saúde, contudo possui uma difícil implementação por aspectos que abrangem desde a falta de preparo profissional à falta de estrutura dos hospitais. O presente estudo atingiu o objetivo proposto, mostrando as condutas que a enfermagem deve adotar para humanizar a assistência à mulher no momento do parto. A partir do obtido, nota-se que a realidade ainda está longe de alcançar o ideal, havendo ainda casos de excesso de medicalização e institucionalização, atrelado ao baixo conhecimento e à pouca humanização dos serviços de saúde.


**PALAVRAS-CHAVE:** Obstetrícia. Parto Humanizado. Cuidados de Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Até o século XIX, a assistência às gestantes era realizada por parteiras, mulheres que aprenderam seu ofício na prática, ocorrendo o trabalho de parto no ambiente domiciliar. A partir do século XX, o parto tornou-se um evento médico e passou a ser realizado dentro de ambiente hospitalar. A institucionalização do nascimento e principalmente o fato de o parto ser visto como um acontecimento médico contribuiu para a redução de nascimentos por via vaginal e aumento de cirurgias cesarianas (ROCHA e FERREIRA, 2020, p. 557).

A gestação é uma fase importante na vida da mulher, caracterizando mudanças físicas e fisiológicas. Durante esse período, o organismo materno se prepara para o parto, fazendo com que ocorram alterações para adaptação do corpo da mulher. Para que isso ocorra como o





planejado a puerperal deve estar preparada e ciente dos sinais de parto e vias de parto (BRASIL, 2017).

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo aproximadamente 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados (BRASIL, 2018).

O modelo de parto nos países em desenvolvimento ainda tem sido bastante medicalizado, além de tratado como algo patológico, em que a figura do médico é colocada no foco central de todo o procedimento; porém, já se tem investido em programas que buscam por uma mudança. Contudo, em 1996 houve a recomendação da OMS acerca das boas práticas para o parto e o nascimento; em 2000, no Brasil, houve a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e, em 2011, a implantação da Rede Cegonha, garantindo a gestante o acesso e o cuidado de forma integral. (QUEIROZ et al., 2017, p. 72).


A presente pesquisa é relevante no campo da saúde, social e acadêmico. O parto e o pré-natal caminham juntos, o acontecimento de um é o efeito do outro, é indispensável garantir a perpetuidade do zelo para a gestante, partindo da atenção primária para a atenção secundária e terciária. O parto humanizado com uma boa assistência antes, durante e depois faz com que a gestante se sinta acolhida durante esse momento especial.

Nesse âmbito se torna de extrema importância que o profissional que atende a mulher gestante, possua competência, e conhecimento científico para proporcionar a melhor assistência possível para a mesma, tornando o momento do parto deveras exclusivo. Diferente de outras profissões, a tarefa da enfermagem é observar as características dos indivíduos da melhor forma com base na sistematização da enfermagem, e aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na sua Sistematização de Assistência da Enfermagem (SAE).

Por fim, pretendeu-se também conhecer um pouco mais da temática proposta através da pesquisa do conteúdo. Ademais, a pesquisa pode ajudar no desenvolvimento acadêmico e profissional dos pesquisadores. Com a finalidade de conhecer mais acerca da temática, propôs-se responder no presente estudo à seguinte pergunta: Segundo a literatura, qual é o papel dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto humanizado?

O objetivo geral do presente estudo se pauta em descrever o papel dos profissionais de enfermagem na assistência ao parto humanizado. Os objetivos específicos são: abordar as





medidas de segurança do parto humanizado e compreender os aspectos relacionados à realização de um parto humanizado.

A metodologia do estudo pautou-se em uma revisão integrativa de literatura. A amostra do estudo constituiu-se de publicações disponíveis eletronicamente nas bases de dados: Medical Library Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com uso dos descritores controlados “Obstetrícia”, “Parto Humanizado” e “Cuidados de Enfermagem”. Estes foram cruzados entre si para uma melhor obtenção de resultados. A busca na literatura ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2021.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção de artigos foram: artigos na íntegra disponíveis online de forma gratuita que abordassem a temática proposta pelo estudo; apresentação de resumo para primeira apreciação; nos idiomas português e inglês, no período de 2014 a 2021. Os critérios de não inclusão foram: revisões de literatura incompletas, artigos com bibliografia incompleta e trabalhos sem resumo.


Este trabalho respeita as normas éticas de pesquisas e trabalhos acadêmicos. Por ser uma pesquisa de natureza bibliográfica, conforme preconiza a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não se faz necessário o envio deste projeto para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

## **O PARTO E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA NA SUA REALIZAÇÃO**

Anteriormente, o trabalho de parto era realizado por parteiras que eram desprovidas de formação técnica ou acadêmica. Essa prática ocasionava às parturientes muitas complicações durante o parto e puerpério, podendo também levar a óbito materno e fetais. Com o passar do tempo, os avanços científicos e a busca pela redução dessa alta taxa de mortalidade no parto e puerpério, se fez necessário a institucionalização dos procedimentos cirúrgicos-obstétricos, tornando-os intra-hospitalares (GOMES et al., 2017, p. 2579).

Ao analisar os riscos que os pacientes poderiam ser acometidos nas instituições de saúde, achou-se necessária a melhoria da qualidade na assistência ao paciente, promovendo a segurança, e identificando as situações e oportunidades que possam prover risco ao paciente, mantendo a prevenção e o controle (RUSSO et al., 2019, p. 02)

No entanto sabe-se que o parto é um processo complexo e dotado de intercorrências, que acometem as parturientes no pré-parto, parto e pós-parto, mediante a isto a lista de verificação da Organização Mundial da Saúde para parto seguros foi criada no intuito de



melhorar a qualidade dos cuidados prestados a mulheres que dão à luz visando manter uma assistência de alta qualidade até o momento que a mãe e o recém-nascido recebem alta (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA, 2014, p. 1861).

A Lista de Verificação é uma lista organizada de práticas fundamentais a serem realizadas durante o processo de parto, baseadas em evidências, que visa as principais causas de morte materna e natimortos por causas relacionadas ao parto e das mortes neonatais que ocorrem em unidades de saúde, em território mundial (REZENDE, 2015, p. 218).

“A elaboração desse instrumento foi estimulada especialmente pela existência de dados que indicam que entre os 130 milhões de partos ocorridos a cada ano, cerca de 303 mil resultam em morte materna, 2,6 milhões em natimortos e 2,7 milhões em morte neonatal. Apesar da redução de 45% das mortes maternas em todo o mundo desde 1990, 800 mulheres ainda morrem a cada dia por causas preveníveis antes, durante ou depois do momento do parto, e 99% dessas mortes maternas preveníveis ocorrem em países de baixa e média renda” (RUSSO e NUCCI, 2020, p. 07).


A diminuição da mortalidade relacionada ao nascimento vem sendo uma prioridade na saúde global: esteve entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), finalizados em 2015, e está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também visando à redução do número de mortes maternas evitáveis, até 2030 (REZENDE, 2015, p. 216).

Com o objetivo de reduzir os danos causados nas parturientes e conseqüentemente diminuir a mortalidade materna e neonatal o Programa de Humanização do Parto e Nascimento vincula a reorganização da assistência, o acesso ao pré-natal, parto e puerpério como forma de garantir a qualidade do atendimento com um conjunto mínimo de procedimentos. Este programa apresenta duas características principais: O olhar integral a assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporadas como normas institucionais (VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017, p. 05).

É de suma importância assegurar a gestante sobre o processo do parto e suas complexidades, e enfatizar que tudo aquilo que foi explicado e falado pra gestante sobre promover a segurança da mãe e do recém-nascido é um direito dela e integra uma assistência com base nos cuidados mais seguros possíveis (HIRSCH, 2015, p. 232).

## **ASPECTOS CARACTERÍSTICOS DO PARTO HUMANIZADO**

Ao contrário do que acredita a crença popular ao redor do tema, o parto humanizado em nada relaciona-se a escolha da via de parto ou ao local/ambiente onde este ocorre. Ele também não se pauta em haver sua ocorrência em ambiente intra-hospitalar ou doméstico (RUSSO et al., 2019, p. 06).



A humanização no momento do parto se trata de um conceito, de uma forma de realização desse procedimento, do acompanhamento à parturiente. Ele deve ser associado à existência do respeito e da compreensão das individualidades e características e da gestante com a prática clínica embasada nas mais qualificadas evidências científicas. Tal ocorrência deve ter como foco principal colocar a parturiente como foco principal de todo o cuidado. (RUSSO e NUCCI, 2020, p. 02)


Corroborando com essa ideia, Moraes (2019, s.p.) relata em seu estudo que a palavra “humanizado” não tem relação com a via de parto escolhida, mas à maneira que ocorre a assistência à mulher, levando em consideração suas vontades e decisões, de modo que o respeito seja preservado. Em outras palavras, nem todo parto normal/vaginal significa que seja humanizado, e igualmente a realização de uma cesárea pode ser interpretada como a desumanização do parto.

Segundo Russo e Nucci (2020, p. 03) relatam em seu estudo que a ocorrência de partos vaginais podem, por vezes, abranger atos extremamente violentos e o uso de meios e recursos altamente desnecessários. Em oposição, apesar de o parto cesáreo se tratar de um procedimento cirúrgico, é completamente possível que seja realizada com humanização.

A humanização no parto cesáreo faz com que este tipo de parto seja chamado de “cesáreas respeitadas”. Mesmo sendo um procedimento cirúrgico e possuindo um contexto que justifica a necessidade da cirurgia, é possível ainda que a parturiente se torne o alvo de toda a humanização e com alguns cuidados, como: contato pele a pele precoce, baixa luminosidade e controle de temperatura da sala (ROHDEN e ALZUGUIR, 2016, s.p.).

Contudo, evidencia-se no estudo de Rocha e Ferreira (2020, p. 561) que existem no cotidiano algumas práticas rotineiras, sistematizadas e que abrangem todas as mulheres sem o estabelecimento de algum critério que fazem o parto ser algo desumanizado e sofrido. A exemplo, tem-se a realização da lavagem intestinal (para que a mulher não evacue no decorrer do parto), a imposição da posição litotômica para a realização do parto, ditar à mulher o momento em que ela deve fazer força e a realização desnecessária de uma episiotomia (corte na vagina) para aumentar a via de parto.

Com relação a questão sobre mulher o momento em que ela deve fazer força e empurrar o bebê no parto vaginal, considera-se como ideal que a mulher realize essa força por vontade espontânea, chamada como “puxo”. “Manejar o parto fazendo a paciente empurrar com



orientações pode aumentar as chances de ter lacerações” (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA, 2014, p. 1863).

O que é rotineiramente estigmatizado pela sociedade trata-se da crença de que o parto humanizado sempre consiste na realização de um parto vaginal, ou seja, sem fazer uso de quaisquer tipos de recursos. Contudo, há métodos que, quando realizados por situação necessária, não significam que o parto realizado não é humanizado. A exemplo, tem-se o uso do vácuo extrator, do fórceps ou mesmo a ocorrência da cesárea. Tais recursos são utilizados quando existe indicação e, por seu uso, não deixará de ser humanizado, sendo justificado pelo fato da ocorrência de uma violência obstétrica poder igualmente acontecer por omissão, ou seja, a parturiente necessitar de determinado recurso e o médico não utilizá-lo (VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017, p. 07).

Na realidade do Brasil, a humanização do parto ainda não faz parte dos procedimentos da maior parte das maternidades existentes, independentemente de estarem no setor público ou privado, uma vez que a maioria dos profissionais que atuam frente a assistência humanizada realizam atendimentos particulares, onde muitas das parturientes não possuem condições financeiras de pagar. Ademais, falta estrutura adequada para proporcionar privacidade às pacientes. (VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017, p. 07)

Um dos maiores benefícios do parto humanizado é o de propiciar à paciente o papel de protagonista, tornando-se foco principal do cuidado ofertado e respeitando desejos e vontades. Nesse sentido, a parturiente deve exercer papel ativo durante sua história de parto. Na humanização do parto, a gestante possui liberdade para se locomover da maneira que achar mais confortável, podendo se alimentar e ingerir líquidos durante o processo de parto, além de conceber na posição que lhe causar menos dor. Em geral, também é feito o contato pele a pele precoce entre bebê e mãe, sendo logo após o parto. Todos os procedimentos devem ser respeitados se for desejo da mãe e se ambos estiverem bem (HIRSCH, 2015, p. 238).

Cabe ressaltar que quanto menor a quantidade de intervenções, melhor a recuperação para mãe e bebê. Desta forma, o parto é um evento fisiológico que, com a assistência humanizada, traz inúmeros benefícios para a mãe e o recém-nascido. Com isso, entende-se que a humanização do parto protege parturiente e recém-nascido de eventuais complicações (HIRSCH, 2015, p. 245).



## A ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Humanizar a assistência de enfermagem materno-infantil é de grande importância, pois garante à mulher o seu acesso ao pré-natal, garantindo-lhe uma assistência digna, uma gravidez segura e saudável, com as informações necessárias para realizar o parto e sobre os quais procedimentos serão realizados (ZORZANELLI, ORTEGA e BEZERRA, 2014, p. 1859).


Para que a realização do parto seja o mais humano possível, a equipe de enfermagem pode tomar algumas atitudes como apoiar a gestante e orientá-la sobre os procedimentos, permitir acompanhante, evitar realização de enema e tricotomia, fornecer ambiente confortável e calmo para a paciente e permitir que a mesma relaxe. Deve-se ter em mente que o parto é um momento único na vida da mulher e deve ter o mínimo de intercorrências possíveis. (REZENDE, 2015, p. 224).

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, com o menor número possível de intervenções e somente caso sejam realmente necessárias, permitindo o máximo possível de autonomia à mulher no parto (HIRSCH, 2015, p. 230)

No puerpério ou período pós-parto é a fase em que ocorrem manifestações corporais que fazem a mulher ter seu corpo de volta ao que era antes da gestação, recuperando o organismo das modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto. Didaticamente, pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia). Nesta etapa ocorre o efetivo exercício da maternidade, na qual a mulher experimenta profundas modificações. Assim, este evento pode ser concebido como um fenômeno de âmbito tanto biológico quanto psicológico e sociocultural (VARGENS, SILVA e PROGIANTI, 2017, p. 03).

Durante a fase de recuperação, após o parto, a puérpera apresenta momentos de dependência dos cuidados de enfermagem oferecidos a ela e ao bebê; estes momentos serão decisivos para que o enfermeiro possa direcionar um cuidado que venha a atender às necessidades de ambos. Os profissionais de saúde devem estar mais atentos e preocupados em avaliar a satisfação do paciente em relação ao cuidado recebido (RUSSO e NUCCI, 2020, p. 09).

Em adolescentes que se tornam mães, o profissional deve estar atento ao fato de haver mudanças socioculturais e psicológicas inesperadas na vida delas, o que pode demandar um cuidado redobrado do profissional para com a paciente. O olhar humanizado deve estar



presente, prestando todo o auxílio que estiver ao alcance da equipe multidisciplinar (GOMES et al., 2017, p. 2582).

Cabe ao enfermeiro reconhecer sua contribuição no momento do parto e do pós-parto, sendo ele o responsável por auxiliar essa gestante, retirando-lhe todas as suas dúvidas e inseguranças, e contribuindo para uma recuperação sem complicações para a mulher, e auxiliando-a a desenvolver algumas atividades para com a criança, como o aleitamento materno (MORAES, 2019, s.p.).

O suporte que os profissionais de saúde oferecem durante o processo do parto as mulheres é de extrema importância, pois, através destes, o profissional de saúde mostra-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar a paciente, para a criação de laços de confiança e afeição, facilitando o processo e fazendo dele um momento de cuidado e conforto. É importante reiterar que o atendimento deve ser realizado, sem interferir na preservação da integridade da paciente durante os procedimentos feitos, especialmente no que diz respeito ao parto, permitindo-lhe ter a melhor experiência para o momento, sendo o menos invasivo e o mais humano possível. O atendimento deve ser satisfatório para a equipe e para a paciente. (ROHDEN e ALZUGUIR, 2016, s.p.)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se no decorrer do estudo que a humanização no momento do parto é algo já abordado pelos serviços de gestão em saúde, contudo possui uma difícil implementação por aspectos que abrangem desde a falta de preparo profissional e institucional à falta de estrutura dos hospitais.

O presente estudo atingiu o objetivo proposto, mostrando as condutas que o a enfermagem deve adotar para humanizar a assistência à mulher no momento do parto. A partir do obtido, nota-se que a realidade ainda está longe de alcançar o ideal, havendo ainda casos de excesso de medicalização e institucionalização, atrelado ao baixo conhecimento e à pouca humanização dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde devem se atentar à essa realidade contra. Cabe a eles atuar no apoio e na oferta de conhecimento mediante o agir ético e profissional, atuando a partir de uma abordagem sem pré-julgamentos dessa problemática, requerendo conhecimento e preparo. Este estudo poderá ser utilizado como molde teórico que ofereça recursos para treinamentos e aperfeiçoamento acadêmico e profissional dos enfermeiros que atuam nos serviços de assistência às parturientes e puérperas.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida (recurso eletrônico)**. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, 2017. Disponível em:

[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf&ved=2ahUKEwjn17iOofrzAhWHr5UCHQmVDScQFnoECAQQAQ&usg=AOvVaw3In2kNGBDEuXdA4PoTyWUh](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf&ved=2ahUKEwjn17iOofrzAhWHr5UCHQmVDScQFnoECAQQAQ&usg=AOvVaw3In2kNGBDEuXdA4PoTyWUh). Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS**. Tabnet: Nascidos vivos – Brasília/DF, 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 15 set. 2021.

GOMES, L.O.S. *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Revista de Enfermagem UFPE**; v. 11, n. 6, p. 2576-2585. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23426>. Acesso em: 22 out. 2021.

HIRSCH, O. O parto ‘natural’ e ‘humanizado’ na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. **Civitas**; v. 15, n. 2, p. 229-249. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/k4PdWQvCGrH3nrDP3rXDV9m/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.


MORAES, E. **Dor no parto: como aprender com ela** [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/ebook-dor-do-parto-ld.html>. Acesso em: 02 nov. 2021.

QUEIROZ, T.C. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica FAGOC-Saúde**; v. 2, n. 1, p. 70-77. 2017. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/195>. Acesso em: 21 set. 2021.

REZENDE, C.B. O parto em contexto: Narrativas da gravidez entre gestantes no Rio de Janeiro. **Civitas**; v. 15, n. 2, p. 214-228. 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/18947>. Acesso em: 27 out. 2021.

ROCHA, N.F.F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**; v. 44, n. 1, p. 556-568. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gv6DSVLwCqFZvxVDLCKTxl/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2021.

ROHDEN, F.; ALZUGUIR, F. Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. **Cadernos PAGU**; v. 48, e.164802. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/wZyFcFtGzpNhfxfnNZGzHcK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2021.



RUSSO, J. *et al.* Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. **Revista Mana**; v. 25, n. 2, p. 01-09. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/MDfbtWf3vKpx7CWHjPGCdYs/?format=html>. Acesso em: 29 out. 2021.

RUSSO, J.; NUCCI, M.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface**; v. 24, n. 2, p. 01-14. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Q9CWrhkFjsRGYryBYrj5ddG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 02 nov. 2021.

VARGENS, O.M.C.; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; v. 21, p. 02-10. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/dfNt7rwTQn7p63DYNMTC99q/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 28 out. 2021.

ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 19, n. 6, p. 1859-1868. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nqv3K7JRXxmrBvq5DcQ88Qz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

# CAPÍTULO 10

## MULHERES MASTECTOMIZADAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES ESTIGMATIZADAS E AUTORREPRESENTAÇÕES

**Claudilene Eliane do Carmo**  
**Lídia Santos Soares**  
**Rayssa Goulart Valente**  
**Cláudio Márcio do Carmo**

### RESUMO

O câncer de mama é o principal tipo de câncer que afeta as mulheres no Brasil e no mundo. Assim, o trabalho traz reflexões no campo da enfermagem sobre mulheres mastectomizadas, especificamente sobre representações socialmente estigmatizadas e autorrepresentações que podem afetar sua autoestima. Trata-se de uma pesquisa descritiva e bibliográfica com abordagem qualitativa. A pesquisa tem como objetivo discutir o câncer de mama e suas formas de tratamento, bem como compreender como as mulheres submetidas ao tratamento percebem sua sexualidade e iniciam o processo de auto aceitação tendo em vista dois processos interligados: as representações sociais e a própria autorrepresentação. Descreve sua fisiologia e explica o que é o câncer de mama tecendo considerações sobre sua incidência, seus efeitos psicológicos e os principais sintomas. Aborda os fatores de risco, as formas de tratamento com enfoque na Mastectomia, esclarecendo quais os tipos e as complicações mais comuns provindos desse procedimento cirúrgico. Ademais, discute como a enfermagem pode ajudar a mulher a enfrentar este novo período, fornecendo apoio e esperança à mulher e aos familiares, adotando uma conduta flexível e participativa de forma a qualificar a atenção, criando condições favoráveis para a sistematização da assistência de enfermagem e uma melhor qualidade de vida.


**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de mama, mastectomia, (auto)representação, estigma, autoestima.

### INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o triênio 2020/2022 estima-se que cerca de 625 mil novos casos surjam em todo país em cada ano, sendo o de mama 66.280 casos. O crescente aumento dos casos de câncer de mama exige o planejamento de estratégias nacionais para a sua detecção precoce, de modo a promover um serviço de qualidade, capaz de suprir essa grande necessidade. (BRASIL, 2020)

A taxa de mortalidade por câncer de mama apresenta uma curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentra-se, em sua maioria, entre os 45 e 50 anos, mas é a partir dos 50 anos que o risco de desenvolver a doença aumenta. (BRASIL, 2022)

Sabe-se que o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres devido a sua alta incidência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a



própria imagem pessoal, e é nesse sentido que a autoestima da mulher poderá estar afetada, já que o seio é o que molda a anatomia feminina e é fonte de vida para os recém-nascidos através do processo de aleitamento. (BRASIL, 2022)

Para Isquierdo (2020), a autoestima não se refere à arrogância e egoísmo, e sim ao sentimento que cada um tem de si mesmo; a autora destaca que é a consciência do seu valor pessoal, acreditando, respeitando e confiando em si, sendo que esse sentimento influencia positiva ou negativamente em tudo o que se faz e na própria cura. Nesse sentido, é apreciar-se como pessoa, dar-se valor, sentir-se bem como pessoa, tendo um conceito positivo de si, além de aceitar e estimar cada aspecto físico ou traços psicológicos próprios, sabendo minimizar suas limitações e os seus defeitos físicos, buscando sempre a nossa melhor versão.

Assim, o objetivo do presente estudo é discutir sobre o câncer de mama e suas formas de tratamento, bem como compreender como as mulheres submetidas ao tratamento percebem sua sexualidade e iniciam o processo de autoaceitação, tendo em vista dois processos interligados: as representações sociais e a própria autorrepresentação.

Cabe ressaltar que a enfermagem tem um papel importante na prevenção, detecção precoce e reabilitação, amparando, transmitindo tranquilidade e conhecimento através de um cuidado diferenciado para as mulheres que passam por este momento tão delicado e sofrido, buscando promover a sistematização da assistência de enfermagem para um melhor atendimento.

Este estudo é de natureza descritiva, do tipo revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa e se divide em três seções: a primeira aborda a fisiologia da mama e o mecanismo de desenvolvimento do câncer de mama; a segunda aborda os fatores de risco, os tratamentos e as suas principais complicações; e a terceira e última, focaliza a parte psicológica da mulher, como ela pode e deve ser preparada antes da cirurgia, a necessidade de informações, apoio e como ela pode superar o câncer utilizando sua força, o amor dos seus familiares e amigos, vencendo estigmas advindos de representações sociais geradoras de exclusão e preconceito, para produzir uma autorrepresentação positiva.

## **FISIOLOGIA DA MAMA, CARCINOGENESE E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA**

De acordo com Brasil (2013), a mama feminina é constituída por um corpo glandular que repousa sobre a parede do tórax. Envoltos pela fáscia e recobertos por pele, se estendem até a região da axila formando o prolongamento axilar. A pele se diferencia em sua porção central




formando a aréola de onde emerge a papila, constituindo o complexo areolopapilar. O corpo glandular é formado por dois sistemas: o sistema ductal, formado por ductos que iniciam na papila e possuem várias ramificações, e o sistema lobular, composto por lóbulos, localizados nas extremidades das ramificações ductais. Os lóbulos são responsáveis pela formação de leite que é transportado por meio dos ductos até sua exteriorização na papila. Os sistemas ductal e lobular são sustentados por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. Os vasos linfáticos da mama drenam a linfa principalmente para os linfonodos das cadeias axilar e mamária interna. O assoalho muscular é composto principalmente pelos músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior que se relacionam com a face profunda da mama separando-a do gradil costal.

Geralmente, as mamas não são do mesmo tamanho, havendo uma discreta assimetria entre elas. A forma da mama pode variar em função da idade, lactação, gestação, obesidade e período menstrual. Topograficamente, as mamas são divididas em quadrantes superiores (lateral e medial), inferiores (lateral e medial) e região central. A divisão em quadrantes é importante para a localização e correlação dos achados de exame clínico e de imagem (BRASIL, 2013).

De acordo com Bernardes *et al* (2019), o câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos. Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor.

O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação, fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula. (BRASIL, 2013)

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta incidência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Antigamente era uma doença mutiladora e de difícil tratamento e hoje pode ser diagnosticada precocemente e dispõe de tratamento e possibilidade de cura. (BRASIL, 2022)



Os principais fatores de risco da doença incluem os antecedentes familiares (sabe-se que a ocorrência de carcinoma mamário na família, particularmente em mãe e irmãs, coloca a mulher em um grupo de maior risco); a idade em que ocorreu a menarca (se foi precoce ou não), menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gestação após os 30 anos, hiperplasias atípicas, sobrepeso e a obesidade, junto com o tabagismo (BRASIL, 2013).

Dentre os sintomas do câncer de mama palpável, pode-se citar o nódulo ou tumor no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem surgir alterações na pele que recobre a mama como abaulamentos, retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja e nódulos palpáveis na axila, mudança na posição do mamilo ou ferida ao redor, ingurgitamento da mama e secreção papilar. (BRASIL, 2013).


A maioria dos tumores de mama é detectada pelas próprias mulheres através da Autopalpação da Mama que deve ser realizada em qualquer época do mês. Cabe ressaltar que os dois métodos para o rastreamento deste câncer e preconizados pelo Ministério da Saúde são a mamografia, a partir dos 50 até 69 anos a cada 2 anos e o Exame Clínico da Mama (ECM) a partir dos 40 anos e realizado por médico ou enfermeiro durante a consulta. (INCA, 2022)

## **TRATAMENTOS DO CÂNCER DE MAMA**

De acordo com Brasil (2022), o tratamento combina várias abordagens: a local que contempla a cirurgia e a radioterapia; e a sistêmica que envolve todo o corpo todo e incluem: quimioterapia, hormonioterapia e tratamento com anticorpos. É utilizado por meio de medicamentos (oral ou venoso). Essas abordagens combinadas, diminuem a possibilidade de o câncer retornar. Hoje em dia é utilizado o medicamento *Trastuzumabe*, que é um anticorpo monoclonal através de uma solução injetável para infusão intravenosa, de uso hospitalar e que passou a ser oferecido pelo Sistema único de Saúde (SUS) desde 2013.

O tratamento conservador atualmente consiste na retirada do segmento ou setor mamário onde se localiza o tumor com margens de tecido mamário microscopicamente sadio, associada à radioterapia complementar pós ou pré-operatória, obrigatória em qualquer tipo de cirurgia conservadora. Seu objetivo principal é eliminar lesões microscópicas eventualmente não extirpadas pela cirurgia e reduzir o risco de recidiva local. Esteticamente, deve ser evitada quando a relação entre o tamanho do tumor e o tamanho da mama não permite uma ressecção adequada sem causar grande deformidade. Na doença localmente avançada, o tratamento deve ser inicialmente sistêmico e o tratamento cirúrgico estará indicado após resposta adequada com redução do tumor. (BRASIL, 2013)





No que se refere ao tratamento cirúrgico, seu objetivo é promover o controle local, a mutilação mínima e a obtenção de informações a respeito da biologia do tumor e de seu prognóstico, escolhendo assim o melhor tratamento. Pode-se dizer que é um procedimento invasivo loco regional, que visa a remoção de um tumor em uma determinada área específica do corpo, sendo necessário saber o estágio da doença para saber qual tipo e técnica utilizada. (BRASIL, 2013)

Embora a mastectomia seja uma oportunidade de sobrevivência, a questão psicológica das mulheres mastectomizadas é duramente afetada. A mastectomia radical é dividida em dois tipos; a mastectomia radical clássica, onde são retirados os dois músculos peitorais (do tipo *Madden*, que preserva o peitoral maior e menor e a do tipo *Patey* e *Dyson*, que preserva apenas o peitoral maior); e a mastectomia conservadora cujos procedimentos são baseados na remoção de uma única parte da glândula mamária. Esta última, pode ser dividida em tumorectomia e quadrantectomia, que consistem na retirada do tumor com uma pequena margem de segurança para que não fique nenhum resquício da doença. (OLIVEIRA; MORAES, 2021).

### **COMPLICAÇÕES COMUNS NO PÓS-MASTECTOMIA**

Segundo Dias *et al* (2021), as complicações pós operatórias da mastectomia podem ser divididas em três fases: i) imediata, quando surgem em até 24 horas após o procedimento, e envolve hemorragias e infecções da ferida pós-operatório; ii) mediata, quando acontecem no período de sete dias de pós operatório, onde observa-se a diminuição da força muscular dos músculos do complexo do ombro, podendo advir do desuso ou receio de movimentar o membro acometido levando a uma imobilidade da articulação do ombro, presença de dor, e, por fim, iii) tardia, que acontece após a retirada de dreno, pontos e da alta, onde depara-se com ombro congelado ou capsulite adesiva do ombro e linfedema (principal complicação entre as pacientes mastectomizadas), além de alterações mentais que podem levar à baixa autoestima, sentimentos de depressão, afetando a qualidade de vida dessas mulheres.

Conforme Marques, Silva e Amaral (2011) e Brasil (2022), a mulher deve observar cuidadosamente o braço do lado operado e seguir rigorosamente as orientações médicas, que são: evitar fazer grandes esforços, como carregar peso; praticar movimentos repetitivos, aferir a pressão arterial, tomar injeções e/ou vacinas, colher sangue para exames, receber soro, cortar cutícula, queimar, ferir ou arranhar, usar relógios e/o pulseiras apertadas no braço comprometido; expor-se excessivamente ao sol; ser picada por insetos; e usar substâncias



irritantes, que possam ressecar a pele. É necessário também realizar exercícios apropriados para braço e ombro e cuidar para que os esforços sejam leves, moderados e não repetitivos.


## **REPRESENTAÇÕES SOCIALMENTE ESTIGMATIZADAS E AUTORREPRESENTAÇÃO DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

De acordo com NANDA (2018/2020), baixa autoestima situacional é o desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual, interferindo na sua autoimagem. A suscetibilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual, pode comprometer a sua saúde e a alteração da imagem corporal.

Ainda segundo NANDA (2018/2020), imagem corporal é a imagem mental do eu físico e está intimamente ligada à autoestima e aos processos representacionais. Todos os pacientes com feridas têm sua imagem corporal alterada e isso pode exercer um efeito profundo sobre a autoestima e a motivação. Tipos óbvios de feridas que exercem tais efeitos são as que resultam em desfiguração, queimaduras, cirurgias na cabeça e pescoço, mastectomias, amputações e ostomias. Muitos pacientes também sofrem com a ansiedade a respeito do prognóstico.

O estresse resultante pode ser tão devastador que o paciente se torna incapaz de absorver as informações, compartilhar seus sentimentos ou iniciar a reabilitação. Isso traz efeitos fisiológicos que retardam a cicatrização da ferida. Algumas perguntas que podem ser empregadas pelo profissional em uma consulta de acordo com o autor são: qual valor você atribui para a parte alterada/perdida? (valores culturais); qual o significado da alteração corporal? como anda seu relacionamento com sua família e seus amigos? e quais são suas atividades atuais e os seus planos para o futuro? Algumas evidências de autoestima baixa já seriam a recusa de tocar ou olhar a ferida; verbalizar sentimentos de desvalor; recusar-se a tomar parte do tratamento; afastar-se de contatos sociais; evitar relações íntimas e descuidar da aparência física. (NANDA, 2018/2020)

Para *Dealey* (2001), nos estágios iniciais, conforme circunstâncias que levaram à alteração da imagem corporal, algumas pacientes parecem bastante eufóricas. Isso se deve ao simples alívio por terem sobrevivido. Depois de algum tempo, é provável que a atitude do paciente se modifique. Os problemas comuns que ocorrem nesse caso incluem sentimento de perda semelhante ao luto; ansiedade quanto ao diagnóstico, especialmente em caso de câncer; perda da função sexual, ligada ao tipo de cirurgia ou a problema anterior; e afastamento das relações sociais com familiares ou amigos.



Por isso, é muito importante trabalhar com a mulher antes da cirurgia, esclarecendo as dúvidas, fornecendo informações sobre a cirurgia e sobre os tratamentos, buscando a redução da ansiedade pré-operatória e do estresse psicológico.

Nesse sentido, o papel da enfermeira dentro da equipe de saúde é ajudar a cuidar e planejar a sequência de intervenções que serão realizadas. Neste sentido, a aplicação do processo de enfermagem inclui: avaliação da paciente, diagnóstico, identificação dos resultados esperados, intervenções que serão aplicadas e a reavaliação constante. O intuito é estimular a mulher a desenvolver uma imagem corporal reintegrada, que ajudará a construir uma autorrepresentação positiva que impactará em sua autoestima, com melhora da sua autoimagem e na saúde. (NANDA, 2018-2020)

*Dealey* (2001) esclarece que a avaliação regular do progresso da cicatrização é importante para pacientes com imagem corporal alterada. Aprender a lidar com a nova imagem leva tempo e talvez as estratégias tenham que ser modificadas ao longo do caminho. Enquanto os aparelhos mostram o avesso da mama, através da mamografia, da ultra-sonografia ou da citologia, as funções cognitivas e afetivas da mulher se agitam.

A mama feminina identifica o gênero, tem caráter funcional do aleitamento, possui um aspecto estético, além de ser fonte de prazer. Ademais, é um órgão que agrega subjetividades importantes na sexualidade da mulher e simboliza uma área erógena. A escolha de colares, sutiãs e decotes faz parte do dia a dia feminino, assim como também tem fator preponderante o fato de a mulher ter seios grandes, pequenos, caídos, que impactam diretamente no uso, por exemplo, de cremes ou na prática de exercícios para enrijecê-los (cf. ZECCHIN, 2004). De repente, um achado casual desperta a mulher não só para o seu exterior, mas para dentro de si, culpas são procuradas e causas são pesquisadas, onde o processo de perda pode começar aqui.

O nódulo torna-se um problema assustador, o medo da morte, do tratamento e da rejeição assombram a vida dessa mulher. A mulher questiona-se o tempo todo, como usará sutiã? Mediante isso, um acompanhamento com um psicólogo será de suma importância, para esclarecer pensamentos, sentimentos, processos conscientes e inconscientes, tendo em vista que esse corpo sofrerá mudanças e estará sobre ameaças. Esse acompanhamento resultará em uma recuperação mais rápida, possibilitando a mulher segurança para retornar à vida normal, buscando lazer, o prazer de viver e o reconhecimento do seu próprio Eu. (ZECCHIN, 2004).

Para *Dealey* (2001), são estados de perdas significativas: a negação, a troca, a raiva, a tristeza e a aceitação que podem constituir, por sua vez, atitudes ou despertar sentimentos diante




da possibilidade da morte. Algumas formas de expressão linguística que revelam negação, após o diagnóstico, são indiciadas em estruturas como: não estou doente, o exame deve estar errado, Deus não vai fazer isso comigo, ou no questionamento: será que eles trocaram os exames? Também é comum recorrer a pensamentos ou procedimentos mágicos ou religiosos como: vou fazer uma promessa para o santo X e ficarei boa e eu queria ser homem.

Cada vez mais sabe-se da importância dos fatores psicológicos na prevenção, detecção, tratamento e resultados em todos os tipos de câncer. A grande quantidade de opções cirúrgicas (tumorectomia com radiação ou quadrantectomia, ou mastectomia com ou sem reconstrução) tem exigido desta mulher um papel ativo, frente à tomada de decisões e escolha dos mesmos. (DEALEY, 2001)

O tratamento é intenso e agressivo, traz questões referentes à comunicação paciente e de toda a equipe de saúde. Em consequência dessas mudanças, os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde começam a reconhecer o impacto psicológico do câncer de mama durante todo o processo da doença. Alguns fatores influenciam na aceitação e adaptabilidade da mulher frente ao diagnóstico da doença. Dentre os vários fatores que contribuem para a resposta psicológica, estão o contexto cultural no qual as opções de tratamento são oferecidas; os fatores psicológicos e psicossociais que cada mulher em seu ambiente traz para esta situação; e os fatores relacionados ao próprio diagnóstico do câncer (estágio da doença, tratamentos, respostas e evolução clínica). Para prover cuidados integrais e contínuos para cada mulher, cada um desses fatores deve ser acessado e, quando encontrados, devem contar com intervenções durante toda a trajetória da doença. (DEALEY, 2001)

A necessidade da mulher de estar mais ativa no seu tratamento, traz benefícios, sentem-se consideradas em suas decisões e, portanto, mais conscientes deste processo. Frente ao medo do desconhecido, a mulher tem que enfrentar a ansiedade de assimilar informações sobre o tratamento que vem pela frente, que, por si só, já produzem ansiedade. (ARRUDA; MARCELINO, 1997)

O impacto psicossocial sofrido pela mulher tem três áreas: i) desconforto psicológico (ansiedade, depressão e raiva); ii) mudanças no padrão de vida (desconforto físico, interrupção no casamento ou na vida sexual e nível de atividade alterado); iii) medos e preocupações (mastectomia/ perda do seio, recorrência e morte). Apesar da variedade de opções de tratamento oferecidas, as preocupações permanecem as mesmas. Outro fator importante é qual o estágio da vida em que a doença ocorre e a estabilidade emocional (personalidade e estilo de



enfrentamento) e a presença ou não de suporte familiar. A feminilidade e autoestima estão presentes em todas as mulheres, mas há de se levar em conta, que quanto mais jovem a mulher, mais impacto causará, pois a fertilidade, a beleza, a atração física são extremamente valorizadas. Se a mulher tem parceiro, ou se não tem, são questões que vão interferir e influenciar a resposta à adaptação e à cura (ARRUDA; MARCELINO, 1997).

Arruda e Marcelino (1997, p. 157-89) observam mulheres acima dos 65 anos como alguém que também sofre algumas perdas, muitas vezes do marido, e que são menos prováveis de procurar ajuda apropriada, durante o processo da cirurgia e de reabilitação. Com isso, elas acabam sendo mulheres com um maior risco de problemas na adaptação do câncer de mama, pois demonstram um comportamento mais resistente.

De acordo com Mussi (1999), a mulher que trabalha, pratica alguma atividade física e solucionam seus problemas, não só enfrentarão melhor a trajetória de sua doença, movidas por este espírito de luta, como acabam vivendo mais tempo do que as mais passivas. Mas por outro lado, a mulher acaba se sentindo responsável pelo aparecimento da doença e também pelo enfrentamento, adicionando mais estresse, o que vem confirmar a necessidade de apoio neste período. Atualmente, é impossível negar a importância destes aspectos, médicos e da equipe de saúde na responsabilidade de responder todas as dúvidas que para que a paciente se sinta segura com as informações claras e precisas.

Foram escolhidos dois depoimentos de caráter exemplificativo do que se veio procurando aclarar no desenvolvimento deste estudo. Por essa razão, julga-se pertinente trazer alguns exemplos em cujo teor pode-se encontrar os sentimentos mais recorrentes os quais podem, de modo geral, caracterizar mulheres que sofreram esse tipo de cirurgia. Para efeitos de clareza, optou-se, para efeitos de clareza, por colocar os depoimentos destacados em itálico e sob a identificação apenas como Mulher 1 e Mulher 2, de maneira a garantir a anonimidade das depoentes:

*O linfoma exige um acompanhamento de cinco anos, com uma série de exames a cada semestre. Devo confessar que andei me esquivando do último exame para ser declarada minha cura. Isso ocorreu em 2012. O teste foi em fevereiro daquele ano. E aí veio a notícia: tinha algo errado na região da minha mama. Fui encaminhada a um mastologista, que me solicitou outra batelada de exames. Os laudos mostraram dois tumores no seio esquerdo. Fiz a cirurgia em abril de 2012, com uma retirada parcial da mama esquerda. Foram quatro sessões de quimioterapia a cada 21 dias. Ao final, mais 30 sessões de radioterapia. Fiquei careca, abalada, quase deprimi. Mas eu tinha certeza que precisava vencer. Afinal, não poderia abandonar meu filho de 8 anos e meu marido maravilhoso. Tive também uma excelente funcionária que cuidou de mim. Me dava banho, trocava meus curativos e me levava pra cima e pra baixo. Além disso, minha fé foi fundamental para me manter firme. Hoje estou curada. Sempre digo: quem procura acha e quem acha cura. (Mulher 1)*



Como observou Almeida (2006) a respeito dos métodos empregados, o padrão de resposta é muito consistente, as mulheres que têm sua mama poupada nas intervenções cirúrgicas e contam com o apoio familiar, têm menos consciência do impacto da doença, melhor imagem corporal, e demonstraram grande satisfação sexual manifestando melhor ajustamento social.


Os avanços da medicina neste campo proporcionam uma melhor adaptação das mulheres, preservando sua autoestima e sexualidade e, portanto, uma melhor qualidade de vida. Alguns fatores preditivos de estresse também são detectados, principalmente em casamentos infelizes, onde sentimentos de falta de atratividade, insatisfação sexual, falta de formação e tratamentos com quimioterapia estão presentes. É incerta a porcentagem de mulheres mastectomizadas que têm a intenção de procurar a reconstrução, mas, a despeito de todas as controvérsias sobre o assunto, a reconstrução pós-mastectomia continua a ser uma importante opção estética e de reabilitação (ALMEIDA, 2006).

Mussi (1999) afirma que, na maioria dos casos, muitas mulheres que procuram a reconstrução, sentem-se felizes com os resultados estéticos e superam suas expectativas. No entanto, vários estudos demonstraram que esta opção deve ser feita pela paciente, para a sua satisfação própria, e não para agradar ou satisfazer os outros, nem para modificar situações anteriormente que não às satisfaziam.

Já pesquisas com mulheres submetidas à reconstrução imediata têm demonstrado que além da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia somente. As pacientes então submetidas à reconstrução imediata demonstram-se menos deprimidas, e sofrem menor impacto quanto a sua feminilidade, autoestima e atratividade sexual, em relação às outras não submetidas à reconstrução e as que optaram por reconstrução tardia. Outra questão a ser avaliada que afeta principalmente as mulheres mais jovens é a menopausa precoce, a perda atual da fertilidade. Para muitas mulheres, a perda do desejo sexual, é a seqüela mais difícil de tratar, sendo necessário, em alguns casos, o uso de suplementos androgênicos (MUSSI, 1999).

Diante de todos os efeitos colaterais e seqüelas do tratamento, a informação e o apoio, as intervenções psicológicas e o suporte psicossocial oferecido pela equipe são mais do que essenciais, são o complemento fundamental ao acompanhamento médico, devendo ser incorporado ao tratamento.





Depoimento de uma mulher de 28 anos, quando amamentava sua filha de um ano de idade:


*Notei um caroço e achei que era leite empedrado. Duas semanas depois, tirei o caroço e veio o diagnóstico. Achei que ia morrer e deixar minha filha órfã. Minha mãe já havia morrido pelo mesmo motivo aos 48 anos. Fiz todos os exames possíveis para detectar metástase, mas, por sorte, só os linfonodos da axila esquerda haviam sido tomados. Fiz a cirurgia de mastectomia radical. Reconstruí o seio com prótese imediatamente na mesma operação. Aí veio o tratamento com oito sessões de quimioterapia. Perdi o cabelo, sobrancelhas e vários pelos do corpo. Passei mal, meu estômago ficou péssimo, minhas veias fracas e precisei de várias injeções para melhorar meu sistema imunológico. (Mulher 2)*

O aumento das possibilidades cirúrgicas e o direito à reconstrução mamária, garantido pela lei 12.802/2013, proporcionam, cada vez mais, a possibilidade de maior reintegração social. Todo o estresse vivido pelas pacientes pode ser minimizado, se contarem com o suporte necessário de uma equipe multidisciplinar que ofereça os cuidados devidos, até que a cirurgia aconteça.

Cuidados contínuos têm como objetivo fazer com que os indivíduos se sintam melhores e mais capazes de enfrentar o processo da doença. O recebimento de informações completas, adequadas e compreensíveis é importante para auxiliar o indivíduo e seus familiares a compreenderem as medidas necessárias para enfrentarem a doença e/ou seus sintomas, para ajustarem suas expectativas quanto ao futuro, para minimizarem os seus medos, dúvidas e ansiedades decorrentes das hospitalizações e dos efeitos do tratamento (BECK, 2007).

Para Mussi (1999), a assistência integral, visando proporcionar uma qualidade de vida compatível com as necessidades desta população e dentro das limitações impostas, seja pela doença, seja pela terapêutica, é fundamental. Nesta perspectiva, a enfermagem desempenha um importante papel na sistematização do atendimento, por ser um dos elementos da equipe que, atuando em diferentes áreas, acompanha todas as fases de evolução da doença, desde o diagnóstico, até o tratamento, seja curativo seja paliativo, além do seguimento daqueles que se encontrarem em fase de sobrevida, livre de qualquer doença (NANDA, 2018-2020).

Ainda, conforme a autora, a situação de hospitalização com suas normas e rotinas rígidas, além do insuficiente recebimento de informações, contribui muito para dificultar o enfrentamento de doenças, situação em que a enfermagem pode vir a ser um elemento facilitador, caso se disponha a repensar sua própria atuação como mantenedora desta inflexibilidade, reconhecendo a necessidade de particularizar e humanizar o cuidado de enfermagem a cada indivíduo e familiares, identificando suas necessidades e facilitando o acesso às informações. Uma atitude de sinceridade, apoio e disponibilidade para o



esclarecimento de dúvidas, uma avaliação constante dos efeitos colaterais da terapêutica e abertura de espaço para que sejam discutidos os temores relativos à dor, sintomas, limitações e recursos para enfrentá-los, incentivando o autocuidado e compartilhando as decisões sobre o curso do tratamento são fundamentais para que o indivíduo recupere o senso de controle e autonomia. Para tanto, é necessário desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal, além de dispor de sólido conhecimento científico a respeito da patologia, sua evolução e terapêutica, constituindo parte de todo processo de enfermagem.

Arruda e Marcelino (1997) chamam, por isso, atenção para a própria formação dos profissionais de saúde para atuar em oncologia, pois estes têm muitos aspectos a considerar como a manutenção de uma atitude de esperança e apoio ao paciente, considerando os diferentes estágios da doença, enfatizar com a família a possibilidade de cura no início, de controle em fase intermediária e de palição em fase final. Por isso, considerar que as reações entre cada pessoa são sempre diferentes, sendo importante destacar que não há uma conduta profissional única para todos os casos, contudo, é mister a preservação da autonomia, integridade e respeito às opiniões e desejos dos pacientes.


### **A MUDANÇA NA SUA AUTOIMAGEM**

Como observa Almeida (2006), o câncer de mama, ao ser diagnosticado, causa impacto físico e emocional, porque culturalmente a mulher precisa ter mamas saudáveis, e qualquer anormalidade pode ser um fator de desvalorização social. É por isso que a autoimagem pode ser influenciada por representações socialmente estigmatizadas, frutos de preconceito que causam discriminação e, por fim, podem impactar na autorrepresentação.

Ao enfrentar a mastectomia, a mulher terá sua integridade física ameaçada e vivenciará períodos de tensão, incerteza e preocupação com a mutilação (PEREIRA *et al*, 2006).

Conforme observam Pereira *et al* (2006), a maior dificuldade enfrentada pela mulher mastectomizada é a sua própria aceitação, como se olhar no espelho novamente e aceitar a mudança, e como superar o preconceito e a dor. Frente a um momento de estado de fragilidade emocional, é ela que precisa ser preparada para superá-los e para conviver o mais próximo possível da normalidade.

Para algumas mulheres mastectomizadas, a alopecia, um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, pode trazer mais sofrimento que a própria mastectomia, visto que a perda do cabelo mostrará o diferente, reforçando assim o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria mulher. Neste sentido, os profissionais de saúde podem preparar a



mulher para o enfrentamento do tratamento e dos seus vários efeitos colaterais, podem amenizar as dificuldades e fortalecer a mulher para enfrentar a oncologia de maneira menos traumática e transformar seu medo em força de sobrevivência (PEREIRA *et al*, 2006).

A mulher se depara com vários impedimentos, que vão desde paralisias e deficiências, até a interrupção da carreira, do cuidado com a casa e com os filhos. Ela precisará reaprender a lidar com suas habilidades físicas e redescobrir seu papel dentro da família e da sociedade (ALMEIDA, 2006).

As pacientes que passaram pela experiência da mastectomia e foram submetidas ao acompanhamento psicológico tiveram uma melhora significativa da saúde, da qualidade de vida e uma melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica (ALMEIDA, 2006).

A mulher pode e deve ser estimulada ao autocuidado, a troca de experiências, a realização de exercícios físicos e de reabilitação, dando a oportunidade de expressar e sanar todas as suas dúvidas (PEREIRA *et al*, 2006).


A qualidade de vida parece depender do apoio social, da satisfação sexual, da possibilidade de lazer e de voltar ao mercado de trabalho. A reconstrução da mama é outro fator que pode contribuir para a preservação da sua autoimagem, do senso de feminilidade, além da satisfação estética. Os efeitos psicológicos gerados pela reconstrução diminuem o índice de morbidade psicológica e é um recurso indispensável na reabilitação da paciente (ALMEIDA, 2006).

Uma informação que deve ser ressaltada está para além do que dispõe a Legislação Brasileira, que foi regulamentada pela Constituição Federal, tanto na lei 8.080/90 como naquelas que se seguiram: “todas as pessoas, sem discriminação, têm direito a cuidados preventivos, de promoção e recuperação da saúde, terapias paliativas, assistência médico-hospitalar e, se necessário, domiciliar e psicológica”, direitos assegurados pela Lei 8080/90.

No caso de mastectomia, a mulher passa a ter direito à reconstrução mamária pelo SUS em 2013, assegurado pela Lei 12.802/2013.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio dessa pesquisa bibliográfica evidenciou-se que a mulher ao ser diagnosticada com câncer de mama e passar pela mastectomia pode apresentar uma diversidade de sentimentos e emoções.



Sendo a mama feminina uma parte tão importante do seu corpo, é de suma importância que seja constantemente examinada por um profissional de saúde, enfermeira ou médico, através do exame clínico de mama, a partir dos 40 anos. Para as mulheres com 50 ou mais anos, faz-se necessário a realização da mamografia, já que estas mulheres são mais susceptíveis à doença. O cuidado de enfermagem pode promover informações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, além de prevenção de complicações nas mulheres mastectomizadas.

Mantendo uma comunicação aberta, torna-se mais fácil estabelecer um elo de confiança entre a equipe de saúde e as mulheres. A inserção de um psicólogo na equipe se faz necessária para fornecer apoio psicológico à mulher mastectomizada e seus familiares, pois os fatores psicológicos são importantes na recuperação da autoestima e saúde em geral.

As reflexões aqui empreendidas podem contribuir para orientar um trabalho efetivo e abrangente por parte dos profissionais da saúde, sobretudo a enfermagem, no que diz respeito ao bem-estar das mulheres mastectomizadas, pois sua autoestima é extremamente comprometida por representações socialmente estigmatizadas que geram preconceito, discriminação e fragilidade, impactando sobretudo em sua própria autorrepresentação.

Ao final deste trabalho, sugere-se mais estudos sobre essa temática a fim de aprofundar essa temática tão relevante e que causa grande impacto sobre a vida das mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev. da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez., p. 99-113. 2006.


ARRUDA, E. N.; MARCELINO, S. R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997. p. 157-189.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva para Desafios Clínicos** – o que fazer quando o básico não funciona. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BERNARDES, N. B. et. al. Câncer de Mama X Diagnóstico. **Revista de psicologia**, 13 (44), p. 877-885. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica**: controle dos cânceres do colo do útero e de mama. 2 ed. Brasília: MS, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo-view.asp?id=336>. Acesso em: 02 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao\\_cancer\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf). Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando\\_cancer\\_mama1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf). Acesso em: 14 jun. 2022.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**: um guia para as enfermeiras. São Paulo: Atheneu, 2001.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Deteção precoce**. Rio de Janeiro: MS, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 10 jul. 2022

ISQUIERDO, G. **Autoestima como hábito**: um guia de psicologia aplicada para a sua autoestima e seus relacionamentos. Editora Paidós, 2020.

LEI N 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 13 jul. 2022.

LEI Nº 14.335, DE 10 DE MAIO DE 2022. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.335-de-10-de-maio-de-2022-398949155>. Acesso em: 14 jun. 22.

MARQUES, A. A.; SILVA M. P.; AMARAL, T. P. **Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher**. São Paulo: Roca LTDA, 2011.

MUSSI, F. C. Confortamos? Lidamos com o humano sem conhecer o que de humano temos dentro de nós. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 2, jun., p. 113-22. 1999.

NANDA: **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificação 2018-2020. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018/2020.

OLIVEIRA, S. R. B. E; MORAES, L. D’L. S. Tipos de tratamento para o câncer de mama. **Revista Pubsaude**, 6/144, p. 1-8. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude6.a144>

PEREIRA, S. G. *et al.* Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, nov/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-art/ext&p=d=56034-7167206000600013>. Acesso em: 14 nov. 2008.



ZECCHIN, R. N. **A perda do seio**: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.



# CAPÍTULO 11

## ASSISTÊNCIA NEONATAL HOSPITALAR NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

**Diana Cardeal do Nascimento**  
**Kleize Araújo de Oliveira Souza**  
**Aisiane Cedraz Morais**  
**Juliana de Oliveira Freitas Miranda**  
**Rebeca Pinheiro de Santana**  
**Vivian Ranyelle Soares de Almeida**  
**Jamille Soares Dias**  
**Tainá Rios da Silva**

### RESUMO


Esse estudo teve como objetivo analisar as mudanças ocorridas na assistência neonatal hospitalar devido à pandemia da COVID-19 à luz das publicações científicas entre os anos de 2020 e 2021. Trata-se de uma Revisão Integrativa. A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021, na Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED e SCOPUS. Utilizou-se os seguintes descritores: “Neonatology”, “Newborn”, “COVID-19” e “Hospital Care”. A análise de dados ocorreu por meio da análise de conteúdo de Bardin. Através dos resultados encontrados foi possível identificar mudanças na assistência neonatal: na sala de parto, na unidade de terapia intensiva neonatal e no alojamento conjunt. Portanto, conclui-se que as mudanças na assistência neonatal hospitalar no contexto da pandemia da COVID-19 variaram de acordo com a região e recomendações seguidas, não encontrando um padrão de mudanças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Neonatologia. COVID-19. Assistência Hospitalar.

### INTRODUÇÃO

O surgimento do vírus denominado SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), popularmente conhecido como novo coronavírus, e responsável pela pandemia da COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), ocasionou diversas mudanças nos processos de trabalhos em distintos setores, incluindo os contextos de atenção à saúde, nos quais diversos profissionais tiveram que adaptar e reinventar sua forma de trabalho mediante o cenário instalado em decorrência da pandemia. Dentre os desafios encontrados nesse contexto, observam-se os serviços de saúde sobrecarregados, profissionais de saúde realocados sem treinamento específico, falta de recursos materiais e humanos, além das mudanças diárias nas estratégias e políticas de atuação no combate à pandemia (DEPREST et al., 2020).

A doença pode apresentar-se de forma assintomática ou através de sintomas clínicos que podem ser leves ou graves e variam entre febre, tosse seca, fadiga, anosmia, disgeusia, congestão nasal, dor de garganta, cefaleia, dispneia, inapetência, dor persistente ou pressão no



peito, entre outros (OMS, 2020). Ela pode atingir grupos de diferentes faixas etárias, porém, os idosos ou indivíduos que tenham comorbidades, possuem maior probabilidade de desenvolver uma forma grave da doença (ROSE et al., 2020).


Ao observar os grupos pediátricos, percebe-se que, na maioria dos casos, a doença ocorre de forma assintomática ou evolui levemente com sinais e sintomas análogos aos dos adultos, porém de forma moderada, demonstrando ser menos grave (TAN et al., 2020). Apesar disso, a deterioração proveniente da COVID-19 permanece desconhecida em neonatos (ROSE et al., 2020), que segundo Pinheiro (2016), compreende o período do nascimento até o momento em que a criança atinge 27 dias, 23 horas e 59 minutos pós-parto.

Quando se trata do grupo neonatal, o número de casos da COVID-19, até o momento, é considerado pequeno, quando comparado à população geral, porém, as incertezas sobre a transmissão vertical da doença fizeram com que houvesse a necessidade de entender melhor sobre fatores anteparto, intraparto e neonatais que influenciam na transmissão (NAYAK, 2020). Apesar de estudos demonstrarem que os neonatos de mães positivas para COVID-19 não apresentaram sintomas clínicos (CHEN et al., 2020), outro encontrou dificuldade respiratória, sintomas gastrointestinais, febre, taquicardia e vômitos, mesmo com os recém-nascidos (RN) testando negativo para doença (ZHU et al., 2020).

Diante de tal problemática e visando a prevenção e tratamento da COVID-19, foram necessárias a adoção de adaptações perante a assistência hospitalar prestada aos neonatos nascidos em tempos de pandemia, ocasionada pelo novo coronavírus, sendo eles filhos de mães que testaram positivo para patologia ou não, tornando necessária a prestação de um cuidado mais restrito e específico, além da qualificação e capacitação de profissionais.

Nesta perspectiva, quando se trata do cenário instalado pela pandemia por COVID-19, os serviços de atenção neonatal hospitalar precisaram adotar mudanças e sofrer adaptações relacionadas tanto à própria assistência quanto à gestão e segurança do paciente, por isso, instituições de saúde e seus profissionais, organizações e agências de saúde pública estão diariamente analisando as evidências científicas disponíveis e adaptando-as ao contexto de suas realidades locais para desenvolver práticas e recomendações que sejam abrangentes a uma diversificada gama de aspectos clínicos e condições sociais (FIOCRUZ, 2020a).

No caso do atendimento ao público neonatal, no contexto da COVID-19, sabe-se que embora exista entre as organizações uma concordância sobre determinados aspectos de cuidados ao RN, ainda há muitos deles que precisam ser estudados como, por exemplo,



transmissibilidade, tratamento e demais condições, o que corrobora a necessidade de conhecimento sobre medidas de prevenção e controle durante a assistência obstétrica e neonatal, principalmente em âmbito hospitalar (FREITAS; ALVES; GAIVA, 2020; FIOCRUZ, 2020a). Em tempo, os mesmos autores ainda relatam que estas incertezas acabam, de certa forma, por favorecer que ocorram variações nas práticas de cuidado desses indivíduos.

Sendo assim, o presente trabalho buscou analisar as produções científicas acerca das mudanças na assistência neonatal no contexto da pandemia da COVID-19, possuindo como questão norteadora da pesquisa: “Quais as mudanças na assistência neonatal hospitalar, no contexto da pandemia da COVID-19, no mundo, evidenciadas nas produções científicas?”. E para responder tal indagação, o artigo teve como objetivo geral: Analisar as mudanças ocorridas na assistência neonatal hospitalar devido à pandemia da COVID-19 à luz das publicações científicas entre os anos de 2020 e 2021.

A relevância deste estudo encontra-se na possibilidade de identificar e compreender, através das produções científicas, as principais mudanças na assistência neonatal hospitalar, no contexto da pandemia da COVID-19, favorecendo, assim, a promoção de cuidados atualizados e a implementação de práticas baseadas em evidências, com vistas à qualidade da assistência e à segurança do paciente.

## **METODOLOGIA**


### **TIPO DE ESTUDO**

Considerando a complexidade do fenômeno estudado, o presente trabalho consiste em um estudo de abordagem qualitativa acerca da produção científica existente relacionada à assistência hospitalar ao neonato em tempos de pandemia da COVID-19, através do método de Revisão Integrativa.

Em pesquisas que possuem a abordagem qualitativa, o pesquisador visa à compreensão e interpretação dos fenômenos da humanidade, em sua realidade, de frente com a dimensão dos significados, crenças, culturas, motivos e valores, considerando sua singularidade, sem considerar relações de números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2016).

### **ESTRATÉGIA METODOLÓGICA**

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. Este método de revisão tem por finalidade agrupar e sintetizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema de forma ordenada, sendo um mecanismo adequado para o aprofundamento do



conhecimento acerca do assunto explorado, permitindo a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (POLIT e BECK, 2016).

Os componentes de pesquisa deste tipo de revisão são distribuídos em seis etapas, sendo elas: estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização do estudo; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021, nas plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PUBMED e SCOPUS, por apresentarem literatura biomédica revisada por pares de forma gratuita e com abrangência internacional, possibilitando acesso facilitado a publicações científicas internacionais. A aquisição das produções científicas ocorreu a partir da utilização dos seguintes descritores: “Neonatology”, “Newborn”, “COVID-19” e “Hospitals Care”; utilizando os operadores booleanos OR e AND por favorecer a intersecção dos descritores conforme o quadro 1.

**Quadro 1:** Distribuição dos artigos conforme busca inicial por descritores, 2021.

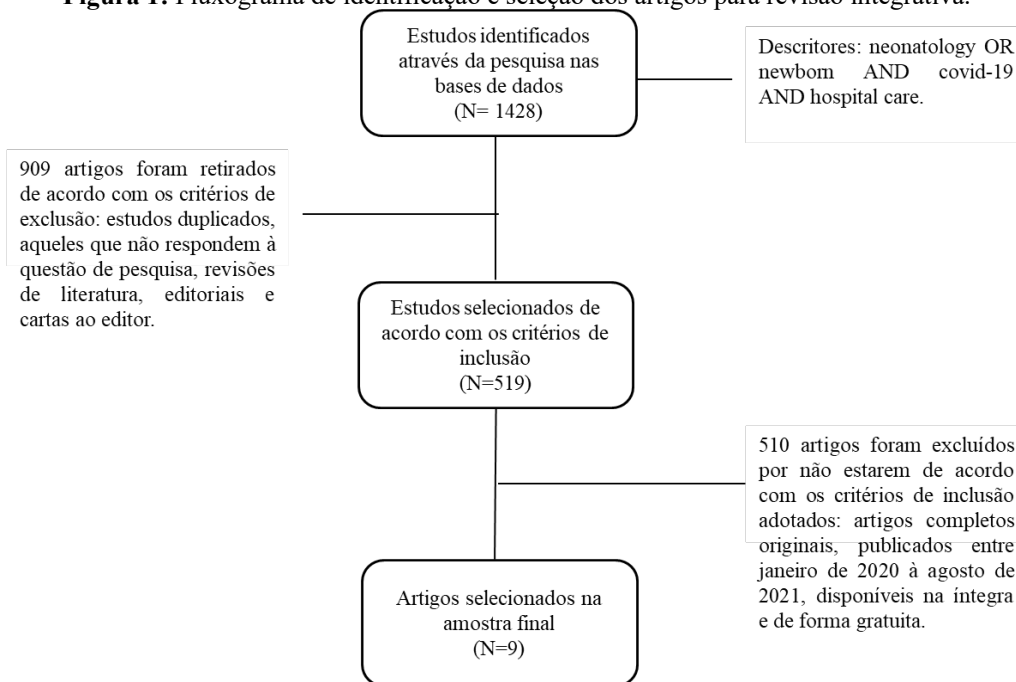
Processo	Base de dados	Neonatology OR Newborn AND COVID-19 AND Hospital Care
1ª Busca	PUBMED	1.022
	BVS	382
	SCOPUS	24
Total		1.428

Fonte: Autoria própria, 2021.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos foram: artigos completos originais, publicados entre janeiro de 2020 a agosto de 2021, disponíveis na íntegra e de forma gratuita. Por conseguinte, como critérios de exclusão foram adotados: estudos duplicados, aqueles que não respondem à questão de pesquisa, revisões de literatura, editoriais e cartas ao editor, conforme o fluxograma abaixo (Figura 1).



**Figura 1:** Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão integrativa.



**Fonte:** Autoria própria, 2021.

A análise dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo de Bardin (2016), levando em consideração os objetivos, a questão norteadora e os referenciais teóricos da pesquisa, onde ocorreu a leitura das publicações na íntegra com a presença de um instrumento descritivo contendo os seguintes elementos: número do artigo, título, autoria, mês e ano de publicação, país, nível de evidência, objetivo e principais resultados, buscando sistematizar e compilar as informações sobre as principais mudanças ocasionadas pela COVID-19 na assistência neonatal.

Segundo Bardin (2016, p. 15), a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Nesse sentido, as diferentes fases da análise de conteúdo estão divididas em três sendo elas: pré-análise; exploração material; e tratamento dos resultados (BARDIN, 2016).

Em tempo, foi realizada a classificação dos estudos segundo a qualidade de evidências. A Prática Baseada em Evidências (PEB) possui como objetivo auxiliar na escolha da melhor evidência possível, para tal é realizada uma classificação hierárquica das mesmas que vai depender da abordagem metodológica adotada, segundo o delineamento da pesquisa; esta prática é dividida em 6 distintos níveis, sendo eles: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com

abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas (STETLER, et al., 1998).

Por se tratar de um estudo de revisão integrativa, não houve participação de seres humanos, portanto, dispensou-se a submissão desse trabalho ao CEP-UEFS. As produções científicas utilizadas são de domínio público e garante-se que foram respeitadas as citações dos estudos utilizados como fonte desta pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão sobre as mudanças na assistência hospitalar ao neonato em tempos de pandemia da COVID-19 será apresentada por meio dos seguintes tópicos: caracterização das evidências e mudanças na assistência neonatal durante a pandemia da COVID-19.

### CARACTERIZAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

Ao todo foram selecionados 9 artigos dispostos em dois quadros com informações relevantes para facilitar a organização durante o processo de análise dos dados. No quadro 2 constam as seguintes informações: o número do artigo, título, autores, mês e ano de publicação, tipo de estudo, país e nível de evidência.

**Quadro 2:** Distribuição dos artigos conforme número do artigo, título, autores, mês e ano de publicação, tipo de estudo, país e nível de evidência, 2021.

Nº	Título	Autores/ Mês/Ano	Tipo do Estudo	País	Nível de evidência
1	Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study	SALVATORE, C. M. et al. Julho 2020	Estudo de coorte observacional	Estados Unidos	4
2	The Impact of COVID-19 Infection on Labor and Delivery, Newborn Nursery, and Neonatal Intensive Care Unit: Prospective Observational Data from a Single Hospital System	GRIFFIN, I. et al. Junho 2020	Estudo observacional	Estados Unidos	4
3	Good practices in perinatal care and breastfeeding protection during the first wave of the COVID-19 pandemic: a national situation analysis among BFHI maternity hospitals in Spain	MUÑOZ-AMAT, B.; PALLÁS-ALONSO, C.R.; HERNÁNDEZ-AGUILAR, M. T. Agosto	Levantamento transversal	Espanha	4



		2021			
4	Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers	LATORRE, G. et al. Abril 2021	Estudo de coorte	Itália	4
5	Estrategias de preparación en unidades de neonatología durante la pandemia de COVID-19: Encuesta en maternidades de la Argentina	GEFFNER, S. C. et al. Abril 2021	Estudo transversal	Argentina	4
6	Longitudinal Survey of COVID-19 Burden and Related Policies in U.S. Neonatal Intensive Care Units	AHMAD, K. A. et al. Abril 2020	Estudo de coorte	Estados Unidos	4
7	Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019	MAHONEY, A. D. et al. Agosto 2020	Pesquisa transversal	Estados Unidos	4
8	COVID-19 and newborn care: April 2020	HORBAR, J. D. et al. Agosto 2020	Estudo diagnóstico	Estados Unidos	4
9	In-hospital telehealth supports care for neonatal patients in strict isolation	UMOREN, R. A., et al. Abril 2020	Estudo transversal	Estados Unidos	4

Fonte: Autoria própria, 2021.

Conforme o ano de publicação dos artigos, 6 publicações são referentes ao ano de 2020, na qual foi identificada 1 publicação referente ao mês de abril, 1 ao mês de junho, 1 ao mês de julho, 2 ao mês de agosto e 1 ao mês de outubro; as outras 3 publicações são referentes ao ano de 2021 publicadas respectivamente nos meses de abril (2 publicações) e agosto (1 publicação).

Quanto à distribuição geográfica, a maioria dos artigos foi publicado na América do Norte, mais especificamente nos Estados Unidos, onde foram identificadas 6 publicações que se enquadram nesta pesquisa. Além disso, foram identificados 2 artigos publicados na Europa (Itália e Espanha) e 01 artigo publicado na América do Sul (Argentina).

Quanto ao nível de evidência, através da classificação apresentada por Stetler e colaboradores, (1998), os artigos selecionados para o estudo possuem nível 4, ou seja, são evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa.

No quadro 3, para facilitar a visualização e compreensão sobre as mudanças trazidas por cada autor, constam o número do artigo, os objetivos e os principais resultados.

**Quadro 3:** Distribuição dos artigos conforme número do artigo, objetivos e principais resultados, 2021.

Nº	Objetivos	Principais resultados
1	Acompanhar neonatos nascidos de mães positivas para SARS-CoV-2 no momento do parto, para elucidar as melhores práticas em relação ao controle de infecção e identificar potenciais fatores de risco associados à transmissão.	<b>Sala de parto:</b> Contato pele a pele; <b>UTI Neonatal:</b> Restrição à visita neonatal; amamentação; <b>Alojamento conjunto:</b> Separação da mãe e bebê, amamentação, uso de máscara e higienização das mãos.
2	Descrever os efeitos do COVID-19 na população obstétrica e neonatal em uma área com alta incidência de infecção por SAR-CoV-2.	<b>Sala de parto:</b> Triage das gestantes para COVID - 19, teste da Covid-19 antes do parto, restrição de acompanhantes, clampeamento do cordão umbilical, contato pele a pele e reanimação. <b>Alojamento conjunto:</b> Amamentação.
3	Analisar o impacto da pandemia de COVID-19, nas práticas de assistência perinatal e apoio à amamentação oferecidas a mulheres com e sem infecção por COVID-19 nas maternidades espanholas vinculadas à IHAC.	<b>Sala de parto:</b> Restrição de acompanhante, contato pele a pele e amamentação.
4	Examinar o impacto do bloqueio causado pela pandemia de COVID-19 na amamentação exclusiva em mães não infectadas.	<b>Alojamento conjunto:</b> Uso de Equipamentos de Proteção Individual.
5	Analisar recursos disponíveis, guias usados e preparação para o cuidado de neonatos em maternidades na Argentina durante a pandemia de COVID-19.	<b>Sala de parto:</b> Acompanhante. <b>UTI Neonatal:</b> Restrição a visita neonatal e diminuição no atendimento. <b>Alojamento conjunto:</b> Uso de Equipamentos de Proteção Individual e amamentação.
6	Determinar a prevalência de nova doença coronavírus confirmada em 2019 (COVID-19) ou crianças sob investigação em uma coorte de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) dos Estados Unidos.	<b>Sala de parto:</b> Triage das gestantes para COVID - 19 <b>UTI Neonatal:</b> Amamentação <b>Alojamento conjunto:</b> Separação mãe-bebê; aleitamento materno

7	Determinar a relação entre o surgimento do COVID-19 e a presença da família na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), bem como como o desenho da UTIN afeta essas mudanças	<b>UTI Neonatal:</b> Triagem das gestantes para COVID - 19, amamentação, diminuição no atendimento e restrição a visita neonatal.
8	Avaliar o impacto da pandemia de doença coronavírus 2019 (COVID-19) no cuidado de recém-nascidos e famílias.	<b>UTI Neonatal:</b> Diminuição do atendimento, materiais e profissionais da saúde.
9	Determinar a viabilidade da telemedicina de internação "intra-hospitalar" em um hospital de referência infantil para facilitar as atividades de internação, como o acompanhamento interprofissional e a prestação de serviços de suporte, como consultas de lactação para pacientes pediátricos em isolamento estrito.	<b>UTI Neonatal:</b> Telemedicina.

Fonte: Autoria própria, 2021.


## MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA NEONATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Durante a leitura dos artigos selecionados foi possível identificar algumas mudanças na assistência neonatal desencadeadas pela pandemia da COVID-19, assim foi possível agrupar os resultados em três categorias, sendo elas: mudanças na assistência neonatal em sala de parto; mudanças na assistência neonatal em unidade de terapia intensiva e mudanças na assistência neonatal em alojamento conjunto.

### Mudanças na assistência neonatal em sala de parto

Ao analisar os estudos sobre as mudanças na assistência neonatal devido à pandemia por COVID-19, observa-se que elas se iniciam antes mesmo do nascimento. Desta forma, as mudanças na prestação da assistência ao RN estão relacionadas inicialmente a identificação das mães que sejam casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, podendo assim evitar a infecção do RN após o nascimento e dos profissionais de saúde presentes nas salas de parto (SBP, 2020a).

Foi possível identificar nos artigos 2 e 6 que, algumas maternidades acabaram por aplicar no momento da triagem um questionário que abordava se a parturiente ou algum contato próximo apresentou sinais e/ ou sintomas da COVID-19. Segundo o artigo 2, esse questionário segue como base para o seguimento do tipo de assistência prestada aquela parturiente e posteriormente ao RN, como por exemplo a separação ou não.



Os dados da pesquisa 3 mostraram que 85 hospitais (52%) relataram a adoção da triagem universal SARS-CoV-2 para todas as gestantes, com apenas 21 (13%) restringindo a triagem a mães sintomáticas (Artigo 6: AHMAD, et al., 2021, p. 95).

A paciente e seu acompanhante foram submetidos a uma verificação de temperatura antes de entrar no hospital. Na admissão ao Labor and Delivery (L&D), as gestantes e sua pessoa de apoio foram questionadas se elas, algum membro da família ou qualquer outro contato próximo foram avaliados para COVID-19 ou tiveram febre, tosse, dificuldades respiratórias, dor de garganta, dor de cabeça, dores musculares, calafrios ou perda do paladar ou cheiro. Qualquer resposta afirmativa a essas perguntas tornava a mãe uma Persons Under Investigation (PUI) (Artigo 2: GRIFFIN et al., 2020, p. 1023).


Segundo a Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP, 2020) quando o RN possui mãe com histórico de infecção suspeita ou confirmada pela COVID-19 entre 14 dias antes do parto e 28 dias após o parto, ele é classificado como caso suspeito. Nesta perspectiva, além dos sinais e sintomas foi possível identificar, também no estudo 2, que era questionado às parturientes se elas haviam realizado teste da COVID-19; se o teste fosse realizado nos 10 dias anteriores à admissão, ou as mesmas não o apresentassem, era solicitado o consentimento para a realização do exame, caso não autorizasse ela era tratada como um caso suspeito, sendo portando isolada do RN após o parto.

Das oito mães sabidamente positivas para COVID-19 antes da internação no L&D, três haviam feito o teste nos 10 dias anteriores. Eles não foram testados novamente e foram tratados como presumíveis positivos, e a separação de seus bebês foi recomendada. (Artigo 2: GRIFFIN, et al., 2020, p. 4).

Vinte e cinco mães tiveram os resultados finais do teste COVID-19 disponíveis antes do parto; deles, 15 (60%) foram negativos e os lactentes não precisaram de isolamento. Uma criança foi libertada do isolamento pela doença infecciosa do adulto serviço sem reteste, pois a mãe tinha resultado positivo para COVID-19 24 dias antes da admissão, mas estava assintomática. O isolamento foi, portanto, recomendado para 62 crianças (Artigo 2: GRIFFIN, et al., 2020, p. 5 e 6).

De acordo com a lei brasileira Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, os serviços de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sejam eles da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença de 1 acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), na mesma perspectiva, a lei argentina Nº 25.929, de 2004 informa que é um direito da mulher estar acompanhada, por uma pessoa de sua escolha durante todo o trabalho de parto e parto (ARGENTINA, 2004).

Porém, através do estudo 3, foi possível identificar que esta condição não ocorre em todos os lugares do mundo, e que durante a pandemia as restrições aumentaram ainda mais, principalmente nas salas de parto. Em tempo, o artigo 5 trás que metade das maternidades restringiram a presença do acompanhante nas salas de cirurgia e parto, sendo observado uma prevalência desta medida nos hospitais públicos.



Mais de um terço dos hospitais afirmou ter restringido ainda mais a presença de um acompanhante de escolha durante o trabalho de parto (34%; 17/50) ou parto. (Artigo 3: MUÑOZ-AMAT; PALLÁS-ALONSO; HERNÁNDEZ-AGUILAR, 2021, p. 4).

Em 46% das instituições avaliadas, não foi permitido o acesso de acompanhante às mulheres com suspeita/confirmação de COVID-19, e, se autorizado, 30% não autorizou o acesso ao coabitar, mesmo que assintomático, devido ao contato próximo (Artigo 5: GEFFNER et al., 2021, p.79).

Outra mudança identificada neste setor está relacionada ao contato pele a pele e ao clampeamento tardio do cordão umbilical. Segundo a portaria Nº 371, de 7 de Maio de 2014, é necessário que se assegure após o nascimento o contato pele a pele imediato e contínuo, além do clampeamento tardio do cordão umbilical, exceto em casos de mães isoimunizadas ou com HIV e HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato (BRASIL, 2014). Durante a pandemia por COVID-19 essa prática ocorreu com algumas ressalvas, variando de acordo com o país ou normas implementadas por cada hospital, como pode ser observado no artigo 2.

O clampeamento tardio do cuidado umbilical foi permitido para todos os bebês se a equipe obstétrica considerasse que o bebê estava suficientemente estável. O bebê foi mostrado à mãe após o parto. Não era permitido segurar o bebê, nem contato pele a pele entre a mãe e o bebê (Artigo 2: GRIFFIN et al., 2020, p. 1024).

Em contrapartida, um outro estudo selecionado traz uma abordagem diferente, o que é o caso dos artigos 1 e 3 onde relataram que:

As mães com sorologia positiva para SARS-CoV-2 podem praticar cuidados pele a pele e amamentar na sala de parto com algumas modificações nos processos habituais. Entre os cuidados, as mães colocavam máscara cirúrgica quando próximas ao recém-nascido e praticavam a higienização adequada das mãos antes do contato pele a pele, amamentação e cuidados de rotina (Artigo 1: SALVATORE et al., 2020 p. 723)

Proteção e apoio à amamentação, em maternidades e centros de saúde primários na Espanha. [...] Na Espanha, 32% dos hospitais permitiam pele a pele imediata sem restrições para mulheres com COVID-19 leve (Artigo 3: MUÑOZ-AMAT; PALLÁS-ALONSO; HERNÁNDEZ-AGUILAR, 2021, p. 2 e 6).

Essa informação, compreende a recomendação trazida pela OMS (2020) que as mães podem continuar praticando o contato pele a pele, mesmo se forem consideradas suspeitas ou positivas para COVID-19, recebendo apoio para garantir práticas adequadas de prevenção de infecções. Isso mostra que o uso correto de máscara e higienização das mãos são consideradas medidas eficazes para evitar transmissão do vírus, podendo assim garantir o contato pele a pele tão importante para o binômio mãe-bebê.

Pelo fato da escassez de estudos, voltados à patologia, principalmente em neonatos, há ainda uma controversa da seguridade do contato pele a pele e clampeamento tardios sendo necessárias novas pesquisas e atualizações voltadas para esta área de pesquisa.



Sabe-se que durante o parto pode ocorrer a necessidade de reanimação neonatal, por isso os hospitais devem garantir que estejam disponíveis para tal intervenção os equipamentos e medicações necessárias, além de uma equipe preparada com curso prévio de reanimação neonatal, ainda devem ser desenvolvidos e implementados protocolos de encaminhamento de emergência tanto para a mulher como para o RN (CONITEC, 2016).

Nesse sentido, o artigo 2 informa que, quando a mãe era considerada caso suspeito ou confirmado de COVID-19, havia indicação para o atendimento neonatal no momento do parto no qual, um neonatologista ou enfermeira neonatal ficava presente na sala de parto ou cirurgia, utilizando Equipamento de Proteção Individual (EPI) apropriado (incluindo uma máscara N95), enquanto isso a outra parte da equipe esperava fora da sala, caso o RN fosse necessitar de mais do que os cuidados de rotina.

Os fatores que levaram à designação de uma mãe como PUI incluíram febre, sintomas respiratórios (tosse, falta de ar e sintomas respiratórios superiores) ou contato com uma pessoa potencialmente infectada (isso inclui a detecção de febre no cônjuge ou acompanhante da mãe presente durante o trabalho de parto (Artigo 2: GRIFFIN, et al., 2020, p. 1025).

Se o bebê necessitasse de mais do que a reanimação de rotina (secagem, estimulação e sucção), membros adicionais da equipe neonatal eram chamados para ajudar assim que colocassem o EPI. Caso contrário, eles esperaram fora da sala (Artigo 2: GRIFFIN et al., 2020, p. 1024).


Mediante as mudanças na assistência neonatal em sala de parto identificadas, pode se compreender que até o momento as alterações mais significativas estão voltadas para a necessidade de uma triagem pré-natal eficaz voltada para a identificação de casos suspeitos ou confirmados para COVID-19, tanto das parturientes quanto de seus possíveis acompanhantes. Nesse sentido, essa medida interfere na conduta a ser adotada pela equipe ao RN e sua mãe durante o parto.

### **Mudanças na assistência neonatal em unidade de terapia intensiva**

A ida de um RN para a UTIN ecoa psicologicamente e socialmente na vida de seus genitores e familiares. Em tempos de pandemia por COVID-19 essa situação pode ser agravada devido contingenciamento mais restritivo adotado pela instituição na qual o RN está internado, sendo este associado, frequentemente, à diminuição no número de pessoas circulando na unidade e na limitação ou suspensão das visitas (ROCHA; DITZ, 2021), como é trazido por Mahoney e colaboradores no estudo 7 que diz que:

No geral, 184 (66%) UTIN relataram que suas novas políticas durante a pandemia de COVID-19 foram amplamente mais restritivas do que as políticas habituais implementadas durante a temporada de inverno influenza / vírus sincicial respiratório. (Artigo 7: MAHONEY, et al., 2020, p. 38).





Nesse sentido, as UTIN implementaram mudanças que afetam diretamente na presença dos pais e familiares neste ambiente, uma das recomendações elencadas pela SPSP, por exemplo, foi a realização diária da triagem para sintomatologia respiratória de genitores e eventuais outros visitantes da UTIN, por meio de perguntas específicas que devem ser feitas antes da entrada nas unidades (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2020); em tempo, os estudos analisados mostraram que essa recomendação também foi seguida em outras partes do mundo.

Mudanças nas políticas gerais de triagem de entrada no hospital se espalharam durante a pandemia de COVID-19 isso incluiu aumentos significativos nas verificações de temperatura física, bem como perguntas de triagem sobre histórico de viagens, febre e doenças para entrada no hospital (Artigo 7: MAHONEY et al., 2020, p. 38).

Além disso, o estudo 7 ainda traz que ocorreu uma variedade no que se diz respeito à presença de pais e familiares na UTIN, que vão desde a diminuição e exclusão da presença de pais durante 24 horas, à limitação de um genitor para ficar presente durante o período em que o RN ficasse internado, sendo corroborado pelos artigos 1 e 5 que também abordam sobre essa restrição.


As mães de recém-nascidos internados na UTIN foram autorizadas a visitar após 14 dias após o teste positivo e se estivessem afebril por pelo menos 72 horas. (Artigo 1: SALVATORE et al., 2020, p. 723).

Restrições foram implementadas na admissão de parentes na UTIN durante a pandemia, tanto no número de pessoas (91%) quanto no tempo de visita (44%) (Artigo 5: GEFFNER et al., 2021, p.79).

Descobrimos que as restrições à presença dos pais na UTIN foram amplamente adotadas e que a capacidade dos pais de participarem de aspectos da tomada de decisão compartilhada, como rodadas centradas na família, diminuiu significativamente (Artigo 7: MAHONEY et al., 2020, p. 41).

Uma outra mudança na assistência ao RN na UTIN está relacionada ao aleitamento materno. Segundo a SBP (2020b), não existem ainda evidências que comprovem a transmissão vertical da COVID-19 através da amamentação, portanto a amamentação não está contraindicada em nenhuma situação clínica, durante a permanência da mãe em atendimento hospitalar, desde que a parturiente se encontre em condições satisfatórias de saúde e assim o desejo.

O leite materno é uma importante fonte de nutrientes e, para que o RN possa se desenvolver e crescer de maneira saudável, ele necessita de diversas substâncias sendo estas disponibilizadas através da amamentação, que deve ser tida como prioridade, principalmente no ambiente das UTIN (SILVA et al., 2020).



Nos estudos analisados, foi possível identificar que em algumas UTIN ocorreu a diminuição da doação de leite, sendo está uma orientação da SBP (2020b), que traz que é contraindicada a doação por mulheres com sintomas compatíveis ou confirmação de caso de SARS-CoV-2.

Também descobrimos que 21% das UTIN relataram diminuição nas visitas de consultores de lactação, 16% restringiram a utilização do leite de doadoras e 8% relataram mudanças nas taxas de amamentação (Artigo 7: MAHONEY, et al 2020, p. 39).

Todas as mães foram autorizadas a amamentar seu recém-nascido durante a internação e após a alta hospitalar (Artigo 1: SALVATORE et al., 2020, p.723).

Nos últimos três resultados da pesquisa, o uso de qualquer leite materno (expresso e direto) foi de 88 a 89%. [...] A pesquisa mais recente mostra uma diminuição no isolamento dos bebês de suas mães e um aumento no número de UTINs permitindo a amamentação materna direta. (Artigo 6: AHMAD et al., 2020, p.96).

Quando se trata da presença da equipe multidisciplinar de saúde, foi possível observar a diminuição na presença destes profissionais. Segundo a SBP (2020a) essa medida está relacionada à contenção de recursos (já que o elevado número de profissionais na assistência ao RN aumenta o uso de EPI, em um momento em que se deve racionalizar recursos) e ao aumento das chances de exposição dos profissionais à infecção.

[...] a disponibilidade de pessoal de saúde nas maternidades, 16% relataram diminuição no atendimento de consultores à UTIN (Artigo 5: GEFFNER, et al., 2021, p.79).


UTIN relataram mudanças significativas na equipe ou medidas de resultados temporariamente associadas à pandemia de COVID-19. Estes incluíram 28% dos locais reduzindo a enfermagem horas de trabalho, 28% reduzindo fisioterapia (PT), terapia ocupacional e / ou fonoaudiológica e 23% atrasando procedimentos não urgentes (mais comumente tubos de gastrostomia) (Artigo 7: MAHONEY, et al., 2020, p.39).

Dos 332 hospitais, 54% relataram falta significativa de equipamentos, testes ou pessoal. Mesmo em unidades com poucos ou nenhum caso, faltavam testes, equipamentos e pessoal. (Artigo 8: HORBAR et al., 2020, p. 1 e 2).

Seguindo esta lógica e mediante a limitação da presença da equipe, unidades utilizaram da telemedicina para dar suporte aos familiares e assistir os RN.

Usando a telemedicina, prestadores de cuidados de saúde e serviços de apoio puderam conversar com a família diretamente, sem máscaras e outros EPIs, obscurecendo seus rostos ou limitando a audibilidade (Artigo 9: UMOREN et al., 2020, p.859).

No Brasil, essa medida foi deliberada através da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 que fala sobre o uso da telemedicina durante a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, a mesma autoriza o uso da prática enquanto durar a pandemia, podendo ocorrer o exercício da medicina



mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.

Apoio e aconselhamento na amamentação foram prestados virtualmente à mãe ao lado do leito da paciente, que expressou satisfação com o serviço e as informações prestadas. Até o momento, o serviço foi utilizado para três pacientes neonatais de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em total isolamento. Este estudo bem-sucedido foi fundamental para a implantação da telemedicina na UTI, no departamento de emergência e na unidade especial de infecções para pacientes (Artigo 9: UMOREN et al., 2020, p. 858).

Ao analisar as mudanças supracitadas, nota-se que a UTIN foi o local onde ocorreram o maior número de mudanças quando se trata da assistência neonatal no contexto da pandemia da COVID-19. Sendo estas pautadas na especificidade de cada hospital e de cada neonato e sua família. A diminuição de membros da equipe multidisciplinar e contenção de recursos como EPI também acabou trazendo mudanças para este ambiente, onde alguns passaram a utilizar da telemedicina para dar continuidade ao atendimento.

### **Mudanças na assistência neonatal no alojamento conjunto**


O encaminhamento para o AC é um momento aguardado por mães e familiares que vêm neste o primeiro momento de ficar próximo ao seu RN. No contexto da pandemia por COVID-19, a assistência aos RN, a termo ou próximos ao termo e que estejam clinicamente estáveis, cujas mães sejam suspeitas ou positivas para a COVID-19, porém com condição clínica favorável; pode permanecer sendo realizado AC em quarto individualizado, desde que essa prática ocorra de forma adequada (FIOCRUZ, 2020b).

Corroborando com esta informação, o estudo 1 elucidada que os neonatos eram mantidos juntamente com suas mães sendo separados apenas em condições clínicas desfavoráveis. Nesse sentido, através do estudo 6 pode-se observar a progressão do número de maternidades que, com o tempo, passou a permitir a junção do binômio mãe-bebê no AC e isso pode ter ocorrido devido a evolução das políticas hospitalares em resposta ao desenvolvimento de novos dados e diretrizes.

Dos 82 neonatos, 68 (83%) alojavam-se com as mães (tabela 1). Desses 68 neonatos que ficaram hospedados, três (4%) foram separados de suas mães após 24 horas por indicação clínica (Artigo 1: SALVATORE et al., 2020, p 723).

Enquanto 23 (14%) dos estabelecimentos que responderam permitiam o alojamento conjunto de bebês com mães COVID-19-positivas em abril (rodada 2 da pesquisa), 74 (50%) permitiam isso até julho e início de agosto (rodada 4 da pesquisa) (Artigo 6: AHMAD et al., 2020, p. 96).

Vale salientar que, nestes casos, as mães devem ser orientadas como cuidar dos seus neonatos. Para tanto, é necessário que as mesmas utilizem máscara cirúrgica e façam a



higienização prévia das mãos, principalmente antes e após a amamentação, contribuindo assim para a diminuição das chances de contaminação (FIOCRUZ, 2020b). Esta informação pode ser corroborada através do artigo 4 e 5, no qual relatam sobre a amamentação:

Durante a internação hospitalar, todas as mulheres grávidas e profissionais de saúde tiveram que usar proteção individual dispositivo: máscaras, luvas e às vezes óculos de proteção e a sensação de que qualquer pessoa encontrada era “suspeita” (Artigo 4: LATORRE et al., 2021, p. 5 e 6).

Em relação à alimentação do filho recém-nascido de uma mãe com COVID-19 que não necessitavam de cuidados neonatais intensivos, 70% recomendavam colocar as mamas com medidas de proteção (uso de máscara cirúrgica / máscara, higiene das mãos e da pele) (Artigo 5: GEFFNER et al., 2021, p. 79).

Entretanto, o artigo 2 menciona que, para o contato direto entre uma mãe suspeita ou confirmada para COVID-19, a mesma deve ficar em isolamento, não sendo recomendada a amamentação. Além disso, o artigo 6 traz uma pequena porcentagem de lugares que incentivaram a alimentação do RN com leite humano apenas com uso de dispositivos e/ou o uso de fórmulas.

As mães receberam bombas eletrônicas de leite e apoio à lactação para fornecer o próprio leite materno que poderia ser fornecido ao bebê durante o período de isolamento e para permitir a amamentação direta assim que o bebê e / ou a mãe tivessem saído do isolamento (Artigo 2: GRIFFIN et al., p. 1024).


23%, o leite materno administrado em mamadeira e 7%, a administração de fórmula (Artigo 5: GEFFNER et al., 2021, p. 79).

Identificou-se que as mudanças da assistência neonatal em AC ainda são pouco claras, sendo as mesmas desenvolvidas conforme a evolução pandêmica e desenvolvimento de diretrizes e políticas hospitalares, nesse sentido, foi possível identificar mudanças relacionadas ao aleitamento materno, uso de EPI pelas mães ao manter contato com o RN.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância deste estudo encontra-se na possibilidade de identificar e compreender, através das produções científicas, as principais mudanças na assistência neonatal hospitalar, no contexto da pandemia da COVID-19, favorecendo, assim, a promoção de cuidados atualizados e a implementação de práticas baseadas em evidências, com vistas à qualidade da assistência e à segurança do paciente.

Durante a busca foi possível identificar a escassez de dados sobre a temática, o que acabou tonando-se um fator limitante da pesquisa. Outro fator limitante a ser considerado é que os estudos analisados, muitas vezes trazem informações voltadas apenas para os neonatos positivos ou considerados suspeitos a COVID-19, não havendo um olhar para a prevenção e



nem informando as medidas tomadas em casos análogos a positividade para patologia, sendo insociável a comparação das mudanças nestes dois casos.

Logo, reconhece-se a necessidade da realização de mais estudos voltados para a temática que possam contribuir para a implementação de práticas baseadas em evidências que visem a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade da atenção.

## REFERÊNCIAS

AHMAD, K. A. *et al.* Longitudinal Survey of COVID-19 Burden and Related Policies in U.S. Neonatal Intensive Care Units. **Am J Perinatol**, v.38, n. 01, p.093-098, 2021.DOI: 10.1055/s-0040-1718944. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1718944>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ARGENTINA. **Ley nº 25.929/2004**. Ley Nacional de Parto Respetado. 2004. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_argentina\\_0842.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_argentina_0842.pdf). Acesso em: 20 nov. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm). Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html). Acesso e: 05 abr. 2021.


CHEN, Y. *et al.* Crianças nascidas de mães com um novo coronavírus (COVID-19). **Frontiers in pediatrics**, v. 8, p. 104, 2020. DOI: 10.3389 / fped.2020.00104. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7098456/>. Acesso em: 01 abr. 2021.

CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2016. [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 05 abr. 2021.

DEPREST, J. *et al.* Fetal Diagnosis and Therapy during the COVID-19 Pandemic: Guidance on Behalf of the International Fetal Medicine and Surgery Society. **Fetal Diagn Ther**, v. 47, n. 9, p. 689-698, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1159/000508254>. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/FullText/508254#>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FREITAS, B. H. B. M. de; ALVES, M. D. de S. M.; GAIVA, M. A. M. Medidas de prevenção e controle de infecção neonatal por COVID-19: revisão de escopo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, 2020.





GEFFNER, S.C. *et al.* Estratégias de preparação em unidades de neonatologia durante la pandemia de COVID-19: Encuesta en maternidades de la Argentina. **Arch Argent Pediatr**, v. 119, n. 2, p. 76-82, 2021. Disponível em: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n2a02.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

GRIFFIN, I. *et al.* The Impact of COVID-19 Infection on Labor and Delivery, Newborn Nursery, and Neonatal Intensive Care Unit: Prospective Observational Data from a Single Hospital System. **Am J Perinatol.**, v. 37, n. 10, p. 1022-1030, 2020. DOI: 10.1055/s-0040-1713416. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32534458/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

HORBAR, J. D. COVID-19 and Newborn Care: April 2020. **PEDIATRICS**, v. 146, n. 5, 2020.

LATORRE, G. *et al.* Impact of COVID-19 pandemic lockdown on exclusive breastfeeding in non-infected mothers. **Int Breastfeed J** 16, n. 36, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00382-4>. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-021-00382-4>. Acesso em: 05 nov. 2021.

MAHONEY, A. D. *et al.* Impacto das restrições na presença dos pais em unidades de terapia intensiva neonatal relacionadas à doença coronavírus 2019. **Journal of Perinatology**, v. 40, p. 36-46, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 1 reimpressão. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2016.


MUÑOZ-AMAT, B.; PALLÁS-ALONSO, C. R.; HERNÁNDEZ-AGUILAR, M. T. Boas práticas em atenção perinatal e proteção da amamentação durante a primeira onda da pandemia COVID-19: uma análise da situação nacional entre maternidades da IHAC na Espanha. **Int Breastfeed J** 16, n. 66, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00407-y>. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-021-00407-y>. Acesso em: 20 nov. 2021.

NAYAK, M. *et al.* Doença por coronavírus 2019 em neonatos - o que é conhecido e o que precisa ser conhecido. **Cureus**, v. 12 n. 8, p. e10171, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. OMS, 2020a. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812). Acesso em: 20 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Nova pesquisa destaca riscos de separar recém-nascidos de suas mães durante pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-3-2021-nova-pesquisa-destaca-riscos-separar-recem-nascidos-suas-maes-durante-pandemia>. Acesso em: 20 nov. 2021.





PINHEIRO, J. M. F. *et al.* Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.09912014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n1/243-252/pt/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

ROCHA, A. L. S.; DIRTZ, E. S. As repercussões no cotidiano de mães de bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no isolamento social devido à COVID-19. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2158>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/bvcMM9mgfyDS9KWkHwdWchf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

ROSE, D. U. *et al.* Nova doença por coronavírus (COVID-19) em recém-nascidos e bebês: o que sabemos até agora. **Ital J Pediatr.**, v. 46, n. 56, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003>. Disponível em: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-020-0820-x>. Acesso em: 25 mar. 2021.

SALVATORE, C. M. *et al.* Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. **Lancet Child Adolesc Health**, v. 4, n. 10, p. 721-727, 2020. DOI: [10.1016/S2352-4642\(20\)30235-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30235-2). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32711687/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SILVA, K. I. V. *et al.* Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal: revisão de literatura. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 5, n. 2, p. 83, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Orientações a Respeito da Infecção pelo SARS-CoV-2 (conhecida como COVID-19) em Crianças**. SBP, Brasília: DF, 2020a. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Covid-19-Pais-DC-Infec-to-DS\\_\\_Rosely\\_Alves\\_Sobral\\_-convertido.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Covid-19-Pais-DC-Infec-to-DS__Rosely_Alves_Sobral_-convertido.pdf). Acesso em: 08 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Recomendações para Assistência ao Recém-Nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada – Atualização 2**. Brasília: DF, 2020b.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP). **Recomendações para cuidados e assistência ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de COVID-19**. 2º versão, São Paulo: SPSP, 2020. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2020/04/06/recomendacoes-para-cuidados-e-assistencia-ao-recem-nascido-com-suspeita-ou-diagnostico-de-covid-19-06-04-2020/>. Acesso em: 28 mai. 2021.

STETLER, C. B. *et al.* Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.



TAN, Y. *et al.* Epidemiologic and clinical characteristics of 10 children with coronavirus disease 2019 in Changsha, China. **Journal of Clinical Virology**, v. 127, p. 1-6, 2020.

UMOREM, R. A. *et al.* In-Hospital Telehealth Supports Care for Neonatal Patients in Strict Isolation. **Am J Perinatol**, v. 37, p. 857–860, 2020.

ZHU, H. *et al.* Análise clínica de 10 recém-nascidos de mães com pneumonia nCoV 2019. **Translational pediatrics**, v. 9, n.1, p. 51-60, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.21037%2Ftp.2020.02.06>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7036645/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

# CAPÍTULO 12

## SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS<sup>1</sup>

**Esther Alves Fernandes**  
**Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues**  
**Rubens Felix de Lima**  
**Helayne Cristhina Lucena Araújo**  
**Larissa Rodrigues de Oliveira**  
**Sâmara Rosário Guilherme da Silva**  
**Matheus Alves Barros**  
**Roberta de Miranda Henriques Freire**

### RESUMO

A presente pesquisa objetivou estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos, bem como os fatores de risco e de proteção associados, em uma amostra atendida na Unidade de Saúde Sol Nascente, na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Trata-se de um estudo de campo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram analisados com auxílio da estatística descritiva no programa SPSS. A prevalência de sintomas depressivos na amostra foi maior do que aquela apresentada pela literatura. Alguns fatores de risco foram evidenciados, estando ligados às condições biopsicossociais do idoso, levantando a necessidade de um cuidado em saúde mental holístico e direcionado. A alta prevalência evidenciada neste estudo reflete a subjetividade dos idosos incluídos na amostra, ressalta-se aqui a relevância de mútuas influências para o desenvolvimento de sintomas depressivos em idosos. Espera-se que tais dados sejam usados na melhoria da assistência prestada e no direcionamento do cuidado no referido serviço.


**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão; Saúde do Idoso; Fatores de risco.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, expressivo e impactante especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o crescimento abrupto da população idosa é resultado de variáveis demográficas, bem como das transformações socioculturais, redução da natalidade, melhoria da qualidade de vida, aumentando a longevidade. Envelhecer no Brasil nos dias atuais é uma realidade. O crescimento acelerado na faixa etária de idosos impulsiona a uma reflexão acerca do compromisso individual e coletivo da comunidade, como também dos profissionais de saúde, família e cuidadores para lidar com

---

<sup>1</sup> Apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Programa de Bolsas de Iniciação Científica (CNPq-PIBIC).



as alterações que ocorrem nesta fase que não comporta mais ações pontuais de cura e/ou reabilitação.


A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, definiu o idoso a partir da idade cronológica. Assim, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2005). É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (OPAS, 2018).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidenciaram que a população idosa vai triplicar no País e passará de 19,6 milhões (10% da população brasileira), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas, em 2050 (29,3%) (IBGE, 2010). Segundo Leal (2014) em 2050 serão 38 milhões de idosos com depressão, superando a proporção de jovens na população. Carreira *et al.* (2018) caracteriza a depressão como um distúrbio de natureza multifatorial que compromete a área afetiva ou do humor, exercendo um forte impacto funcional e inúmeros aspectos de ordens biológica, psicológica e social, evidenciada por sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades

A Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma que 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, resultantes de uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais. O impacto desses distúrbios evidencia-se por representar quatro das dez principais causas de incapacitação. Estudos epidemiológicos realizados em centros de atenção primária de 14 países, mostraram que cerca de 24% da clientela apresentava transtornos psiquiátricos, apontando como diagnósticos mais frequentes a depressão, a ansiedade e o uso inadequado de substâncias (WHO, 2010).

Dessa forma, considerada um problema de saúde pública, a depressão acomete cerca de 154 milhões de pessoas mundialmente e os idosos enquadram-se neste quantitativo com 15% de prevalência de alguma manifestação de sintomas (SILVA *et al.*, 2014). Necessário se faz que os sinais e sintomas de depressão sejam minuciosamente investigados nesta população, avaliando os contextos social e clínico nos quais o idoso está inserido (GALHARDO; MARIOSIA; TAKATA, 2010).

Sabendo isso, a presente pesquisa poderá contribuir para uma aquisição maior de conhecimentos na área e implementação de medidas preventivas a partir dos resultados. A



depressão é uma patologia que demanda atenção especial da família e dos profissionais da Atenção Primária a Saúde. A maioria dos idosos acometidos por estados depressivos não são percebidos e, conseqüentemente, não são tratados. Portanto, isso afeta a saúde do idoso em todos os aspectos. Pesquisas apontam que, em 2020, os transtornos depressivos ocuparão a segunda maior causa de incapacidade no mundo, pela associação entre depressão em idosos, além das comorbidades pré-existentes, pior qualidade de vida, maior uso de medicações (polifarmácia) e maior estresse (FELICIANO; MORETTI, 2015; MUNIZ; BATISTONI; NASCIMENTO, 2012; ORTIZ, WANDERLEY, 2013).

Por conseguinte, a pergunta central deste estudo é: Quais os fatores de risco associados a ocorrência de depressão em idosos? Dessa forma, a aplicação de um instrumento que avalie estes fatores e seus sintomas relacionados pode direcionar os serviços de Saúde Mental e a Atenção Primária de Saúde na condução desta problemática, proporcionando uma melhor atenção ao paciente com sintomas de depressão. No tocante aos órgãos de saúde locais terão a oportunidade de aperfeiçoarem ou redirecionarem o foco de atenção, sendo o principal beneficiado desse processo a própria população de Cajazeiras, visto que, com este diagnóstico terão melhor condição de implantar políticas de promoção e prevenção na Saúde Mental.

O interesse por estudar a depressão em pessoas idosas no município de Cajazeiras é pertinente também pela ausência de estudos nesta temática no município e o aumento crescente de idosos acima de 60 anos, exigindo cuidados destinados a seu bem-estar e a sua saúde. Sabe-se que conhecendo os sintomas que podem desencadear a depressão, mais rápido se tem um diagnóstico e formas de prevenção, aumentando assim a qualidade de vida dos sujeitos e reforçando a relevância e pertinência deste estudo.

Para tanto, objetivou-se estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos, bem como identificar fatores de risco associados a prevalência desses sintomas, avalia-los através da Escala de Depressão Geriátrica, investigar fatores de risco entre idosos que não apresentam sintomas depressivos.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de campo exploratório, descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo foi realizado no município de Cajazeiras-PB, este que possui vinte e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e rural. A proposta inicial do projeto na qual foi submetido era realizar a pesquisa nas 26 UBS, porém devido a excepcionalidade da pandemia pelo Covid-19, necessário se fez reestruturar o estudo apresentando proposta de



Emenda ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos (UNIFIP) onde o projeto foi submetido com nova proposta. O Comitê deliberou favorável a realização do estudo em apenas uma Unidade Básica De Saúde na qual após contato com o enfermeiro, o mesmo se mostrou favorável a colaborar, portanto o cenário do estudo foi a Unidade de Saúde Sol Nascente.


A população foi composta por todos os idosos residentes na zona urbana coberta pela UBS Sol Nascente do município de Cajazeiras-PB, perfazendo um total de 100 idosos, porém no período da coleta que foi realizada no mês de julho e agosto só se fizeram presentes nas consultas de enfermagem uma quantidade pequena de idosos, totalizando para seleção da amostra 21 idosos, que após esclarecimentos dos objetivos do estudo concordaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ( TCLE ), e atendendo aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; morar na zona urbana coberta pela UBS Sol Nascente do município; ambos os sexos; não possuir declínio cognitivo e concordar em participar da pesquisa. Os Critérios de exclusão foram: Possuir déficit cognitivo ou demências. Este número reduzido de idosos na Unidade de saúde foi justificado pelo enfermeiro como temor dos idosos em decorrência da pandemia, apesar da maioria já ter recebido pelo menos uma dose da vacina contra o Covid-19.

A fim de atingir os objetivos, usou-se uma entrevista semiestruturada (Com dados sócio demográficos e condições de saúde) idade, gênero, estado civil, escolaridade, atividades de lazer, entre outras, fichas de cadastro individual (ESF), teste de rastreio Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a cognição do idoso e posteriormente foi empregada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

O projeto e sua ementa foram aprovados pelo Comitê de Ética sob número CAAE-39275920.5.0000.5181, tendo seu novo parecer emitido em: 15/06/21. A coleta ocorreu no ambiente da UBS Sol Nascente, de acordo com a disponibilidade do pesquisador que atua como enfermeiro da equipe, que se dispôs a colaborar voluntariamente, e dos idosos envolvidos.

A entrevista foi iniciada com a coleta dos dados sociodemográficos e condições de saúde e após isso ocorreu a aplicação do teste de rastreio Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Adaptado à população brasileira por Bertolucci *et al.* (1994) o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), ou Mini Mental State Examination (MMSE), como na versão original, é composto por duas seções que avaliam as funções cognitivas (MELO, BARBOSA, 2015), em seguida foi





aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para rastrear os sintomas depressivos na pessoa idosa.

A escala EDG-15 trata-se de um questionário de quinze (15) perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. Almeida Osvaldo e Almeida Shirley (1999) propõem escore de corte  $\geq 5$  para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos. Foi aplicada ainda uma entrevista semiestruturada com o intuito de realizar a caracterização da amostra, contendo perguntas acerca da idade, renda e outras informações. Os idosos foram escolhidos de forma aleatória.

A análise dos dados ocorreu após a consolidação das informações da ficha de cadastro e da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) organizadas em planilha no Excel 2016, em seguida estes dados foram exportados para o programa SPSS para realização da análise estatística de razão de prevalência (razão de chances). Dessa forma, ao estudar um desfecho binário, selecionou-se o modo estatística descritiva no programa SPSS e a partir disso os dados foram transferidos para uma tabela de relação cruzada na qual comparou-se os indivíduos expostos ou não as variáveis e os possíveis desfechos (com ou sem depressão). A partir disso estimou-se a prevalência entre os sujeitos, com intervalo de confiança de 95%. Considerou-se como fator de risco aqueles com valores superiores ao 1 nesse intervalo, as variáveis que obtiveram o 1 dentro do seu intervalo foram consideradas sem relevância estatística e aquelas que tiveram em seu intervalo números maiores que 0 e menores que 1 foram interpretadas como fator de proteção, já que nesse caso a prevalência entre os expostos é menor que a dos não expostos.

Todos os procedimentos realizados nesta pesquisa foram norteados a partir da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos (FIP) e aprovado com número do parecer 39275920.5.0000.5181 na fase inicial e novamente após Emenda, permanecendo com o mesmo número de parecer.

Este estudo ofereceu riscos considerados mínimos aos participantes, que foram minimizados no decorrer da entrevista onde se mostraram bastante tranquilos, com acolhimento e esclarecimentos necessários, todavia o participante teve a oportunidade de desistir em qualquer etapa do estudo e sua privacidade e confidencialidade foram garantidas de acordo com a Resolução nº 466/12 do CNS (BRASIL, 2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final foi composta por 21 idosos que concordaram em participar da pesquisa, a caracterização da amostra está representada na Tabela 1. Todos os participantes residem na zona urbana e são aposentados, 52% é do sexo feminino, 86% possui renda de até um salário mínimo e mais da metade não possui nenhuma escolaridade, chegando a compor 56% dos idosos entrevistados. A amostra englobou a mesma quantidade de idosos de cada faixa etária incluída, sendo que 33% dos sujeitos possui de 60 a 69 anos e a mesma quantidade possui de 70 a 79 anos ou idade maior/igual a 80. Quanto ao estado civil 38% declarou estar casado e 38% separado ou viúvo, representando mais da metade da amostra.

**Tabela 1:** Distribuição sócio demográfica e caracterização dos idosos participantes no estudo.

	N	%
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>		
URBANA	21	100%
<b>IDADE DOS IDOSOS (AS) (ANOS COMPLETOS)</b>		
60 A 69	7	33%
70 A 79	7	33%
80 OU MAIS	7	33%
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	10	48%
FEMININO	11	52%
<b>ESTADO CIVÍL</b>		
CASADO	8	38%
SEPARADO/VIÚVO	8	38%
NÃO RESPONDERAM	4	19%
SOLTEIRO	1	5%
<b>ESCOLARIDADE (ANOS COMPLETOS)</b>		
NENHUM	11	52%
ENSINO FUNDAMENTAL	8	38%
ENSINO MÉDIO	2	10%
<b>RENDA FAMILIAR EM SALÁRIO (S) MÍNIMO (S)</b>		
ATÉ 1	18	86%
2 A 3	3	14%
<b>APOSENTADO</b>		
SIM	21	100%

N – Número de idosos; % - Percentual estabelecido a partir do total de idosos (21)

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

Quanto aos dados relacionados às condições de saúde dos participantes (Tabela 2), 76% declarou não ser tabagista e 90% afirmou não fazer uso de álcool. O uso contínuo de medicamentos foi um achado em 86% dos participantes e 90% não relatou hospitalização no último ano, sendo que 60% da amostra realizou pelo menos uma consulta médica nos seis meses que antecederam a pesquisa. Apenas 5% dos participantes tiveram episódio de queda no último

ano. O sedentarismo foi um achado em 76% da amostra e apenas 24% declara que realiza algum tipo de atividade física. A maioria dos entrevistados afirmou que não realiza nenhuma prática de lazer, representando 76% dos idosos e 10% afirma não se sentir feliz.

**Tabela 2:** Distribuição das condições de saúde dos participantes.

	N	%
<b>TABAGISMO</b>		
SIM	5	24%
NÃO	16	76%
<b>USO DE ÁCOOL</b>		
SIM	2	10%
NÃO	19	90%
<b>USO CONTÍNUO DE MEDICAMENTOS</b>		
SIM	18	86%
NÃO	3	14%
<b>HISTÓRICO DE QUEDAS NO ÚLTIMO ANO</b>		
SIM	1	5%
NÃO	20	95%
<b>HOSPITALIZAÇÃO NO ÚLTIMO ANO</b>		
SIM	2	10%
NÃO	19	90%
<b>CONSULTA MÉDICA NOS ÚLTIMOS 6 MESES</b>		
SIM	13	62%
NÃO	8	38%
<b>SEDENTARISMO</b>		
SIM	16	76%
NÃO	5	24%
<b>PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA</b>		
SIM	5	24%
NÃO	16	76%
<b>PRÁTICA LAZER</b>		
SIM	5	24%
NÃO	16	76%
<b>SE SENTE FELIZ</b>		
SIM	19	90%
NÃO	2	10%

N – Número de idosos; % - Percentual estabelecido a partir do total de idosos (21).

**Fonte:** Elaborada pelos autores (2021).

Outro fator investigado a partir da entrevista foi a presença de doenças auto referidas, nesse aspecto Hipertensão Arterial (HA), diabetes e reumatismo foram citados em maior número e cada uma aparece em 76% das respostas. Ainda, 38% dos idosos referiram-se a presença de osteoporose e 14% de cardiopatias. Cerca de 29% dos idosos declararam ansiedade e a depressão foi citada em 19% das entrevistas.



Os participantes também foram indagados acerca do que gostam de fazer e as respostas foram bastante variadas. A atividade mais citada foi caminhar, sendo que 19% dos idosos declararam estar adeptos a esta prática, em seguida ir para a igreja foi a resposta de 14% da amostra e a prática de rezar obteve a mesma quantidade de citações. Jogar baralho e costurar também foram práticas citadas em maior número, representando 10% da amostra cada, seguidos de outras atividades adotadas por apenas 5% dos idosos cada uma, foram elas: Ir às compras; Passear; Ficar em casa; Fazer crochê; Pescar; Dormir; Conversar na calçada.

Quanto a aplicação do MEEM, foi considerado como sujeito com declínio cognitivo grave aquele com escore menor ou igual a 9 (nenhum idoso atingiu esta pontuação), aqueles com pontuação de 10 a 20 pontos apresentam provável declínio cognitivo moderado, de 21 a 24 pontos, leve. Aqueles participantes com maior pontuação foram considerados como sem sinal de declínio cognitivo. Nesse sentido, 43% da amostra apresentou declínio cognitivo moderado e 19% declínio cognitivo leve.

A interpretação dos escores da EDG foi de que uma pontuação maior ou igual a 5 representa a presença de sintomas depressivos em idosos. Dessa forma, 71% dos idosos apresentaram sintomas depressivos de acordo com a EDG, a média dos escores esteve em 7,8 sendo 1 o mínimo achado e 13 o máximo, 10 foi o escore que mais apareceu na amostra (Moda). Entre as mulheres a prevalência foi de 73% e entre os homens de 70%. Quanto à idade, todos os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos ultrapassaram o limiar que indica provável depressão, com média de 7,5 na pontuação da EDG. Entre aqueles com 80 anos ou mais 86% estão dentro do grupo com sintomas depressivos, com uma média de 9 pontos no escore. No grupo de 60 a 69 anos 57% dos idosos possuem sintomas depressivos, com média de 5,1 no escore (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição da Pontuação da Escala de Depressão Geriátrica de acordo com a idade.

IDADE	MÉDIA	SINTOMAS DEPRESSIVOS
70-79	9,5	100%
80+	9	86%
60-69	5,1	57%

**Fonte:** Elaborada pelos autores (2021).

Quanto aos fatores de risco, foram considerados apenas aqueles com diferença estatística significativa de acordo com o intervalo de confiança adotado (95%). Nesse sentido, foi observado que aqueles idosos que declararam fumar possuem uma prevalência cerca de 1,4 vezes maior do desfecho depressão quando comparados aos idosos que não fumam, outro fator de risco dentro da amostra foi o alcoolismo, sendo que os indivíduos que declararam ingerir

bebida alcoólica apresentaram prevalência 1,3 vezes maior que os que declararam não fazer uso de álcool e aqueles idosos com HA tiveram prevalência 56 vezes maior.

Outros fatores de risco com significância estatística foram ansiedade, quedas, hospitalização e uso contínuo de medicamentos. Já os fatores de proteção foram praticar atividade física e lazer, nesse sentido não ser sedentário também foi um achado protetivo além da ausência de hipertensão arterial (Tabela 4). Vale destacar que todos os idosos incluídos na amostra que declararam ser sedentários revelaram não realizar atividades de lazer. Além disso, o único idoso que relatou queda nos seis meses que antecederam a pesquisa relatou sedentarismo.

**Tabela 4:** Distribuição da Análise da razão de prevalência.

	<b>COM DEPRESSÃO</b>	<b>SEM DEPRESSÃO</b>	<b>RAZÃO DE PREVALÊNCIA</b>
	<b>% (N)</b>	<b>% (N)</b>	<b>RP<sub>b</sub> (IC 95%)</b>
<b>TABAGISMO</b>			
FUMA	100 (4)	0 (0)	1,4 (1,045-2,024)
NÃO FUMA	68,8 (11)	31,3 (5)	1
<b>ALCOOLISMO</b>			
BEBE	100 (1)	0 (0)	1,3 (1,037-1,77)
NÃO BEBE	73,7 (14)	26,3 (5)	1
<b>HA</b>			
COM HA	93,3 (14)	6,7 (1)	56 (2,827-1109,427)
SEM HA	20 (1)	80 (4)	0,83 (0,12-0,582)
<b>ANSIEDADE</b>			
COM ANSIEDADE	100 (6)	0 (0)	1,5 (1,053-2,299)
SEM ANSIEDADE	64,3 (9)	35,7 (5)	1
<b>QUEDAS</b>			
COM QUEDAS	100 (1)	0 (0)	1,3 (1,037-1,776)
SEM QUEDAS	73,7 (14)	26,3 (5)	1
<b>HOSPITALIZAÇÃO</b>			
COM HOSPITALIZAÇÃO	100 (2)	0 (0)	1,3 (1,040-1,844)
SEM HOSPITALIZAÇÃO	72,2 (13)	27,8 (5)	1
<b>SEDENTARISMO</b>			
NÃO SEDENTÁRIO	25 (1)	75 (3)	0,048 (0,003-0,712)
SEDENTÁRIO	87,5 (14)	12,5 (2)	6 (1,458-24,686)
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>			
COM ATIVIDADE FÍSICA	25 (1)	75 (3)	0,048 (0,003-0,712)
SEM ATIVIDADE FÍSICA	87,5 (14)	12,5 (2)	6 (1,458-24,686)
<b>PRÁTICA DE LAZER</b>			
COM LAZER	25 (1)	75 (3)	0,048 (0,003-0,712)
SEM LAZER	87,5 (14)	12,5 (2)	6 (1,458-24,686)

### MEDICAMENTOS (USO CONTÍNUO)

NÃO USA MEDICAMENTOS	0 (0)	100 (3)	1
USA MEDICAMENTOS	88,2 (15)	11,8 (2)	8,5 (2,312-31,246)

N – Número de idosos; % - Percentual estabelecido a partir do total de idosos (21); RP<sub>b</sub> – Razão de prevalência bruta; IC<sub>95%</sub> - Intervalo de confiança

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A presente pesquisa evidenciou alta prevalência da depressão nos idosos da amostra, chegando a 71%, outro estudo realizado em Cajazeiras-PB com idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da família evidenciou que a depressão era uma realidade em pelo menos 28,1% dos 153 idosos abordados (SOUSA *et al.*, 2017). Gullich, Duro e Cesar (2016) também investigaram a presença de depressão em idosos brasileiros, observando a prevalência de 20,4% entre 552 sujeitos. Ainda, uma pesquisa publicada mais recentemente e realizada no Piauí obteve uma prevalência de 35,4% de casos de depressão leve e 4,6% grave em uma amostra de 130 idosos assistidos na Unidade Básica de Saúde (FERNANDES *et al.*, 2018).


Uma meta-análise observou 51 pesquisas realizadas na Índia que abordaram a depressão em idosos, estimando uma prevalência de 34,4% da doença (PILÂNIA *et al.*, 2019). Guerra *et al.* (2014) adotaram uma ampla abordagem sobre o assunto, realizando um estudo que incluiu cerca de 17.000 pessoas de 65 anos ou mais distribuídos por nove países e observaram uma variação da prevalência de 1% a 38,6%, os países incluídos no estudo foram Cuba, República Dominicana, Porto Rico, México, Venezuela, Peru, China, Índia e Nigéria.

Os achados da literatura evidenciaram uma prevalência menor, o que pode ser explicado por alguns fatores como o tamanho das amostras, bem como as características socioeconômicas dos sujeitos incluídos nos diferentes estudos. Esta pesquisa comprovou relação entre diversos fatores de risco e a depressão dentro da amostra, o que também é apontado por outros autores.

A Hipertensão Arterial esteve entre os fatores de risco na amostra, em consonância Silva *et al.* (2017) observaram que a doença esteve presente em uma amostra com 172 idosos hipertensos na qual cerca de 52 desses sujeitos alcançaram escore que sugere depressão quando aplicada a EDG, chegando a compor 30,2% da amostra. Para os autores esse número é alarmante, representando um percentual maior que aquele encontrado na população geral. Esse resultado pode estar associado não somente a presença da HA, mas de um conjunto de fatores que predispõe o surgimento da depressão em pessoas diagnosticadas com doenças crônicas.

Outros autores observaram relação entre a presença da depressão e de doenças crônicas não transmissíveis (SOUSA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017), nesse sentido o surgimento de uma nova realidade com diagnósticos que podem afetar a saúde não só física, mas mental do






idoso influencia em diversas esferas do seu cotidiano. Um estudo que avaliou tais impactos em idosos inclusos em grupos de Hipertensão e Diabetes verificou a presença de sintomas depressivos em 41,7% dos idosos, além da solidão em 10% e isso esteve presente atrelado a menor percepção de bem estar subjetivo e baixa frequência do relato de prática de atividades prazerosas. Para os autores é importante incentivar a participação dos idosos nesses grupos, uma vez que esta simples prática pode corroborar para diminuir a solidão e inserir o sujeito em atividades de convívio social. Outro ponto para o qual a pesquisa alerta é a necessidade de profissionais que compreendam a influência de tais diagnósticos na saúde mental do idoso, bem como a necessidade de apoio profissional psicológico nesses momentos e em outras oportunidades para ampará-los (MARUYAMA; FERREIRA, 2020).

Além disso, cerca de 76% dos idosos da amostra declararam Hipertensão, o que consiste em um percentual significativo e isso representa uma informação pertinente, quando observada tal relação, para alertar os profissionais do serviço na necessidade de direcionar suas ações. A HA foi apenas um dos fatores que podem ter contribuído na alta prevalência evidenciada na pesquisa. Outrossim, é importante ressaltar que 76% dos indivíduos incluídos no estudo declararam não realizar prática de lazer, mesmo que isso tenha sido evidenciado como fator protetivo.

Nesse sentido, Gullich, Duro e Cesar *et al.* (2016) também evidenciam a prática de lazer como fator protetivo para a depressão em idosos e em seu estudo cerca de 81% dos idosos declararam participar de pelo menos uma atividade de lazer, o que diverge do perfil dos sujeitos dessa pesquisa já que representa maior percentual de adeptos a esta prática. Além disso, os autores verificaram que a prática de atividade física também constituiu proteção para a depressão, corroborando com os achados do presente estudo. Vale destacar que embora a prática de atividade física tenha constituído fator de proteção, apenas 24% da presente amostra se mostrou adepta ao hábito, sendo a maioria dos idosos considerados sedentários.

A literatura vai de encontro aos pontos aqui percebidos, já que evidencia a maior prevalência da depressão em idosos sedentários, enquanto que para os que praticam atividade física estes níveis parecem diminuir significativamente. Isso pode estar relacionado com diversas influências que a prática possui na vida do idoso, uma delas é na sua independência para realização de atividades diárias. Além disso, esta prática pode melhorar diretamente a saúde mental do idoso (HERNANDEZ; VOSER, 2019). Outro estudo mais recente analisou a prática de atividade física relacionada a depressão em idosos com HA e evidenciou que aqueles



que não eram sedentários tinham cerca de 32 vezes mais chances de não desenvolver a doença do que os hipertensos não praticantes de atividade física (MELO; BARBOSA, 2020).

A presente pesquisa também evidenciou que a ansiedade constitui fator de risco para a depressão, nesse viés 100% dos idosos ansiosos desenvolveram depressão. Esse fato é alarmante já que além dos eventos acumulados durante a vida, a pandemia da Covid-19 encontra-se como forte influente na ansiedade de idosos. Em um estudo realizado em Portugal com 987 idosos constatou-se a prevalência de 32,8% para depressão e de 59,4% para a ansiedade, os autores também destacaram que a solidão e a pior avaliação de saúde foram características em comum para os grupos depressivos e ansiosos (SILVA, 2018). Outrossim, Oliveira *et al.* (2021) reuniram estudos que se dedicaram a discutir acerca das influências da nova situação pandêmica na saúde mental do idoso, seus achados sugeriram que a ansiedade e a depressão estiveram entre as consequências do isolamento social e da solidão que permearam o dia a dia do idoso nos últimos tempos.

Seguindo a linha de raciocínio, é possível que a pandemia da Covid-19 e suas consequências como isolamento social e medo de adoecer estejam interferindo diretamente na própria depressão. Um estudo com amostra de 900 idosos identificou que a prevalência de sintomas depressivos foi maior naqueles idosos com ocupações que acabavam expondo-os ao risco da doença, com destaque para aqueles que ocupavam cargo na enfermagem. A amostra evidenciou ainda que 28,8% dos idosos teve pouco interesse ou prazer em realizar as coisas por muitos dias e 36,5% apresentou variações no padrão do sono por vários dias no período pandêmico (PEREIRA-ÁVILA, 2021).

É importante ressaltar as limitações do presente estudo, uma vez que o período pandêmico influenciou na diminuição da amostra, os dados aqui obtidos representam a análise dos resultados colhidos de apenas 20 idosos atendidos na Unidade de Saúde Sol Nascente. Portanto, é válido considerar a importância de estudos que englobem maior número dos idosos atendidos na unidade e/ou na cidade de Cajazeiras com o objetivo de aprofundar-se no tema aqui abordado e de estabelecer dados que permitam inferir sobre a condição de saúde dos idosos cajazeirenses com maior confiabilidade. Encoraja-se pesquisadores a indagar acerca das questões objetivas e subjetivas que permeiam a depressão, abordando diferentes contextos inclusive aquele de idosos institucionalizados fora da comunidade, dando continuidade aos achados desta pesquisa.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma prevalência de 71% de depressão em uma amostra de 20 idosos atendidos na Unidade de Saúde Sol Nascente. Os fatores de risco com significância estatística foram tabagismo, alcoolismo, Hipertensão Arterial, ansiedade, quedas recentes, hospitalização recente, sedentarismo e uso contínuo de medicamentos. A prática de atividades físicas e de lazer conferiram proteção aos idosos. Estes achados demonstram a importante relação entre as condições biopsicossociais do ser idoso e a depressão. Portanto é imprescindível que os profissionais da saúde investiguem as esferas objetivas e subjetivas do sujeito, atentando para riscos e sintomas que possam servir para direcionar o cuidado e o diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA OSVALDO, P.; ALMEIDA SHIRLEY, A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 1999, v. 57, n. 2B, pp. 421-426. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>>. Epub 06 Dez 2000. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.


BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O mini-exame do estado Mental em uma população geral impacto da escolaridade. *ArqNeuropsiquiatr*. 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 10 de outubro de 2012, que dispõe sobre as Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília-DF, 2008. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Acesso em 22/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No 2.528 de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União. 2006;b:19. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 20/06/2020.

CARREIRA, L. *et al.* Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev. Enferm. UERJ*. v. 19, n. 2, p. 268, 2018. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>. Acesso em: 20/06/2020.

FELICIANO, M. F. C.; MORETTI, L. H. T. Depressão, suicídio e neuropsicologia: Psicoterapia cognitivo comportamental como mobilidade de reabilitação. **Portal dos psicólogos**, 2015. Disponível em: [19/06/20http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0857.pdf). Acesso em: 20/05/2020.



FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalence of geriatric depression in a basic health unit/Prevalência de depressão geriátrica em uma unidade básica de saúde/Prevalencia de depresión geriátrica en una unidad básica de salud. *Revista de Enfermagem da UFPI*, v. 7, n. 3, p. 48-53, 2018.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

GUERRA, M. *et al.* Um estudo comparativo intercultural da prevalência de depressão tardia em países de baixa e média renda. *Jornal de transtornos afetivos*, v. 190, p. 362-368, 2016.22. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Avaliação da depressão em idosos com hipertensão arterial sistêmica [internet]. *Rev Rene*; jan./fev. 2014 Fortaleza, v. 15 (1), p. 151-7. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/11705>. Acesso em: 25/06/2020.

GULLICH, I.; DURO, S. M. S.; CESAR, J. A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 691-701, 2016.

HERNANDEZ, J. A. E.; VOSER, R. C. Exercício físico regular e depressão em idosos. Rio de Janeiro: *Estud. Pesqui. Psicol.*; set./dez. 2019 v. 19, n. 13, p. 718-34. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000300010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300010). Acesso em: 25/06/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo demográfico 2010: questionário da amostra. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf). Acesso em 15/06/2020.

LEAL, M. C. C. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n. 3, p. 208-14, 2014.


MARUYAMA, M. E. B.; FERREIRA, H. G. Saúde mental e doenças crônicas em idosos de um grupo Hiperdia [internet]. *REFACS*; ago. 2020, v. 8, n. 1, p. 600-610. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/4696>. Acesso em: 25/06/2020.

MELO, D. M. de; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cien Saude Colet.** v. 20, n. 12, p. 3865–7, 2015. Acesso 17/06/2020.

MELO, D. M. de; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Cien Saude Colet.** v. 20, n. 12, p. 3865–7, 2020. Acesso 17/06/2020.

MUNIZ, F. H.; BATISTONI, S. S. T.; NASCIMENTO, P. P. P. Crenças sobre depressão entre idosos de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 15, n. 7, p. 195-213, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6863/11353>. Acesso em: 18/06/2020.

OLIVEIRA, V. V. *et al.* Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*; jan./fev. 2021, v. 4, n.1, p. 3718-27. DOI:10.34119/bjhrv4n1-294. ISSN: 2525-8761.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Tradução CONTIJO, Suzana. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde. World Health Organization; 2018 Disponível em: [http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento\\_ativo.pdf?sequence=1](http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/232/5%20%202005%20%20envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1). Acesso em 20/06/2020.

ORTIZ, B. R.; WANDERLEY, K. S. Reflexões sobre o uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. São Paulo, SP: PUC-SP: **Revista Kairós Gerontologia**. v. 16, n. 3, p. 307-316, 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18553/13741>. Acesso em 17/06/20.

PEREIRA-ÁVILA, F. M. V. Fatores associados aos sintomas de depressão entre idosos durante a pandemia da covid-19. *Texto & Contexto-Enfermagem*; 2021, v. 30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4y7pZxLbhnwk5sDnczhxrMf/?lang=pt#:~:text=real%20de%20TDM.-,CONCLUS%3%83O,estado%20civil%2C%20renda%20e%20escolaridade>. Acesso em: 25/06/2020

PILANIA, M. *et al.* Prevalência de depressão entre a população idosa (60 anos ou mais) na Índia, 1997–2016: uma revisão sistemática e meta-análise. *BMC saúde pública*, v. 19, n. 1, pág. 1-18, 2019.

SILVA, E. R. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm.* v. 46, n. 6, p. 1387-1393, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>. Acesso em: 17/06/2020.

SILVA, L. S. V. *et al.* Relações entre queixas de memória, sintomas depressivos e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 41, n. 3, São Paulo 2014.

SILVA, M. R. V. Depressão e ansiedade e seus fatores associados: Um estudo com a população sênior de Vila Nova de Gaia. Tese (Doutorado) - Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2018.

SOUSA, K. A. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Min Enferm*, 2017, v. 21. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1154>. Acesso em: 25/06/2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Division of mental health and prevention of substance abuse. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) Genève 2010.



# CAPÍTULO 13

## IMUNIZAÇÃO DE TRABALHADORES: AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE BUSCA ATIVA

Vânia Beatriz Rodrigues Ferreira da Penha  
Igho Leonardo do Nascimento Carvalho  
Erisonval Saraiva da Silva  
Maria Madalena Gomes Pereira Máximo  
Amanda Vieira Sarmento  
Ingrid Moura de Abreu

### RESUMO

**Introdução:** A imunização é uma importante intervenção de saúde pública oferecida pelo Sistema Único de Saúde, entretanto observa-se a necessidade de aumento da adesão à vacinação dos adultos inseridos no processo produtivo. **Objetivo:** Avaliar a estratégia de busca ativa para atualização vacinal de trabalhadores. **Método:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizado por meio de 365 fichas de cadastro vacinal preenchida durante ações de imunização em trabalhadores de três empresas de um grupo empresarial. Foram incluídos trabalhadores com idade igual ou superior a 18 anos, sendo que a ficha de cadastro continha dados sobre condições socioeconômicas, estado vacinal e participação dos indivíduos em até 3 etapas da estratégia de busca ativa de imunização. **Resultados:** A maioria dos participantes foi do sexo masculino (71,1%), possuía entre 20 e 39 anos (77,1%) e não apresentou registro de vacina (79,3%). A estratégia de busca ativa teve participação decrescente nas 3 etapas, influenciada pela quantidade crescente de trabalhadores com esquema vacinal completo. Ao final, a quantidade de trabalhadores com esquema vacinal completo variou, dependendo da empresa, entre 21,3 e 58,6%. **Conclusão:** A estratégia de busca ativa de trabalhadores mostrou-se efetiva à medida que ampliou o acesso e melhorou a condição vacinal. Dessa forma, a imunização de trabalhadores no ambiente laboral mostra-se uma ação necessária para garantir o acesso e ampliar a cobertura vacinal, promovendo a saúde do trabalhador.


**PALAVRAS-CHAVE:** Imunização; Prevenção Primária; Saúde do Trabalhador.

### INTRODUÇÃO

A imunização, promovida por vacinas, é uma prática exitosa no controle e eliminação de doenças infecciosas, sendo considerada estratégia fundamental na saúde pública em todo o mundo e no Brasil de acordo com Ferreira *et al.* (2017). No entanto, sabe-se que a imunização de adultos trabalhadores representa um desafio, devido a aspectos culturais e laborais que interferem no acesso aos serviços de saúde.

As vacinas são constituídas por substâncias (vírus ou bactérias) capazes de estimular a produção de anticorpos que combatam esses agentes, promovendo imunização artificial Segundo Chaves e Ross (2014). Nesse contexto, a vacinação se refere ao procedimento de





administração de vacinas, sendo considerada uma prática incorporada às ações de atenção primária à saúde (BRASIL, 2014).

No Brasil, em 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), tendo como objetivo a eliminação de doenças que acometiam a população brasileira, seguindo o êxito da erradicação da varíola (BARBOSA, 2016). O PNI tem como meta vacinar os brasileiros em todas as fases da sua vida, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunológica (LIMA; PINTO, 2017).


Ainda na década de 70, o movimento da Saúde do Trabalhador no Brasil ganhou forças, com a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, com a busca da garantia da atenção integral à saúde, com foco nas ações de prevenção (DIAS *et al.*, 2013). De maneira complementar, ocorreu a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 em que o trabalho é considerado como importante fator determinante/condicionante da saúde (BRASIL, 1990).

A saúde do trabalhador é definida como um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção de sua saúde, assim como à recuperação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2002). Nesse contexto, destaca-se a vacinação, enquanto medida prática e eficiente de prevenção para determinadas doenças as quais os indivíduos estão em contínua exposição no ambiente de trabalho (DIAS *et al.*, 2013). Apesar disso, adultos trabalhadores são os que demonstram maior dificuldade em aderir às vacinas (CHAVES; ROSS, 2014).

Inúmeros fatores estão relacionados à baixa atualização vacinal desses adultos, tais como: carência de informações por parte da empresa em que trabalham, pouco ou nenhum estímulo por parte dos profissionais da rede de atenção, conceitos equivocados e mitos (CHAVES; ROSS, 2014), bem como aplicação simultânea de várias vacinas e o medo de eventos adversos (MIZUTA *et al.*, 2018).

A carência de informações pode ser considerada como um dos principais motivos que dificulta a identificação de usuários com vacinas em atrasos ou aqueles não imunizados. Outro fator importante é a baixa vontade pessoal em aderir às vacinas, acentuada pelo baixo acesso ao serviço de saúde (CHAVES; ROSS, 2014).

A vacinação é ação rotineira nos serviços de atenção primária à saúde, especificamente da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), local de atuação da ESF, coincide com o período da atividade de trabalho dos



adultos, caracterizando uma das maiores dificuldades de seu acesso à vacinação (FERREIRA *et al.*, 2017; CHAVES; ROSS, 2014).

Diante do exposto, observa-se que necessidade de aumento da adesão à vacinação dos adultos trabalhadores por meio de estratégias como a busca ativa, que viabilizem a atualização vacinal. Para isso, este estudo, realizado em parceria com o projeto de extensão denominado “Mais que vacinar, proteger”, vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, tem como objetivo avaliar a estratégia de busca ativa para imunizar trabalhadores.


## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, documental, com abordagem quantitativa, realizada no município de Barão de Grajaú-MA, no período de maio de 2018 a março de 2019, com três empresas de um mesmo grupo empresarial. Este estudo se baseou em ações de imunização promovidas pelo projeto de extensão “Mais que Vacinar, Proteger”, vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, *Campus Amílcar Ferreira Sobral - UFPI/CAFS*.

A amostra foi constituída por 365 trabalhadores, submetida aos seguintes critérios de inclusão: ter vínculo trabalhista no Grupo Empresarial, idade igual ou superior a 18 anos. Enquanto os critérios de exclusão foram história de reação anafilática a vacinas e imunossupressão. Não houve participante excluído deste estudo. Para organização da apresentação dos resultados, as empresas serão codificadas em Atacado (Empresa I), Supermercado (Empresa II) e Posto e Churrascaria (Empresa III).

O projeto de extensão “Mais que Vacinar, Proteger” desenvolveu ações de imunização, especialmente estratégia de busca ativa, em parceria com a coordenação de imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Barão de Grajaú, Maranhão, viabilizando a atualização vacinal de trabalhadores por meio da coleta dos dados sobre caracterização socioeconômica, condições de saúde e situação vacinal, e posterior vacinação contra Hepatite B, dT, Tríplice Viral e FA, respeitando quantidade de doses e intervalo entre as doses preconizadas pelo esquema vacinal, totalizando três etapas.

Os dados socioeconômicos são compostos por idade; sexo; estado civil; escolaridade; desempenha o papel de chefe da família e possui filhos. E os dados sobre condições de saúde são prática de atividade física; consumo de fumo; consumo de bebida alcoólica; doença crônica; classificação de circunferência abdominal e índice de massa corporal.



Os dados do estado vacinal do estudo foram compostos pela apresentação da caderneta de vacinação; em caso positivo, foi conferido o registro das seguintes vacinas: Difteria e Tétano, Hepatite B, Tríplice Viral (sarampo, rubéola e caxumba) e Febre Amarela. Em caso negativo, foi entregue uma caderneta de vacinação e iniciado o esquema vacinal das vacinas propostas. Ainda foi avaliada a participação dos trabalhadores nas etapas de vacinação e a conclusão da atualização do esquema vacinal.

As informações coletadas durante a atualização vacinal eram descritas na ficha de cadastro vacinal, sendo digitados e armazenados no programa estatístico SPSS, versão 20.0, após o encerramento da atualização vacinal. Essa ficha é o documento que fornece as informações deste estudo.

O plano de análise compreendeu a estatística descritiva do perfil socioeconômico, condições de saúde e estado vacinal por meio de frequência absoluta e relativa, organizada em tabelas, e exposição da participação dos trabalhadores, organizada em gráfico. Em seguida, houve a descrição das vacinas e os esquemas vacinais realizados nos trabalhadores por meio de tabela e conclusão do esquema vacinal por meio de gráfico.

O estudo foi conduzido segundo os preceitos éticos. Passou por apreciação e obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI/CAFS Nº 3.176.533. Ressalta-se que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS**

O estudo teve a participação de 365 trabalhadores, entretanto serão considerados somente os valores válidos, já que existe oscilação na participação de acordo com a variável. Considerando as características socioeconômicas dos participantes, pode-se observar predomínio da faixa etária de 20 a 39 anos (185; 77,1%), do sexo masculino (258; 71,1%), com estado civil casado/união estável (183; 51%), seguido pelo solteiro (164; 45,7%), e escolaridade o ensino médio (297; 82,7%). Os participantes exercem o papel de chefe da família (220; 61,3%), possuem filhos (217; 60,4%) (Tabela 1).

Quanto às características de saúde, a discreta maioria dos participantes pratica atividade física (192; 53,4%) e tem circunferência abdominal saudável (194; 54,9%). A maioria dos participantes não possui doença crônica (310; 86,3%) nem consome fumo (335; 93,3%), mas consome bebida alcoólica (213; 59,3%) e possui índice de massa corporal alterado (192; 54,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização socioeconômica e de saúde dos trabalhadores que participaram da atualização vacinal. Barão de Grajaú, MA, 2018-2019.

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<b>Faixa etária (n= 240)</b>		
Menor que 20 anos	13	5,4
20 a 29 anos	94	39,2
30 a 39 anos	91	37,9
40 a 49 anos	29	12,1
Acima de 50 anos	13	5,4
<b>Sexo (n = 363)</b>		
Feminino	105	28,9
Masculino	258	71,1
<b>Estado Civil (n = 359)</b>		
Solteiro	164	45,7
Casado/União estável	183	51,0
Divorciado	11	3,1
Viúvo	1	0,3
<b>Escolaridade (n = 359)</b>		
Não alfabetizado		
Ensino fundamental	21	5,8
Ensino médio	297	82,7
Ensino superior	41	11,4
<b>Papel de chefe da família (n = 359)</b>		
Sim	220	61,3
Não	139	38,7
<b>Possui filhos (n = 359)</b>		
Sim	217	60,4
Não	142	39,6
<b>Pratica Atividade Física (n= 359)</b>		
Sim	192	53,4
Não	167	46,6
<b>Consumo de Fumo (n= 359)</b>		
Sim	24	6,7
Não	335	93,3
<b>Consumo de Bebida Alcolóica (n= 359)</b>		
Sim	213	59,3
Não	146	40,7
<b>Doença Crônica (n= 359)</b>		
Sim	49	13,7
Não	310	86,3
<b>Circunferência Abdominal (n= 353)</b>		
Saudável	194	54,9
Alterado	159	45,1
<b>Índice de Massa Corporal (n= 351)</b>		
Saudável	159	45,2
Alterado	192	54,8

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

O registro de realização da vacina ocorreu mediante apresentação do cartão de vacinação. Contudo, constatou-se ausência de informações nas três empresas, de maneira predominante, sendo distribuída da seguinte forma: a vacina Hepatite B, variou entre 63,5 e 78,9%; a vacina dT, variou entre 63,5 e 81,1%; a vacina Tríplice Viral, variou entre 88,9 e 92,8%; e a vacina Febre Amarela, variou entre 74,6 e 87,9%. Considerando as vacinas

disponíveis, as vacinas Tríplice Viral e Febre Amarela tiveram a menor frequência de registro no cartão vacinal dos participantes (Tabela 2).

**Tabela 2:** Caracterização da situação vacinal dos trabalhadores que participaram da atualização vacinal. Barão de Grajaú, MA, 2018-2019.

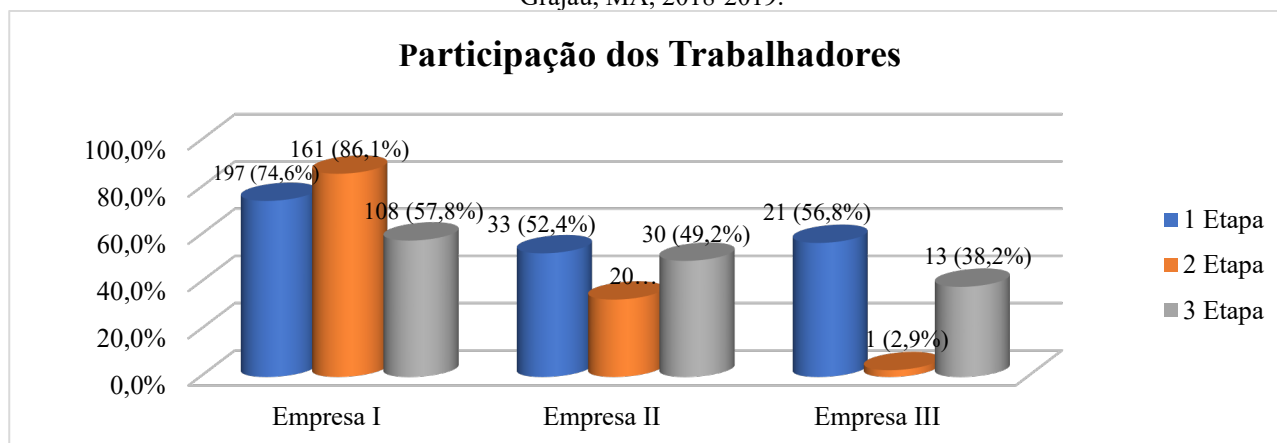
Empresas Participantes	Empresa I (n = 265)	Empresa II (n = 63)	Empresa III (n = 37)
Variáveis	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Hepatite B</b>			
Não possui Registro	209 (78,9%)	40 (63,5%)	29 (78,4%)
Possui Registro	56 (21,1%)	23 (36,5%)	8 (21,5%)
<b>dT</b>			
Não possui Registro	202 (76,2%)	40 (63,5%)	30 (81,1%)
Possui Registro	63 (23,8%)	23 (36,5%)	7 (18,9%)
<b>Tríplice Viral</b>			
Não possui Registro	246 (92,8%)	56 (88,9%)	33 (89,2%)
Possui Registro	19 (7,2%)	7 (11,1%)	4 (10,8%)
<b>FA</b>			
Não possui Registro	233 (87,9%)	47 (74,6%)	29 (78,4%)
Possui Registro	32 (12,1%)	16 (25,4%)	8 (21,6%)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A estratégia de busca ativa que resultou nesta pesquisa foi organizada em três etapas de vacinação, na qual participavam os trabalhadores que tivessem ou fossem na empresa, em dia previamente agendado. Vale ressaltar que a participação foi voluntária e trabalhadores com esquema vacinal completo não participavam na etapa subsequente.

Na primeira etapa houve a participação entre 52,4 e 74,6% dos trabalhadores, enquanto na segunda etapa teve o aumento de participação na Empresa I e redução nas demais Empresas. A terceira etapa houve participação entre 38,2 e 57,8%. Na Empresa I constatou-se uma participação irregular. Nas Empresas II e III houve uma participação progressivamente menor, tal como se esperava pelo aumento dos trabalhadores com esquema vacinal completo (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Avaliação da participação dos trabalhadores na estratégia de busca ativa de imunização. Barão de Grajaú, MA, 2018-2019.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Dos esquemas vacinais realizados nos trabalhadores das três empresas durante as etapas de vacinação foi constatado que a Empresa I teve a maior frequência de doses administradas, quando comparada com as Empresas II e III.

Na primeira etapa foram realizadas as vacinas da Hepatite B, dT e Febre Amarela, já que existe uma contraindicação da administração de outra viral simultânea (Tríplice Viral). Observou-se ampla participação dos trabalhadores na 1ª dose (Hepatite B e dT) ou dose única (Febre Amarela) do esquema vacinal, sendo distribuída da seguinte forma: Hepatite B variou entre 36,5 e 58,7%; dT variou entre 36,5 e 56,4%; e Febre Amarela variou entre 30,2 e 61%. A Empresa I apresentou maior frequência de doses administradas, seguida pela Empresa III e Empresa II, respectivamente (Tabela 3).

Na segunda etapa foram realizadas as vacinas da Hepatite B, dT e Tríplice Viral, sendo constatada participação significativa dos trabalhadores na 2ª dose (Hepatite B e dT) e 1ª dose ou dose única (Tríplice Viral), distribuída da seguinte forma: Hepatite B variou entre 2,9 e 61%; dT variou entre 2,9 e 59,9%; e Tríplice Viral variou entre 2,9 e 29,4 % na 1ª dose e entre 0 e 42,8% na dose única. Vale ressaltar que houve doses administradas para iniciar e completar esquema vacinal, conforme necessidade dos participantes (Tabela 3).

Na terceira etapa foram realizadas as vacinas da Hepatite B, dT e Tríplice Viral, sendo constatada participação significativa dos trabalhadores na 3ª dose (Hepatite B e dT) e 2ª dose (Tríplice Viral), distribuída da seguinte forma: Hepatite B variou entre 4,9 e 46,8%; dT variou entre 6,6 e 43,9%; e Tríplice Viral variou entre 2,7 e 23,5%. Vale ressaltar que na Empresa III não foi realizada a 3ª dose de Hepatite B nem de dT (Tabela 3).

**Tabela 3:** Descrição das vacinas e os esquemas vacinais realizados nos trabalhadores. Barão de Grajaú, MA, 2018-2019.

Variáveis	Empresa I (n = 265) N (%)	Empresa II (n = 63) N (%)	Empresa III (n = 37) N (%)
<b>PRIMEIRA ETAPA</b>			
<b>Hepatite B</b>			
1ª dose	155 (58,7%)	23 (36,5%)	14 (37,8%)
2ª dose	6 (2,3%)	2 (3,2%)	1 (2,7%)
3ª dose	9 (3,4%)	1 (1,6%)	2 (5,4%)
<b>dT</b>			
1ª dose	149 (56,4%)	23 (36,5%)	15 (40,5%)
2ª dose	12 (4,5%)	3 (4,8%)	
3ª dose	5 (1,9%)	4 (6,3%)	1 (2,7%)
Reforço	15 (5,7%)	3 (4,8%)	1 (2,7%)
<b>FA</b>			
Dose Única	161 (61%)	19 (30,2%)	12 (32,4%)

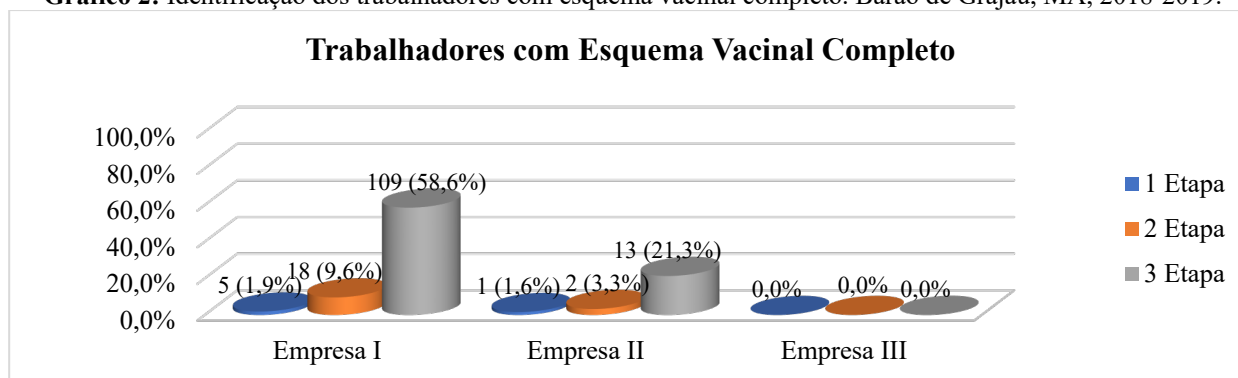


<b>SEGUNDA ETAPA</b>			
<b>Hepatite B</b>			
1ª dose	20 (10,7%)	2 (3,3%)	
2ª dose	114 (61%)	8 (13,1%)	1 (2,9%)
3ª dose	4 (2,1%)	1 (1,6%)	
<b>dT</b>			
1ª dose	18 (9,6%)	2 (3,3%)	
2ª dose	112 (59,9%)	7 (11,5%)	1 (2,9%)
3ª dose	5 (2,7%)		
Reforço	1 (0,5%)	1 (1,6%)	
<b>Tríplice Viral</b>			
1ª dose	55 (29,4%)	13 (21,3%)	1 (2,9%)
Dose Única	80 (42,8%)	4 (6,6%)	
<b>TERCEIRA ETAPA</b>			
<b>Hepatite B</b>			
1ª dose		6 (9,8%)	7 (20,6%)
2ª dose	11 (5,9%)	11 (18%)	4 (11,8%)
3ª dose	87 (46,8%)	3 (4,9%)	
<b>dT</b>			
1ª dose		7 (11,5%)	7 (20,6%)
2ª dose	9 (4,8%)	10 (16,4%)	5 (14,7%)
3ª dose	82 (43,9%)	4 (6,6%)	
			continua continuação
<b>Variáveis</b>	<b>Empresa I (n = 265) N (%)</b>	<b>Empresa II (n = 63) N (%)</b>	<b>Empresa III (n = 37) N (%)</b>
<b>Tríplice Viral</b>			
1ª dose	2 (1,1%)	8 (13,1%)	5 (14,7%)
2ª dose	44 (23,5%)	10 (16,4%)	1 (2,7%)
Dose Única	5 (2,7%)	7 (11,5%)	3 (8,8%)

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Observou-se que as Empresas I e II tiveram uma frequência linear crescente do esquema vacinal completo dos trabalhadores bastante significativa nas etapas de vacinação, enquanto na Empresa III nenhum trabalhador conseguiu completar o esquema vacinal. A Empresa I apresentou variação mais representativa (104; 56,7%) que a Empresa II (12; 19,7%) que, por vez, teve variação mais significativa que a Empresa III. Contudo, a maior cobertura vacinal foi obtida na Empresa I (109; 58,6%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Identificação dos trabalhadores com esquema vacinal completo. Barão de Grajaú, MA, 2018-2019.



Fonte: dados da pesquisa, 2019.



## DISCUSSÃO


A maioria dos trabalhadores não apresentou o cartão/caderneta de vacinação, o que demonstra uma negligência quanto a proteção contra doenças imunopreveníveis. Sabe-se que a população adulta é a mais acessível, porém é a mais resistente em aderir a vacinação, mesmo tendo ciência dos benefícios à saúde (CHAVES; ROSS, 2014). A baixa cobertura vacinal ainda pode estar associada a falta de iniciativa dos trabalhadores ou a falta de conhecimento sobre a importância da atualização vacinal (MIZUTA *et al.*, 2018).

O calendário vacinal dos trabalhadores inclui as vacinas contra Hepatite B; Difteria e Tétano (dT); Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) e Febre Amarela (FA) (BRASIL, 2014). Neste estudo, foi encontrada elevada ausência de registro de todas as vacinas do calendário vacinal dos trabalhadores, embora menor que em outro estudo cuja ausência de registro apresentou representatividade de 96% na vacina Dupla Adulto (dT), seguida de 83% na Hepatite B (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A estratégia de um programa de comunicação e acesso às vacinas nas empresas é um fator essencial para melhorar a adesão por parte da população adulta que, de maneira geral, não se vacina de rotina. Um fator determinante da efetividade de um programa de promoção da saúde é a estratégia de intervenção por meio de busca ativa, na qual profissionais de saúde vão ao encontro dos indivíduos no trabalho, no domicílio ou outras instituições sociais (BRAVO *et al.*, 2018).

Estudo mostra que a adesão em ações de imunização tem respostas variadas na receptividade pelos trabalhadores, sendo positiva principalmente entre trabalhadores envolvidos em processos de trabalho com maior exposição aos fatores de riscos. Nesse contexto, ações de educação em biossegurança, mapeamento de riscos e promoção da saúde são considerados fatores que contribuem para adesão em campanhas de imunização nos postos de trabalho (SANTOS *et al.*, 2011).

Deve-se considerar os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais os trabalhadores estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas formalmente na agenda da rede básica de atenção à saúde (BRASIL, 2002). Entretanto, a forte interação nas mídias sociais tem promovido muitas informações sobre segurança das vacinas, sua efetividade, eficácia e riscos. Logo, a proliferação das notícias falsas, conhecidas como Fake News, pode representar um risco ao sucesso das vacinas (MIZUTA *et al.*, 2018).



A admissão de trabalhadores sem a comprovação do estado vacinal atualizado representa uma negligência a Norma Regulamentadora Nº 4, decorrente da Lei 3.214/78, que por meio do serviço especializado em medicina do trabalho deve fornecer, gratuitamente, um programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão expostos, sempre que houver vacinas eficazes (MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2016).


Nenhum trabalhador em processo de admissão para exercer função/atividade na qual possa estar exposto a agente(s) biológico(s) infeccioso(s) deve iniciar sua atividade laboral ou trabalhar sem estar, de maneira comprovada, imunizado contra tais agentes. Todas as vacinas e eventuais doses de reforço devem ser programadas e sua realização comprovada por meio de registro na cartão/caderneta de vacinação do trabalhador (BRAVO *et al.*, 2018).

Ainda do ponto de vista legal, a NR de Nº32 determina que o empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho (MINISTÉRIO DO TRABALHO E DO EMPREGO, 2005). Dessa forma, haverá redução das taxas de absenteísmo e gastos com o combate às doenças imunopreveníveis (APS, 2018).

Em caso de recusa à vacinação, o trabalhador não pode ser penalizado por esta decisão. Porém, deve ser considerada a possibilidade de estar inapto para exercer suas atividades caso represente risco efetivo para terceiros, segundo a Resolução Nº 1.931 de 2009, no Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009). O trabalhador deve ler o termo, ter esclarecidas eventuais dúvidas e, mantendo sua decisão, datar e assinar, anexar o termo no Prontuário de Saúde Ocupacional do trabalhador (BRAVO *et al.*, 2018).

Os enfermeiros do trabalho são primordiais para a prestação de serviços e programas de saúde ocupacional consistentes, contínuos e de qualidade nos ambientes de trabalho, influenciando na redução dos riscos à saúde, apoiando a produtividade e melhorando a qualidade de vida dos trabalhadores (ROLOFF *et al.*, 2016). Nesse contexto, esses profissionais atuam na coordenação e execução de ações de imunização no ambiente de trabalho (CARVALHO; CHAVES, 2011).

As ações de vacinação promoveram ampliação da cobertura vacinal. Com isso, a imunização protege a pessoa vacinada e a comunidade, desenvolvendo a imunidade de rebanho.



Nesta imunidade, um elevado percentual da população se imuniza e o efeito protetor se estende aos não vacinados (MIZUTA *et al.*, 2018; CARNEIRO *et al.*, 2011).

A história vacinal de cada trabalhador deve contemplar vacinas relacionadas com ciclo de vida e à exposição ocupacional. Assim, promove-se, de forma eficaz e eficiente, a ruptura da cadeia de transmissão de doenças imunopreveníveis no ambiente de trabalho (SANTOS *et al.*, 2011).

O estudo apresenta como limitação a investigação com empresas do mesmo grupo empresarial, compartilhando a mesma estrutura de saúde ocupacional. Outra limitação é o fluxo de admissão e demissão durante o período das ações, o que implicou na variação da quantidade de participantes.

O desenvolvimento deste estudo evidencia a necessidade de fortalecimento das estratégias de busca ativa pelas equipes de ESF, com enfoque na atualização vacinal dessa população. O estudo pretende ainda estimular o desenvolvimento da responsabilidade compartilhada entre empregado, empregador e serviço de saúde, por meio do estabelecimento de protocolos admissionais e estruturação/implantação de serviço de saúde do funcionário, favorecendo ao protagonismo da promoção e proteção da saúde do trabalhador.

## CONCLUSÃO

A estratégia de busca ativa de trabalhadores mostrou-se efetiva à medida que ampliou o acesso e melhorou a condição vacinal. Observou-se aumento significativo de esquemas vacinais completos, logo a imunização de trabalhadores no ambiente laboral mostra-se uma ação necessária para garantir o acesso e ampliar a cobertura vacinal, ao mesmo tempo em que fortalece a atenção primária e promove a saúde do trabalhador.

O desenvolvimento de novos estudos torna-se fundamental para compreender os fatores que influenciam na adesão, parâmetros objetivos de avaliação da efetividade e continuidade da participação dos trabalhadores na estratégia de busca ativa, já que a vacinação é uma atividade voluntária. Dessa forma, observa-se a pertinência do reconhecimento dessa estratégia de busca ativa na promoção da saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

APS, L.R.D.M.M. et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v.52, n. 40, p.1-13, 2018.



ARAÚJO, A.S.D.S. et al. Avaliação da situação vacinal dos coletores de lixo domiciliar e hospitalar de teresina-PI. **Revista Uningá Review**, v.25, n. 3, p. 14-17, 2016.

BARBOSA, J.S. **Estado vacinal de adultos residentes em área urbana de Botucatu-SP: prevalência, preditores e epidemiologia espacial**. 2016. 74f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Atenção Básica (Nº 5)**. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_trabalhador\\_cab5\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf). Acesso em: julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em: julho de 2021.

BRAVO, F. et al. **Guia de imunização SBIm/Anamt: medicina do trabalho 2018-2019**, São Paulo: Magic RM, 2018. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/guia-sbim-anamt-medicina-trabalho-2018-2019-180730b-web.pdf>. Acesso em: julho de 2021.

CARNEIRO, A.V. et al. Efectividade clínica e análise económica da vacinação preventiva. **Acta Med Port.**, v.24, n.4, p.565-86, 2011.


CARVALHO, J.F.S.; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev Eletr Enferm.**, v.13, n.3, p.546-53, 2011.

CHAVES, L.H.S.; ROSS, J.R. Perfil vacinal de adultos cadastrados em uma microárea da Estratégia Saúde da Família. **Rev Enferm UFPI**, v.3, n. 4, p. 4-9, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de ética médica**: Resolução CFM Nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília (Brasil): CFM, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: julho de 2021.

DIAS, M.P. et al. Perfil vacinal dos profissionais de enfermagem em hospital referência para doenças infecciosas de Fortaleza-Ceará. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.3, p.477-84, 2013.

FERREIRA, A.V. et al. Acesso à sala de vacinas da Estratégia Saúde da Família: aspectos organizacionais. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3869-77, 2017.



LIMA, A.A.; PINTO, E.S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, v. 7, n. 1, p. 53-62, 2017.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria MTE N.º 485**, de 11 de novembro de 2005. Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCitada+-PL+6626/2009](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=A0DFC9671C271F924ED67242202671FC.node2?codteor=726447&filename=LegislacaoCitada+-PL+6626/2009). Acesso em: julho de 2021.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Norma Regulamentadora N.º 4**. Portaria 510, de 29 de abril de 2016. Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência Social, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-04.pdf>. Acesso em: julho de 2021.

MIZUTA, A.H. et al. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. **Revista Paulista de Pediatria**, v.37, p.34-40, 2018.

ROLOFF, D.I.T. et al. Enfermeiros do trabalho: experiência interdisciplinar em saúde do trabalhador. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n.5, p. 897-905, 2016.

SANTOS, P.R.D. et al. Enfermagem e atenção à saúde do trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p. 553-65, 2011.



# CAPÍTULO 14

## O ADOECIMENTO MENTAL EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**Letícia Isabel Ferreira Silva**  
**Suellen de Fátima Spadotto**  
**Gabriely Silva dos Santos**  
**Guilherme Correa Barbosa**  
**Ângelo Antônio Paulino Martins Zanetti**  
**Eduardo Gabriel Cassola**  
**Ingrid Christofalo Salvador**  
**Ana Maria Rodrigues Fadini**

### RESUMO


Em 2019, o sistema penitenciário brasileiro registrava mais de 755 mil Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), possuindo a terceira maior população prisional do mundo. A superlotação relaciona-se com outras problemáticas do encarceramento, como a violência e a propagação de enfermidades, as quais potencializam a deterioração da saúde mental, e, consequentemente, as taxas de transtornos mentais são mais elevadas em PPL do que a população em geral. Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo analisar a produção científica nacional e internacional referente ao adoecimento psíquico em PPL. Foi realizada uma revisão integrativa, identificando-se 155 artigos, dos quais oito foram selecionados. Utilizou-se as bases de dados LILACS e SciELO, no período entre 2010 e 2019. Através de uma sistematização das informações, a análise dos artigos possibilitou a classificação das produções científicas em quatro categorias, buscando contemplar a saúde mental das PPL e os desafios encontrados no sistema de saúde prisional: fatores agravantes e protetores; prevalência de transtornos mentais (comparativo entre homens e mulheres); transtornos mentais predominantes; e o papel da rede de atenção psicossocial (RAPS). Conclui-se que o ambiente prisional favorece o adoecimento físico e mental e que a atenção à saúde mental de PPL é urgente, evidenciando a necessidade de repensar as práticas e efetivar as políticas, reforçando a sensibilização e mobilização junto a esta temática.

**PALAVRAS CHAVE:** Prisioneiros; Prisões; Saúde mental; Transtornos mentais.

### INTRODUÇÃO

A população prisional tem aumentado em todo mundo. O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina, ocupando o terceiro lugar no ranking mundial, ficando atrás dos Estados Unidos e da China (Nascimento & Bandeira, 2018). Em 2019, o sistema penitenciário nacional registrava mais de 755 mil Pessoas Privadas de Liberdade (PPL), apresentando um déficit de aproximadamente 313 mil vagas (Brasil, 2019).

A superlotação relaciona-se com outras problemáticas do encarceramento, como a violência e a propagação de enfermidades, as quais potencializam a deterioração da saúde



mental (Oliveira et al., 2018). Vale lembrar que o direito à saúde da PPL está assegurado na Lei de Execuções Penais (LEP) nº 7.210, desde 1984, antes mesmo da criação da atual Constituição Federal e do SUS (Brasil, 1984).

Visando uma atenção integral, a saúde mental de PPL é um assunto de grande relevância epidemiológica e social, pois estudos mostram que as taxas de comorbidades psiquiátricas são mais elevadas nessa população, quando comparadas com às da comunidade extramuros (Canazaro & Argimon, 2010). Ressalta-se, ainda, que os transtornos mentais graves podem ter a prevalência de 5 a 10 vezes maior do que a população em geral (Fazel & Seewald, 2012).

Diante desse cenário, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) surge da avaliação dos dez anos do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), devido à necessidade urgente de incluir PPL de maneira substancial no Sistema Único de Saúde (SUS) e do esgotamento do modelo anterior, com o intuito de *"garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS"* (Brasil, 2014).

Embora não haja no Brasil um banco de dados que informe o número de PPL diagnosticadas com transtorno mental, Andreoli et al. (2012) realizaram um estudo em que estimam a existência de 60 mil PPL com transtornos mentais graves nos presídios brasileiros.

Essa situação de vulnerabilidade retratada pelas PPL demonstra a necessidade da busca por ações que melhorem a assistência à saúde no cenário penitenciário atual. Nele, um dos principais problemas para realização de políticas públicas direcionadas à saúde mental das PPL é a dificuldade e a limitação da acessibilidade a serviços de saúde de qualidade efetiva. Nesse contexto, despertou-se como questionamento desta pesquisa a seguinte pergunta: Há evidências de que o ambiente prisional favorece o adoecimento psíquico?

Diante disso, o objetivo desse trabalho foi analisar a produção científica nacional e internacional referente ao adoecimento psíquico em Pessoas Privadas de Liberdade.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual abrange uma ampla abordagem metodológica que proporciona o envolvimento de diferentes tipos de estudos, experimentais e não-experimentais, para um melhor entendimento de um tema particular. Além disso, amalgama múltiplos objetivos, desde a definição de conceitos até a análise de problemas metodológicos de uma temática específica (Souza et al., 2010).



A revisão integrativa caracteriza-se, portanto, como um instrumento de pesquisa que possibilita o consequimento, a identificação, a investigação e a síntese do conhecimento de achados de estudos elaborados por meio de diferentes metodologias (Soares et al., 2014). Além disso, compreendem seis fases diante o processo de elaboração, apresentadas na Tabela 1 (Souza et al., 2010).

**Tabela 1:** Etapas do processo de elaboração da revisão integrativa da literatura.

1 - Elaboração da pergunta norteadora (determinar um problema de uma temática específica em forma de questão, de maneira clara, relacionada a um raciocínio teórico)
2 - Busca ou amostragem na literatura (levantamento amplo e diversificado em base de dados da literatura, de modo com que os critérios estabelecidos relacionem-se com a fase anterior)
3 - Coleta de dados (estabelecer as características a serem coletadas dos estudos, a fim de garantir maior acurácia das informações utilizadas)
4 - Análise crítica dos estudos incluídos (ponderar a exatidão de cada estudo, averiguando homogeneidade e dissimelhança)
5 - Discussão dos resultados (comparação das referências evidenciadas, com base na interpretação e síntese dos achados, enfatizando suas conclusões)
6 - Apresentação da revisão integrativa (configuração notória e completa, de modo com que o leitor possa apreciar ajuizadamente os resultados)

**Fonte:** Autoria própria, 2020.

A pergunta da revisão integrativa foi elaborada com base na estratégia PICO, que representa um acrograma para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **“O**utcomes” (desfecho) (Santos et al., 2007). Objetivou-se buscar evidências na literatura que elucidem se o ambiente prisional favorece o adoecimento psíquico.

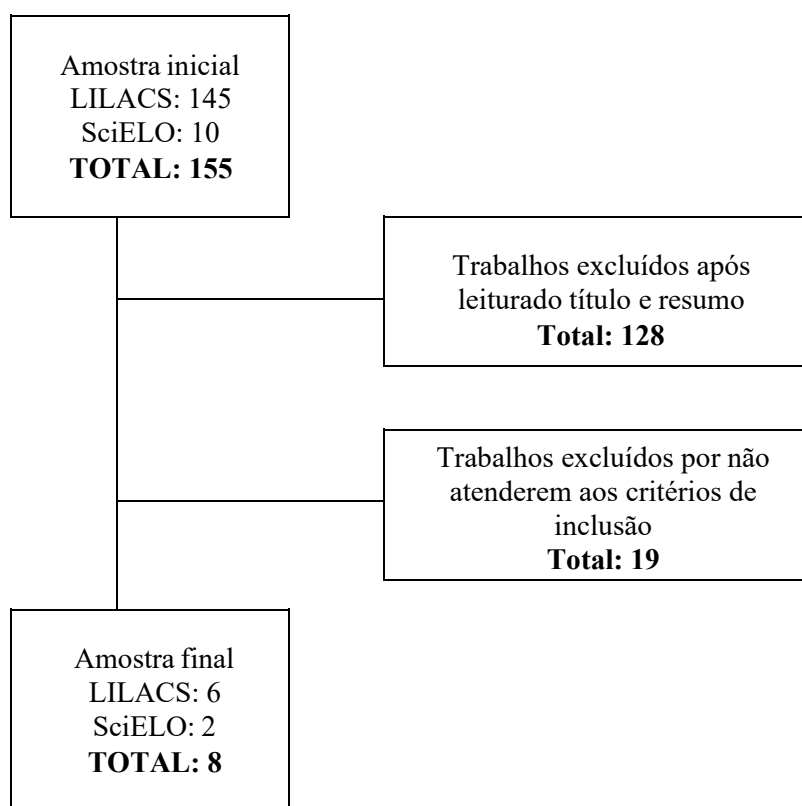
A seleção da amostra deu-se por meio do acesso às bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O levantamento bibliográfico foi realizado em abril de 2020, a partir do qual foram encontrados 155 textos; após a leitura de título e resumo, 27 foram lidos na íntegra e 8 artigos compuseram a seleção final (Figura 1), indexados nas bases de dados referidas, no período de 2010 a 2019, com publicações nacionais e internacionais.

Como critério de inclusão da amostra, utilizaram-se como palavras-chave os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa, controlados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Prisioneiros”, “Prisões”, “Saúde mental” e “Transtornos mentais”.

Como critério de exclusão, optou-se por não analisar publicações relacionadas à saúde mental de PPL que acabaram por infringir a lei em decorrência de transtornos mentais progressivos, dado que este trabalho se propõe a analisar indicadores do ambiente prisional que influenciam autores de delitos a adoecerem psiquicamente e, com isso, possivelmente, desenvolverem

transtornos mentais.

**Figura 1:** Fluxograma de constituição da amostra.



Fonte: Autoria própria, 2020.

## RESULTADOS

Os artigos foram descritos no quadro 1 quanto à sua procedência, ao título do artigo, ao ano de publicação, e às principais temáticas ou considerações encontradas nos estudos.

**Quadro 1:** Artigos levantados nas bases de dados LILACS e SciELO, referentes à saúde mental de pessoas privadas de liberdade, conforme procedência, título do artigo, autores, periódico e considerações/temática.

Procedência	Título	Ano	Considerações/ Temáticas
LILACS	O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil.	2016	Apresenta a divergência dos fatores que predisõem e protegem homens e mulheres e expõe aspectos que alimentam o estigma e atuam como intensificadores de enfermidades à PPL.
LILACS	Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária.	2011	Apresenta que as altas taxas de TEPT encontradas (entre a população estudada) são comparáveis com aquelas descritas pela literatura relativas a populações expostas à guerra; ademais, indica maior consumo de cocaína entre as detentas TEPT-positivas.
SciELO	Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas.	2016	Demonstra que as taxas de transtornos mentais em PPL superam as da população em geral e que os Transtornos mentais comuns (TMC) foram os principais apresentados nessa população, ultrapassando as doenças transmissíveis.

LILACS	Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro.	2012	Apresenta que as altas taxas de TEPT encontradas (entre a população estudada) são comparáveis com aquelas descritas pela literatura relativas a populações expostas à guerra; ademais, indica maior consumo de cocaína entre as detentas TEPT-positivas.
SciELO	Drogas, Violência e Aspectos Emocionais em Apenados.	2012	Relata que, na amostra estudada, a droga mais prevalente foi o álcool, seguida da maconha e cocaína; ademais, relata que o uso de drogas é um importante agravante do sentimento de raiva, da agressividade e de sintomas depressivos.
LILACS	O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas/RN.	2013	Relata que as ações de saúde existentes na amostra estudada não priorizam as atividades voltadas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, resumindo-se a atividades de recuperação da saúde, reduzindo a assistência ao diagnóstico e o tratamento das doenças.
LILACS	Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina	2015	Expõe que mais da metade da amostra estudada (58,8%), passou a fazer o uso de medicações psicotrópicas após admissão no ambiente prisional; aponta, ainda, que a dificuldade de assistência médico-psiquiátrica, aliada a outros fatores, estão relacionados ao uso desses medicamentos.
LILACS	Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review.	2019	Demonstra que as ações de enfermagem nos presídios contribuem para o acesso à saúde entre PPL, predominando as práticas direcionadas para doenças infectocontagiosas e para saúde mental.

Fonte: Autoria própria, 2020.

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos, 100% (8) da amostra disponível em português e publicada no Brasil. Destes, 75% (6) foram encontrados na base de dados LILACS e 25% (2) na SciELO. O mais antigo dos artigos foi publicado em 2011, enquanto o mais recente teve sua publicação em 2019.

Em relação à metodologia utilizada dos estudos, 62,5% (5) são quantitativos, 25% (2) qualitativos e 12,5% (1) misto. Em sua maioria, os desenhos metodológicos do período de seguimento dos estudos são transversais e apenas um dos estudos é puramente teórico.

## DISCUSSÃO

Para sistematização das informações, a análise dos artigos possibilitou a classificação das produções científicas em quatro categorias, buscando contemplar a saúde mental das PPL e os desafios encontrados no sistema de saúde prisional: fatores agravantes e protetores ao surgimento de transtornos mentais; prevalência de transtornos mentais: comparativo entre homens e mulheres; transtornos mentais predominantes; e papel da rede de atenção psicossocial (RAPS) na atenção à saúde mental dessa população.



## **FATORES AGRAVANTES E PROTETORES AO SURGIMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Diante dos muitos fatores que predisõem e protegem o surgimento dos transtornos mentais no cárcere, Constantino et al. (2016) identificam que estes podem divergir entre homens e mulheres, podendo ser potencializados ou minimizados de acordo com os elementos presentes.

Entre os elementos estressores nos homens, destacam-se a ruptura do vínculo familiar e o tempo de prisão, enquanto, nas mulheres, a ruptura do vínculo familiar representa maior risco do adoecimento mental, devido ao histórico de abandono que a grande maioria vivencia. Já os elementos protetores são, entre os homens: possuir uma religião, trabalhar na prisão e ter bom vínculo familiar; para as mulheres, enfatiza-se a importância da manutenção dos vínculos familiares (Constantino et al., 2016).

## **PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS: COMPARATIVO ENTRE HOMENS E MULHERES**

Perante os estressores e as insalubridades do cárcere, o adoecimento psíquico mostra-se com uma realidade entre as PPL. Um estudo realizado no Estado de São Paulo indicou taxas significativas de transtornos mentais em PPL, sobretudo em mulheres, nas quais mais de 25% da população carcerária feminina manifestou Transtornos Mentais Graves (TMG), enquanto os detentos homens manifestaram um percentual próximo de 11% (Andreoli et al., 2012).

Além disso, Silva et al. (2011) identificaram dados consistentes, através de uma busca sistemática realizada em dez estudos, demonstrando que a maior parte das comorbidades psiquiátricas nas mulheres superavam as dos homens. No entanto, a população masculina expressa um maior predomínio de transtorno do pânico e ideação suicida, questões que enquadram-se na categoria de “alto risco”.

## **TRANSTORNOS MENTAIS PREDOMINANTES EM PPL**

Um estudo realizado em uma penitenciária feminina no interior de São Paulo, envolvendo 1.013 mulheres privadas de liberdade, identificou que a prevalência de Transtornos Mentais Comuns - sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade, irritabilidade, fadiga, sintomas somatoformes, etc. (Goldeberg & Huxlex, 1992) - foi de aproximadamente 67% da amostra estudada, superando as doenças infectocontagiosas (40,5%) (Audi et al., 2016).





Frente a essa alta prevalência de comorbidades psiquiátricas, vale ressaltar que as principais são: transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade e do humor (Andreoli et al., 2012; Zoccali et al., 2008). Os Transtornos de Estresse Pós-traumáticos (TEPS) também chamam a atenção, já que sua alta prevalência entre mulheres privadas de liberdade é comparável com populações em situações de risco, como às expostas a situações de guerras (Quitete et al., 2012).


Quitete et al. (2012), identificam que a prisão por si só já é considerada como um evento traumático/estressor, já que o atual cenário dos presídios brasileiros são caracterizados não apenas pela escassez de recursos, arquitetura precária e insalubridade (Oliveira et al., 2018), mas também pela violência institucional, marcada por constrangimentos físicos e mentais; soma-se tais questões a um sentimento de revolta e de humilhação por parte das PPL, alimentando estressores e possíveis potencializadores de traumas (Canazaro e Argimon, 2010).

Ainda, Quitete et al. (2012) apontam que cerca de 40% das mulheres diagnosticadas com TEPT apresentaram maior prevalência de consumo de cocaína, indicando que o sofrimento psíquico gerado pelo encarceramento é multifatorial, o que pode levá-las a busca por drogas, preferencialmente estimulantes, que as ajude a suportar e a lidar com a rotina no cárcere.

Nóbrega (2012) salienta que essa busca pelo uso de drogas por um indivíduo predispõe-se da interação de diferentes elementos e compreende o excesso do uso de substâncias psicoativas (SPA) sob um panorama pluricausal, em que o seu uso demasiado é algo frequente no cárcere, justificando, assim, a maior prevalência de transtornos mentais associados ao uso de SPA (Souza, 2004).

A literatura destaca que o uso de SPA, em sua maioria, precede o encarceramento (Lima, 2019; Tavares et al., 2021). No entanto, Espinheira (2004) chama atenção para o papel que a droga pode acabar assumindo às PPL no cárcere, podendo atribuir-se a uma estratégia para lidar com o aprisionamento. Em contrapartida, a pesquisa de Tavares et al. (2012) aponta que o uso abusivo de drogas, lícitas e ilícitas, é grande contribuinte para o adoecimento dos usuários, além de proporcionante de mais agressividade, sentimentos de raiva e sintomas depressivos (Tavares et al., 2012).

Desta forma, as condições nocivas impostas no ambiente prisional predispõem a população encarcerada a comportamentos de risco. Negrelli (2006) chama atenção para o fato das taxas, assim como o risco de suicídios prisionais, ultrapassarem às da população em geral,



argumentando que o sofrimento gerado pelo encarceramento pode ser o suficiente para que o indivíduo venha a cometer suicídio.

Ainda que o suicídio seja um problema de saúde pública multifatorial e complexo (Who, 2019), a ocorrência do ato de acabar com a própria vida em ambientes prisionais retrata um cenário de urgência, envolvendo implicações multisetoriais.

Segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), em um período de seis anos (2014-2019) foi registrado um total de 11.094 mortes em detentos no sistema prisional, 891 delas por suicídio (Brasil, 2017). Ou seja, cerca de 8% do total de mortes registradas no sistema penitenciário brasileiro são por auto violência humana, demonstrando a necessidade da inserção, prioritária, de intervenções em saúde mental a essa população, a fim de reduzir o comportamento ou ato(s) suicida(s) no ambiente prisional.

## **O PAPEL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA PRISIONAL**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também é responsável pela assistência à saúde mental das PPL ao longo do cumprimento da pena (Brasil, 2011). No entanto, Henrique-Júnior et al. (2013) entendem que o PNSSP é desconhecido por grande parte dos profissionais da saúde, que, em sua formação e especialização, acabam focando no cuidado da doença e aperfeiçoamento de habilidades técnicas e se esquecem de capacitar-se nas políticas do SUS, que garante que o estado é responsável pelo cuidado e pela qualidade de vida de PPL.

Fundamentado nas diretrizes da PNAISP, a RAPS deve oferecer a assistência integral ao indivíduo em privação de liberdade, desde a prevenção de doenças até a sua reabilitação/limitação de danos, o que inclui assistência à saúde mental (Brasil, 2014).

A atenção à saúde mental no cárcere deve-se basear em três elementos preconizados pela RAPS: Projeto Terapêutico singular (PTS), matriciamento em saúde mental e estratégias de Redução de Danos (RD), tendo como foco do cuidado o sujeito, e não a doença. Entretanto, por questões jurídicas e todo um estigma acerca dessa população, algumas estratégias são limitadas, e outras, não executáveis no âmbito prisional (Oliveira et al., 2018).

Diante às dificuldades acerca do cárcere e os desafios para exequibilidade de estratégias, o uso demorado de medicações psicotrópicas torna-se, muitas vezes, uma problemática.

Uma pesquisa realizada no Centro de Detenção Provisória de Parnamirim relatou que aproximadamente 59% das detentas passaram a fazer o uso de medicação psicotrópica após admissão na prisão. É tido que o elevado consumo desses medicamentos está associado à



dificuldade de assistência em saúde - principalmente médico-psiquiátrica, ao cotidiano da prisão e ao distanciamento do contato-familiar (Figueiró et al., 2015).

### **ATRIBUIÇÕES E AÇÕES DE ENFERMAGEM**

Defronte das complexidades associadas à assistência em saúde no cárcere, a enfermagem tem em sua práxis deveres de extrema importância quanto à PPL, sendo de sua governabilidade o desenvolvimento de um vínculo com os usuários, desde o princípio da detenção do indivíduo até sua reinserção na comunidade (Barbosa et al., 2019).

Além disso, cabe aqui destacar que o enfermeiro, dentro das penitenciárias, exerce papéis de promoção e prevenção em saúde, identificação de agravos transmissíveis e relacionados a saúde mental, incluindo dependentes químicos, além de realizar a avaliação inicial da PPL e verificar a necessidade de um atendimento especializado extramuro, em seus diferentes níveis de atenção, conforme a necessidade apresentada (Barbosa et al., 2019).


### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Desta forma, apesar da reconhecida importância do tema e da existência de políticas públicas e diretrizes organizacionais que busquem a melhoria dos serviços, nota-se limitações e dificuldades de acesso e qualidade ao que remete atenção à saúde da população privada de liberdade - principalmente no que que concerne à saúde mental.

Pautar a saúde mental no sistema penitenciário brasileiro exige um redirecionamento dos modelos de atenção à saúde, retomando os princípios do SUS. Embora a legislação brasileira tenha avançado na tentativa de garantir os direitos dessa população, entre eles a acessibilidade à saúde, a realidade ainda é insatisfatória e encontra-se distante de uma efetividade substancial.

Percebe-se, ainda, a escassez de pesquisas brasileiras referentes à saúde mental, especialmente aos transtornos mentais, na população privada de liberdade, juntamente à falta de um banco de dados nacional que aponte o número de PPL diagnosticadas com transtornos mentais. Tal cenário corrobora a necessidade do desenvolvimento de novos estudos nesta área, levando-se em conta o fato de que o adoecimento psíquico pode ser ocasionado por múltiplos fatores.

Assim, a pesquisa realizada permitiu identificar que há uma alta prevalência de transtornos mentais em indivíduos reclusos e que o ambiente prisional favorece não apenas o adoecimento físico, como também o mental, podendo prejudicar o processo de ressocialização



desta população. Portanto, conclui-se que o perecimento da saúde mental no ambiente prisional é uma realidade, mostrando-se como uma problemática urgente.

Em vista disso, espera-se que a presente discussão promova espaços reflexivos, a fim de contribuir para promoção da saúde de PPL, mobilizando iniciativas que fortaleçam a atenção a pessoas reclusas que se encontram em sofrimento psíquico. Reforçamos que a situação de maior vulnerabilidade retratada por esse grupo evidencia a necessidade de repensar práticas e efetivar políticas, potencializando a sensibilização e a mobilização junto a esta temática, considerando a heterogeneidade inerente ao sistema prisional.

## REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S. B. *et al.* Transtorno Mentale Prisão. In: TABORDA, J. G. V.; ABDALLA-FILHO, E.; CHALUB, M. (org.). **Psiquiatria Forense**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 585-97.

AUDI, C. A. F. *et al.* Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 112-124, 2016.

BARBOSA, M. L. *et al.* Ações de enfermagem para as pessoas privadas de liberdade: uma scoping review. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019.

BRASIL. [Web site]. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias — Infopen jun.2017**. Brasília: Ministério da Justiça [acesso: abr.2020].

BRASIL. **Lei de execução penal nº 7210**, 11 Jul 1984. Aprova a Lei de Execução Penal. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1984.


BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. (2019) **Levantamento nacional de informações penitenciárias – Infopen. Painel interativo dez/2019**. Brasília, DF [acesso: 12 abr.2020].

BRASIL. **Portaria nº 3088**, 23 Dez 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional**. Brasília, DF, 2014. 60p.

CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, 2010.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. DE; PINTO, L. W. The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2089–2100, 2016.



ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. *In*: Almeida AR, *et al.* (org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004. p. 11-26.

FAZEL, S.; SEEWALD, K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. **British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 05, p. 364–373, maio 2012.

FIGUEIRÓ, R. DE A. *et al.* Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina. **Revista Psicologia Política**, v. 15, n. 34, p. 531–546, 1 dez. 2015.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Routledge;1992.

HENRIQUE JÚNIOR, J. W. DE A. *et al.* O cuidado na atenção primária à saúde da população carcerária masculina no município de Caraúbas/RN. **Rev. baiana saúde pública**, v. 37, n. 2, p. 394-406, abr./jun. 2013.

LIMA, S. S. O cuidado aos usuários de drogas em situação de privação de liberdade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 25 nov. 2019.

NASCIMENTO, L. G. DO; BANDEIRA, M. M. B. Saúde Penitenciária, Promoção de Saúde e Redução de Danos do Encarceramento: Desafios para a Prática do Psicólogo no Sistema Prisional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. spe2, p. 102–116, 2018.

NEGRELLI, A. M. **Suicídio no sistema carcerário: Análise a partir do perfil biopsicossocial do preso nas instituições prisionais do Rio Grande do Sul** [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica; 2006.

NÓBREGA, M. P. S. S. Fenômeno das drogas lícitas e ilícitas e assistência de enfermagem. *In*: CARVALHO, M. B. (org.). **Psiquiatria para a enfermagem**. São Paulo: Rideel; 2012. p. 215-38.


OLIVEIRA, L. V. *et al.* (coordenadores). **Atenção à saúde da pessoa privada de liberdade** [recurso eletrônico] – Natal: SEDIS-UFRN, 2018. 62p.

QUITETE, B. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 39, p. 43–47, 2012.

SANTOS, C. M. DA C.; PIMENTA, C. A. DE M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, jun. 2007.

SILVA, N. *et al.* Transtornos psiquiátricos e fatores de risco em uma população carcerária Psychiatric disorders and risk factors in a prison population. **ACM Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 40, n. 1, p. 72-76, 2011.

SOARES, C. B. *et al.* Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 335–345, abr. 2014.



SOUZA, C. A. C. Doentes mentais em prisões e em casas de custódia e tratamento: um grande epermanente desafio à psiquiatria e à Lei. **Psiquiatria OnLine Brasil**, v. 9, n. 12, 2004.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010.

TAVARES, G. P.; SCHEFFER, M.; ALMEIDA, R. M. M. DE. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 1, p. 89–95, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. [s.l.] World Health Organization, 2021.

ZOCCALI, R. et al. Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 447–450, 1 out. 2008.



# CAPÍTULO 15

## ANÁLISE DO CONCEITO “VULNERABILIDADE DA MULHER IDOSA RELACIONADA AO HIV/AIDS”<sup>1</sup>

Márcia Cristina de Figueiredo Santos  
Maria Miriam Lima da Nóbrega

### RESUMO

A transição epidemiológica do HIV/aids, que expressa uma feminização e um envelhecimento da população acometida pelo vírus, sinaliza para a necessidade de reconhecimento da vulnerabilidade de um sujeito social de relevância, a mulher idosa. Este contexto justificou e motivou o desenvolvimento deste estudo, que tem como objetivo analisar o conceito de “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”. Trata-se de um estudo do tipo análise de conceito, onde se seguiram as oito etapas do modelo proposto por Walker e Avant a partir da seleção e análise de 13 estudos selecionados na literatura científica. A vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids, por fim, foi definida como sendo uma condição/estado de suscetibilidade feminina senescente, de diferentes graus e naturezas, à infecção, adoecimento e/ou morte pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou ao acometimento pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) sobre a qual exercem influência direta os fatores relacionados à idade e ao gênero, sendo estes de ordem individual, social e/ou programática e, por esta razão, deve dispor de multidisciplinaridade para o seu enfrentamento adequado e eficaz.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Vulnerabilidade em Saúde; Envelhecimento; Saúde da Mulher; HIV.

### INTRODUÇÃO

Conceitos são considerados elementos básicos que compõem teorias e devem ser capazes de nomear um fenômeno/coisa à que se referem. Eles são oriundos de construções mentais representativas de categorias de informações carregadas de definições de atributos (WALKER; AVANT, 2019).

Analisar um conceito deve ser um processo preciso e rigoroso, porém consciente de que seus resultados sempre serão provisórios. Fatores culturais, contextuais e sociais contribuem para uma constante evolução e mudança de um conceito analisado em determinado tempo, num ciclo dinâmico de surgimento de ideias (WALKER; AVANT, 2019).

---

<sup>1</sup> Estudo extraído da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada Aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids: desenvolvimento de uma teoria de médio alcance (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, 2022).




A análise de conceitos tem grande utilidade na classificação de fenômenos em enfermagem, pois proporciona novos métodos para definir um conceito, descrever uma determinada situação em enfermagem, ou mesmo replicar um conceito já existente numa outra área de interesse (SOUSA et al., 2018).

Neste sentido, o contexto epidemiológico atual do HIV/aids vem apontando para a necessidade de olhar profissional sensibilizado aos conceitos de vulnerabilidade e autocuidado de um sujeito social específico, haja vista os índices de contaminação da população de mulheres idosas pelo vírus terem ganhado destaque ao longo dos últimos anos. Entre os anos de 2007 e 2017, a faixa etária de 60 anos e mais foi a única em que a taxa de detecção no sexo feminino apresentou-se de forma crescente, representada por 21,2% de aumento (BRASIL, 2018). Além disso, evidências mais recentes apontam que a menor taxa de razão entre os sexos M:F da população acometida pelo HIV/aids no ano de 2020, foi a de 50 anos ou mais em relação às demais faixas etárias, totalizando 1,8 homens infectados pelo vírus a cada mulher idosa acometida pelo mesmo (BRASIL, 2021).

O conceito de autocuidado, em específico, é definido por Orem enquanto ações deliberadas para suprir ou garantir a continuidade da vida, o crescimento e o desenvolvimento, bem como da manutenção da integridade humana (McEWEN; WILLS, 2009). O desenvolvimento do autocuidado depende de fatores internos ou intrínsecos, como idade, estado de saúde e sexo; e de fatores externos ou extrínsecos, como fatores socioculturais, sistema familiar, padrão de vida e disponibilidade de recursos para atender às demandas (OREM, 2006).

Já as reflexões consideradas como referência na Epidemiologia e Saúde Coletiva brasileiras sobre o conceito de vulnerabilidade são as levantadas por José Ricardo de C. M. Ayres no tocante à quebra de estereótipos vinculados ao preconceito inspirado pelo pensamento de grupos de risco e comportamentos de risco quando se reflete a vulnerabilidade ao HIV (SEVALHO, 2018).

A vulnerabilidade pode ter seu entendimento mais específico quando considerados grupos específicos populacionais, por vezes de forma adjetivante, qualificando grupos, e por outras descrevendo contextos comuns da realidade de todos (CARMO; GUIZARDI, 2018). A relevância da aproximação da Enfermagem ao conhecimento sobre vulnerabilidades de grupos humanos encontra-se no potencial de reconhecimento por estes profissionais frente ao ser humano, família e coletividade dentro das suas necessidades básicas de assistência e processos de vida em todas as dimensões que os compõem (MACEDO et al., 2020).



Mesmo se tratando de conceitos amplamente difundidos, os conceitos de autocuidado e vulnerabilidade supracitados retratam, em suas particularidades, contextos gerais de necessidades de cuidado que incluem a população de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, entretanto não contempla as suas especificidades.

Sendo assim, as considerações que a literatura aponta sobre este contexto de vulnerabilidade ao HIV/aids inerente ao sujeito social de destaque epidemiológico recente relacionado à infecção, a mulher idosa, geram uma demanda de planejamento e oferta de cuidado de enfermagem que seja responsiva às especificidades destas pessoas. Neste sentido, este estudo tem como objetivo analisar o conceito de “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”.

## **MÉTODO**

Estudo do tipo análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”, que foi desenvolvido durante um curso de doutorado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba seguindo oito etapas do modelo proposto por Walker e Avant (2019), quais sejam: seleção do conceito; objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos definidores; identificação do caso modelo; identificação de caso adicional (contrário); identificação de antecedentes e consequentes; e definição de referenciais empíricos.

Na primeira etapa, o conceito selecionado consistiu em “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”.

Na segunda etapa, almejou-se contribuir para a implementação de estratégias direcionadas a suprir as lacunas encontradas no tocante à vulnerabilidade de mulheres idosas relacionadas ao HIV/aids, quer sejam elas pessoas soronegativas que possam ser vulneráveis à infecção, pessoas que vivem com o vírus e possam ser vulneráveis ao desenvolvimento da aids, e pessoas com aids que possam ser vulneráveis ao adoecimento relacionado ao imunocomprometimento e óbito, favorecendo a minimização dos referidos contextos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids.

O potencial de influência incide sobre diversos aspectos, como a implantação de programas e/ou a criação de políticas públicas, considerando os atributos (características e particularidades) os antecedentes e os consequentes que envolvem a vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids destas mulheres.



Na terceira etapa, de identificação dos possíveis usos do conceito, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOARES et al., 2014), melhor detalhada na oitava etapa desta análise. Além disso, buscaram-se definições em dicionário e outras fontes científicas que abordassem o conceito, haja vista a possibilidade de reconhecer e aproximar-se do contexto de utilização e aplicabilidade atual do mesmo, conforme recomendam Walker e Avant (2019) quanto a não limitar as buscas dentro a literatura da área da saúde, e sim ampliá-la em livros, dicionários, enciclopédias, etc.

Na quarta etapa, identificaram-se os atributos definidores do conceito mencionados nos estudos. Atributos definidores são palavras ou expressões que surgem repetidamente na literatura sobre o conceito e que demonstram a essência do mesmo, constituindo características deste e evitando vieses na sua compreensão (WALKER; AVANT, 2019).

Extraíram-se os atributos definidores dos estudos a partir das respostas identificadas ao seguinte questionamento: quais aspectos caracterizam e/ou definem o conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”?

Na quinta etapa, foi estruturado um caso modelo, tratando-se de um exemplo do uso do conceito que demonstra todos os seus atributos, em que há certeza que se refere ao conceito, a partir dos próprios resultados encontrados nos estudos da revisão integrativa, das experiências assistenciais da pesquisadora, bem como do conhecimento científico prévio da mesma, a fim de transmitir características/atributos definidores que representem o conceito e a sua natureza, conforme recomendado pelo referencial teórico-metodológico (WALKER; AVANT, 2019).

Na sexta etapa, foi elaborado um caso em que não se vislumbra a aplicabilidade do conceito, ou seja, um caso contrário, fictício, considerado como caso adicional. O caso contrário é entendido como aquele que determina a inaplicabilidade do conceito (WALKER; AVANT, 2019).

Na sétima etapa, foi feita a identificação dos antecedentes e consequentes do conceito de interesse. Os antecedentes referem-se aos acontecimentos ou incidentes prévios à existência do fenômeno ao qual se refere o conceito, podendo causar e/ou motivar a ocorrência do mesmo, portanto não podem ser atributos do conceito. Consequentes por sua vez, referem-se aos acontecimentos ocorridos enquanto resultantes do fenômeno contemplado pelo conceito, também não podendo ser considerado atributo conceitual (WALKER; AVANT, 2019).



Os atributos, antecedentes e os consequentes de interesse do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” foram identificados a partir dos estudos da revisão integrativa. Para isso, estes foram transcritos para os instrumentos de extração dos dados dos estudos, onde se compôs um quadro sinóptico para agrupá-los (em que consta autoria, ano, base de dados, tipo de estudo, idioma, país, população/amostra e o título), verificando-se a frequência dos mesmos.

A fim de identificar e compilar estes elementos questionou-se: quais práticas pessoais, sociais e/ou programáticas contribuem para a vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids? Quais eventos, situações e/ou fenômenos influenciam para que a idosa esteja vulnerável ao HIV/aids? Quais particularidades/características foram apontadas pelos autores em relação à vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids? Quais consequências da condição de estar vulnerável ao HIV/aids recaem sobre a mulher idosa? Há consequências de caráter social e/ou programático?

Já na oitava etapa, foram definidos os referenciais empíricos. As referências empíricas são classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua presença ou existência, demonstram a ocorrência do conceito em si (WALKER; AVANT, 2019). Os artigos selecionados na revisão integrativa da literatura, as leituras de livros, somados aos conhecimentos proporcionados pela prática profissional da pesquisadora, subsidiaram a identificação das referências empíricas dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito de interesse.

Os dados extraídos e analisados foram distribuídos em categorias e subcategorias, de forma que as categorias dos atributos essenciais, antecedentes e consequentes da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids foram organizadas em subcategorias quanto aos contextos de vulnerabilidade individual, social e programática.

Realizou-se revisão integrativa da literatura, de acordo com as etapas de desenvolvimento deste tipo de revisão na Enfermagem (SOARES et al., 2014), por compreender que a metodologia de análise de conceito ganha robustez com a associação à técnica de revisão integrativa da literatura, por meio da qual é possível garantir a qualidade da fonte de informação incluída na análise (SOUSA et al., 2018).

A busca pelos artigos se deu entre os meses de novembro e dezembro de 2021, por meio de consulta às bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via Pubmed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(CAPES), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se o operador booleano “AND” combinando o descritor não controlado “vulnerabilidade” ou “vulnerability” com os descritores controlados indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH) ou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), respectivamente: “Nursing”, “Women”, “Aging” e “HIV”; e “Enfermagem”, “Mulheres”, “Envelhecimento” e “HIV”, conforme o Quadro 1.

**Quadro 1:** Estratégias de buscas dos artigos utilizadas nas bases de dados.

Base de dados	Estratégia de Busca
SciELO	Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “nursing” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
MEDLINE	Descritores (MeSH) – “nursing” AND “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
LILACS	Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “nursing” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
IBECS	Descritores (DeCS) - “vulnerabilidad” AND “envejecimiento” AND “VIH” Descritores (DeCS) – “enfermería” AND “envejecimiento” AND “VIH”

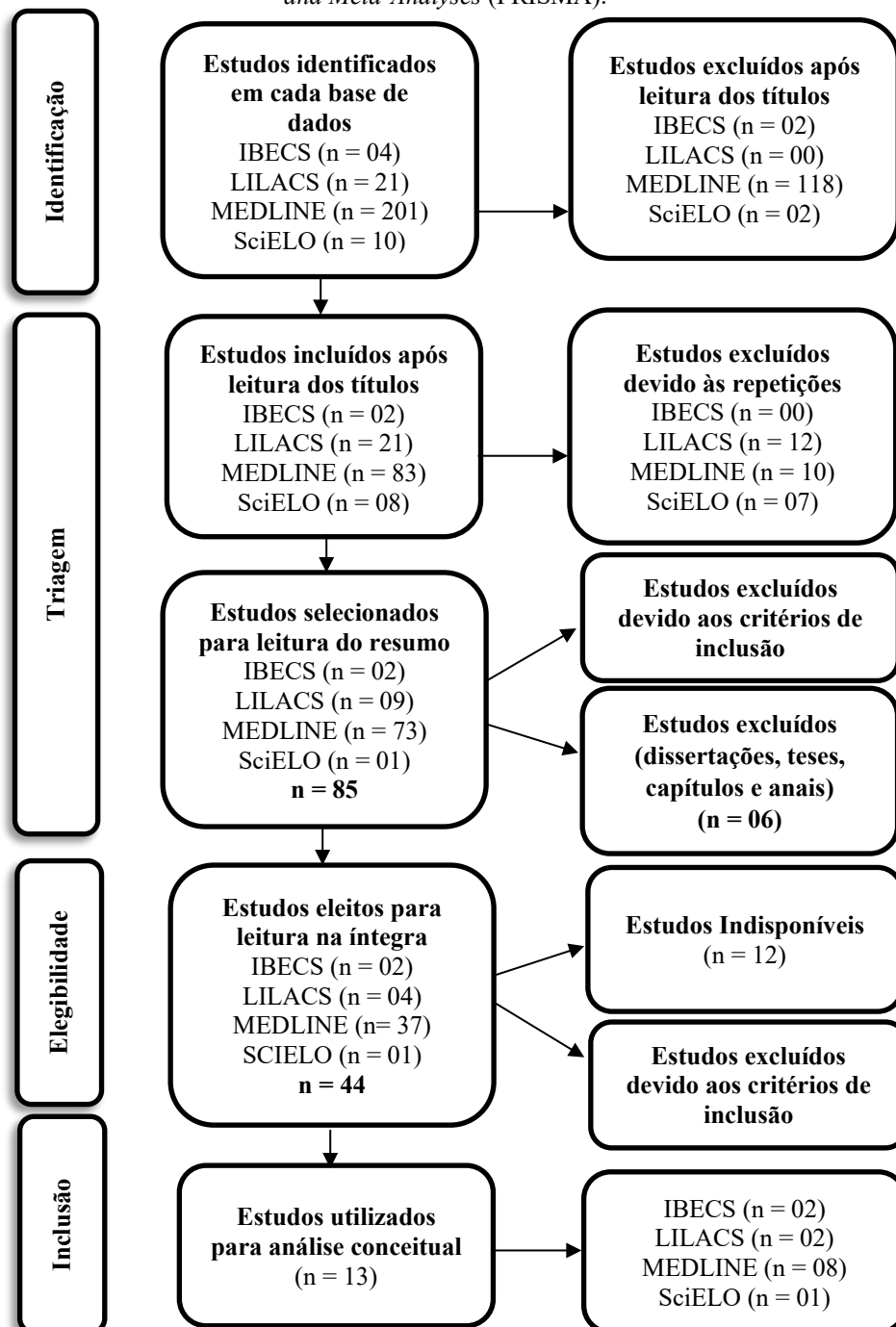
Fonte: Autoria própria, 2022.

Para a seleção dos estudos identificados utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos completos disponíveis eletronicamente de forma gratuita e integral, em inglês, português e/ou espanhol, sem limitação de indexação por ano de publicação, desenvolvidos com enfoque na correlação entre a clientela de mulheres idosas e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. Nas produções selecionadas, buscou-se identificar o uso do conceito a ser analisado. Foram excluídos dos estudos os artigos repetidos, editoriais, teses, dissertações, pontos de vista e estudos de caso(s).



A estratégia de busca e seleção dos artigos utilizada na revisão seguiu, especificamente, as orientações do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009), detalhado na Figura 1.

**Figura 1:** Procedimento de identificação e inclusão dos estudos na análise de conceito *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids*, utilizando a estratégia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).



**Legenda:** IBECS – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud; LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde; MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; SciELO – *Scientific Electronic Library Online*.

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Conforme expõe a figura acima, após a busca, foram realizadas leituras dos títulos, seguida dos resumos dos artigos selecionados para constatar se atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos e, posteriormente, foi realizada leitura minuciosa do texto na íntegra de cada artigo selecionado e disponível.

Para análise dos estudos selecionados, empregou-se a estratégia PICO (MILNER; COSME, 2017), que representa acrônimo para: P- pacientes, I- intervenção, C- comparação e O- “outcomes” (desfecho/resultado), e quanto aplicada a este estudo representa: **P** – mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids; **I** – não se aplica; **C** – não se aplica; e **O** – atributos, antecedentes e consequentes da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Refletindo-se a relevância de aprofundamento conceitual específico da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids enquanto um processo potencialmente gerador de conhecimento teórico e científico que forneça fundamentação à atuação da Enfermagem, analisou-se o conceito utilizando 13 artigos científicos, na sua maioria se tratando de estudos de revisão da literatura (n=05) e exploratórios descritivos (n=03). O quadro 2 apresenta um resumo dos dados bibliográficos referentes aos artigos selecionados, estes organizados em ordem crescente, de acordo com o ano de publicação.

**Quadro 2:** Dados bibliográficos dos estudos selecionados para a análise de conceito.

Estudos revisão integrativa							
Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
MEDLINE	2003	LEVY, J.A.; ORY, M.G.; CRYSTAL, S.	HIV/aids interventions for midlife and older adults: current status and challenges	Documentos apresentados pela primeira vez em uma conferência sobre HIV/aids e envelhecimento pelo Instituto Nacional sobre Envelhecimento	EUA	Eng	Revisão
IBECS	2012	LOMBARDO PEREIRA, G.; COSTA AGUIAR, B.G.	Envejeciendo con aids o el aids en el envejecimiento: perfil epidemiológico en un hospital de la	População: 106 prontuários de indivíduos com mais de 60 anos. Amostra: 34 prontuários de	Brasil	Spa	Pesquisa documental. Exploratória de abordagem qualitativa

**Estudos revisão integrativa**

Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
			Universidade de Rio de Janeiro	idosas (sexo feminino).			
LILACS	2012	SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W.	Vulnerabilidade e convivência com o HIV/aids em pessoas acima de 50 anos	Dez indivíduos – 6 homens e 4 mulheres – entre 51 e 72 anos – que são soropositivos para HIV/aids	Brasil	Pt	Estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa
IBECS	2014	GURGEL SN, LUBENOW JAM, MOREIRA MASP ET AL	Vulnerability of HIV/aids in elderly: a review of integrative literature	Sete artigos científicos	Brasil	Eng	Revisão integrativa da literatura
MEDLINE	2015	SA MOJOLA ET AL.	HIV after 40 in rural South Africa: A life course approach to HIV vulnerability among middle aged and older adults	Pesquisa de prevalência: Respostas de 2.080 adultos com 40 anos ou mais; Entrevistas de grupo focal: 77 entrevistados	África do Sul	Eng	Pesquisa de prevalência e entrevistas de grupos focais
MEDLINE	2015	BEZERRA VP ET AL.	Preventive practices in the elderly and vulnerability to HIV	Cinco grupos focais, reunindo, em média, sete idosos em cada grupo	Brasil	Eng	Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa
MEDLINE	2016	VANCE ET AL.	Aging and Neurocognitive Functioning in HIV-Infected Women: A Review of the Literature Involving the Women's Interagency HIV Study	12 estudos recentes (2013–2016) usando dados do <i>Women's Interagency HIV Study</i> (WIHS)	EUA	Eng	Revisão
MEDLINE	2017	THURN, M.; GUSTAFSON, D.R.	Faces of Frailty in Aging with HIV Infection	Revisão	EUA	Eng	Estudo de revisão

### Estudos revisão integrativa

Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
SCIELO	2018	SANTOS ET AL.	Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/aids	Quatro enfermeiros	Brasil	Eng	Estudo de natureza exploratória descritiva
MEDLINE	2019	AUNG ET AL.	How all-type dementia risk factors and modifiable risk interventions may be relevant to the first-generation aging with HIV infection?	não referido	Austrália	Eng	Revisão narrativa da literatura
LILACS	2020	ARAÚJO ET AL.	Educational intervention on HIV/aids with elderly individuals: a quasi-experimental study	60 idosos, sendo 51 (85%) mulheres e 9 (15%) homens, com idade média de 68 anos	Brasil	Eng	Quase experimental
MEDLINE	2020	AGUIAR, R.B.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.	Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV	241 idosos com HIV, de ambos os sexos.	Brasil	Eng	Estudo descritivo quantitativo de corte transversal
MEDLINE	2021	LÍVIO ET AL.	Analysis of inappropriate prescribing in elderly patients of the Swiss HIV Cohort Study reveals gender inequity	Prontuários médicos de 175 idosos	Suíça	Eng	Retrospectivo

Legenda: Eng= inglês; Pt= português; Spa= espanhol.

Fonte: Autoria própria, 2022.

Dentre os estudos supracitados, a maioria encontra-se indexada na base de dados MEDLINE (61,5%), com predominância de realização no Brasil (53,8%), concentrando-se em sua maior parte nos anos de 2012, 2015 e 2020. A limitação no número de artigos contemplados pela análise do conceito se deve à necessidade de abordagem das especificidades da clientela em sua individualidade, de forma que, explorar estudos que inserisse a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids em contextos mais abrangentes relacionados à pessoa idosa em geral ou a mulheres de todas as faixas etárias poderia incluí-las, mas não as definir em suas particularidades.

Diante dos dados analisados provenientes da literatura, infere-se que o conceito de *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids* na sua totalidade não se esgota, mas que, complementarmente, os estudos subsidiam a sua estruturação a partir da abordagem dos fatores que o antecedem, o caracterizam e dele emergem, conforme exposto no quadro 2.

**Quadro 2:** Atributos essenciais, antecedentes e consequentes do conceito *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids*.

ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diminuição do desejo sexual e da frequência da prática sexual apontadas como causa para o estabelecimento de relações sexuais extraconjugais por parceiros de mulheres idosas que possuem relacionamentos estáveis (MOJOLA et al., 2015);</li> <li>● Incoerência entre reconhecer a importância de usar preservativo e sua pouca utilização na prática (BEZERRA et al., 2015);</li> <li>● Associação de necessidade de uso de preservativo apenas por mulheres em idade reprodutiva (ARAÚJO et al., 2020);</li> <li>● Incapacidade/dificuldade em negociar o uso do preservativo no contexto do relacionamento estável/casamento (ARAÚJO et al., 2020; SANTOS et al., 2018; MOJOLA et al., 2015; BEZERRA et al., 2015);</li> <li>● Submissão ao companheiro (ARAÚJO et al., 2020; BEZERRA et al., 2015);</li> <li>● Estigma (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Preconceito (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Menos conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020);</li> <li>● Discriminação por idade e por gênero (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Relação sexual extraconjugal por algum dos membros de um relacionamento estável (MOJOLA et al., 2015);</li> <li>● (Des)confiança na fidelidade do parceiro sexual (ARAÚJO et al., 2020; SANTOS et al., 2018; MOJOLA et al., 2015. BEZERRA et al., 2015; SILVA; GURGEL et al., 2014; SALDANHA, 2012);</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Vulnerabilidade individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diferentes graus e naturezas de suscetibilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Condição de suscetibilidade a fatores de risco diversos (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Mudanças corporais relacionadas ao gênero e à idade que colocam a mulher idosa em risco biológico de adquirir o vírus (LEVY; ORY; CRYSTAL, 2003).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Início da menopausa antecipado (ou seja, envelhecimento acelerado) e sintomas da menopausa (sintomas psicológicos, problemas de sono e sintomas vasomotores) podendo ser mais graves (ou seja, envelhecimento acentuado) (VANCE et al., 2016);</li> <li>● Maior prevalência de insuficiência renal, depressão, ansiedade, osteoartrite e osteoporose em idosas que vivem com HIV/aids quando comparadas a homens idosos soropositivos (LÍVIO et al., 2020);</li> <li>● Envelhecimento acelerado em idosas que vivem com HIV/aids e expressão fenotípica de envelhecimento mais graves, permitindo a classificação de mulheres que vivem com o HIV como idosas mais cedo (THURN; GUSTAFSON, 2017);</li> <li>● Maior risco de demência de todos os tipos devido à interação entre as alterações da menopausa e o HIV (AUNG et al., 2019);</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><u>Vulnerabilidade social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Maior taxa de contaminação na população de mulheres idosas em relacionamentos heterossexuais, destacando-se o grupo de solteiras e viúvas</li> </ul>	



ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de acesso à informação sobre sexualidade no envelhecimento (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020; SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Preconceitos construídos a partir de um modelo de educação normativo e repressor, direcionado, especialmente, para o gênero feminino (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020; SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Tabus que envolvem a sexualidade da pessoa idosa (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Desigualdades de gênero (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Baixas condições financeiras (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Baixo nível de escolaridade (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Concepção de aids como doença de jovens e grupos de risco (SANTOS et al., 2018; BEZERRA et al., 2015);</li> <li>● Associação do preservativo ao contexto de anticoncepção e não de prevenção de DST (SANTOS et al., 2018; GURGEL et al., 2014);</li> <li>● Construções e exigências sociais sobre o comportamento sexual previamente definido de homens e mulheres (BEZERRA et al., 2015; SILVA; SALDANHA, 2012);</li> <li>● Infidelidade conjugal (BEZERRA et al., 2015);</li> <li>● Mito do amor romântico (SILVA; SALDANHA, 2012);</li> <li>● Não uso do preservativo (GURGEL et al., 2014; SILVA; SALDANHA, 2012);</li> <li>● Relações de poder entre gêneros (SILVA; SALDANHA, 2012);</li> <li>● Acesso diferenciado a bens materiais entre os gêneros (SILVA; SALDANHA, 2012).</li> <li>● Falha no trabalho de prevenção específica para a mulher idosa (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Abordagem incipiente sobre a sexualidade da mulher idosa nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2018);</li> </ul>	<p>(PEREIRA; AGUIAR, 2012);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atitudes conservadoras em relação à sexualidade da pessoa idosa (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020);</li> <li>● Sexualidade feminina limitada e silenciada por padrões sexuais opressores e preconceitos (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020);</li> <li>● Desconforto, receio e pudor da mulher idosa para falar sobre sexualidade (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020).</li> </ul> <p><u>Vulnerabilidade programática</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diferentes graus e naturezas de suscetibilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Invisibilidade da sua passividade ao acometimento pelo vírus, proporcionando sua inserção na população-alvo de políticas públicas (SANTOS et al., 2018).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fatores de risco para pior saúde mental e cognitiva são comuns em mulheres idosas vivendo com infecção pelo HIV (AUNG et al., 2019).</li> <li>● Medo da morte (SANTOS et al., 2018).</li> <li>● Deslocamento da epidemia para faixas etárias mais avançadas (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Mulheres idosas enquanto vítimas quase esquecidas da epidemia (LEVY; ORY; CRYSTAL, 2003);</li> <li>● Maior taxa de detecção do HIV em mulheres idosas na faixa etária de 50 a 59 anos (LOMBARDO PEREIRA; COSTA AGUIAR, 2012);</li> <li>● Risco de violência (SANTOS et al., 2018).</li> <li>● Diferentes padrões de uso de serviços de saúde (LÍVIO et al., 2020);</li> <li>● Necessidade de execução de ações de autocuidado pelo enfermeiro em prol da mulher idosa acometida pelo HIV/aids (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Necessidade de ações de educação em saúde (SANTOS et al., 2018);</li> <li>● Necessidade de inserção da mulher idosa na população-alvo de políticas públicas (SANTOS et al., 2018).</li> </ul>





ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Escassez de políticas públicas de prevenção de HIV/aids em idosos (SANTOS et al., 2018);</li><li>• Busca e disponibilidade de serviços de saúde para os casos de necessidade de uso da PEP (BEZERRA et al., 2015).</li></ul>		

Fonte: Autoria própria, 2022.

Reconhecem-se os antecedentes, atributos e consequentes supracitados enquanto indicadores empíricos, abordados no quadro acima tal como constam nos estudos levantados, porém sintetizados na diagramação teórica, de modo que o enfermeiro com atuação prática e científica, ao lidar com tais fatores, possam entender a representação do conceito central por meio deles. A fim de contemplá-los de forma abrangente, auxiliando na elucidação das relações entre eles e, conseqüentemente, na definição conceitual, foram estruturados o caso modelo e o caso adicional (contrário), conforme se segue.

**Caso modelo:** L.C.T., 62 anos, sexo feminino, viúva (foi casada durante 35 anos, referindo manter fidelidade ao parceiro fixo durante todo o tempo de convívio e por isso nunca ter utilizado preservativo em relações sexuais), sem estabelecer relacionamento afetivo no momento, dona de casa, ensino fundamental incompleto, renda de um salário mínimo, mãe de 4 filhos, reside com um neto, por quem é responsável, em um município vizinho à cidade onde se localiza o serviço de referência em doenças infectoparasitárias, onde a mesma faz acompanhamento médico, pois vive com o vírus da imunodeficiência humana há 7 anos. Relacionamento com a família e a comunidade prejudicado devido ao medo de descoberta do diagnóstico e/ou de transmissão do vírus a alguém por meio de compartilhamento de objetos. Refere não possuir parceiro sexual, pois julga não ser correta a preservação da sexualidade em uma mulher de sua idade e com o seu *status* sorológico. Durante a consulta de enfermagem, apresenta postura de desconfiança e questiona repetidas vezes se o que está relatando/informando poderá identificá-la de alguma forma, mesmo sendo explicado didaticamente sobre o sigilo da pesquisa científica. Em prontuário, constam exames diagnósticos/periódicos em atraso (contagem de linfócitos TCD4 e contagem de carga viral), com último exame realizado evidenciando resultados compatíveis com má adesão à terapia antirretroviral e às medidas de autocuidado em geral, além de falha na assiduidade da idosa ao calendário de consultas programadas, atribuindo tal fato à dificuldade de transporte. Quando questionada sobre as queixas atuais, refere fadiga, perda de peso e diarreia há 2 semanas. Dados



antropométricos: peso= 45kg; Altura: 1,62m. Aferição de sinais vitais: PA= 90x60mmHg; FC= 71bpm; SpO2= 95%; FR= 14 irpm.


**Caso adicional (contrário):** M.F.R., 59 anos, sexo feminino, casada há 10 anos, professora, ensino superior completo, renda de três salários, sem filhos, reside em município com rede de atenção primária atuante, acompanhada por equipe multiprofissional, sem doenças crônicas. Relacionamento com a família e a comunidade eficaz, tendo como rede de apoio dois irmãos e a família de seu cônjuge. Refere vida sexual ativa com uso de preservativo em todas as relações sexuais estabelecidas com parceiro único, bem como realização de exames periódicos. Durante a consulta de enfermagem, dialoga abertamente sobre dúvidas e se dispõe a fornecer informações acerca da sua saúde sexual. Relata acesso eficaz a serviços de saúde bem como a medidas de prevenção. Nega queixas. Dados antropométricos: peso= 70kg; Altura: 1,65m. Aferição de sinais vitais: PA= 110x75mmHg; FC= 85bpm; SpO2= 98%; FR= 12 irpm.

O antecedente da vulnerabilidade individual referente à diminuição do desejo sexual e da frequência da prática sexual apontadas como causa para o estabelecimento de relações sexuais extraconjugais por parceiros de mulheres idosas que possuem relacionamentos estáveis (MOJOLA et al., 2015) expressa também um caráter social da vulnerabilidade associado, pois reflete uma consequência do padrão patriarcal de uma sociedade com visão responsabilizadora da mulher idosa por seu contexto de vulnerabilidade.

A partir da análise conceitual somada ao conhecimento teórico prévio da autora no tocante ao quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres, que permitiu o entendimento inicial da correlação entre mulher idosa e contexto epidemiológico atual da convivência com a infecção e doença, a *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids* foi definida como: condição/estado de suscetibilidade feminina senescente, de diferentes graus e naturezas, à infecção, adoecimento e/ou morte pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou ao acometimento pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) sobre a qual exercem influência direta os fatores relacionados à idade e ao gênero, sendo estes de ordem individual, social e/ou programática e, por esta razão, deve dispor de multidisciplinaridade para o seu enfrentamento adequado e eficaz.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” fez-se decisivo para a fundamentação teórica do conhecimento de enfermagem acerca do conceito de vulnerabilidade envolvido em uma área de atuação específica da Enfermagem que requer



atenção especializada às particularidades da clientela, incitando, inclusive, novos estudos de abordagem da vulnerabilidade específica de grupos.

Assim, este estudo tem sua relevância e utilidade na fundamentação do conhecimento da profissão e disciplina acerca do autocuidado de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, fortalecendo o ensino e a pesquisa da área, bem como a prática profissional em serviços dos mais diversos níveis de assistência, primária, secundária ou terciária.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C.; MARQUES, A. P. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2051-2062, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.18432018

ARAÚJO, W. J.; BRAGAGNOLLO, G. R.; NASCIMENTO, K. C.; CAMARGO, R. A.; TAVARES, C. M.; MONTEIRO, E. M. Educational intervention on HIV/aids with elderly individuals: a quasi-experimental study. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 29: e20180471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0471>

AUNG, H. L.; KOOTAR, S.; GATES, T. M.; BREW, B. J.; CYSIQUE, L. A. How all-type dementia risk factors and modifiable risk interventions may be relevant to the first-generation aging with HIV infection? **European Geriatric Medicine**, v. 10, p. 227–238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00164-6>

BEZERRA, V. P.; SERRA, M. A.; CABRAL, I. P.; MOREIRA, M. A.; ALMEIDA, S. A.; PATRÍCIO, A. C.. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 70-6, dez 2015.


BOTELHO, L. L.; CUNHA, C. C; MACEDO, M. O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade** [Internet], v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. doi: 10.21171/ges.v5i11.1220

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - HIV/aids 2018**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 53, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - HIV/aids 2021**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Número Especial |Dez. 2021.

CARMO, M.; GUIZARDI, F. L. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. **Cad. Saúde Pública** [Internet], v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>

GURGEL, S. N.; LUBENOW, J. A.; MOREIRA, M. A.; FERREIRA, O. G.; PINHO, T. A.; NOGUEIRA, J. A. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: Revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**; v. 8, p. 2487-93, jul. 2014. Supl 1.



LEVY, J. A.; ORY, M. G.; CRYSTAL, S. HIV/aids interventions for midlife and older adults: current status and challenges. **Jaids Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**; v. 33, 2003. Suppl. 2.

LÍVIO, F.; DEUTSCHMANN, E.; MOFFA, G.; RUSTEMI, F.; STADER, F.; ELZI, L.; BRAUN, D. L.; CALMY, A.; HACHFELD, A.; CAVASSINI, M.; TARR, P. E.; WISSEL, K.; BATTEGAY, M.; MARZOLINI, C. Analysis of inappropriate prescribing in elderly patients of the Swiss HIV Cohort Study reveals gender inequity. **J Antimicrob Chemother**, v. 76, n. 3, p. 758-764, 2021. doi: 10.1093/jac/dkaa505.

LOMBARDO PEREIRA, G.; COSTA AGUIAR, B. G. Envejeciendo con aids o el aids en el envejecimiento: perfil epidemiológico en un hospital de la Universidad de Rio de Janeiro. **Enferm. glob.** [online], 2012, vol. 11, n. 26, pp. 10-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200002>.

MACEDO, J. K.; COSTA, L. P.; LIMA, A. F.; LIMA, J. L.; VASCONCELOS, B. M.; SANTOS, A. A. Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. *Rev Enferm UERJ*, v. 28, p. e39222, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39222>

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre, 2009.

MILNER, K. A.; COSME, S. The PICO Game: an innovative strategy for teaching step 1 in evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nursing*, v. 14, n. 6, p. 514-516, 2017. doi:10.1111/wvn.12255

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.*, v. 21, n. 6, e1000097, 2009. doi:10.1371/journal.pmed1000097

MOJOLA, S. A.; WILLIAMS, J.; ANGOTTI, N.; GÓMEZ-OLIVÉ, F. X. HIV after 40 in rural South Africa: A life course approach to HIV vulnerability among middle aged and older adults. **Soc Sci Med.**, v. 143, p. 204-12, 2015. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.023. Epub 2015 Aug 17.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. 8<sup>a</sup> ed. Boston: Mosby, 2006.

SANTOS, M. C.; NÓBREGA, M. M.; SILVA, A. O.; BITTENCOURT, G. K.. Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/aids. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, p. 1435-44, 2018. Suppl 3. [Thematic Issue: Health of woman and child] doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>

SEVALHO, G. The concept of vulnerability and health education based on the teory laid out by Paulo Freire. *Interface, Botucatu*, v. 22, n. 64, p. 177-88, 2018.

SILVA, J.; SALDANHA, A. A. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/aids em pessoas acima de 50 anos. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 817-852, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v12n3-4/14.pdf>

SOARES, C. B.; HOGA, L. A.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na Enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. doi: 10.1590/S0080-6234201400002000020



SOUSA, L. M.; FIRMINO, C. F.; CARTEIRO, D. M.; FRADE, F.; MARQUES, J. M.; ANTUNES, A. V. Análise de conceito: conceitos, métodos e aplicações em enfermagem. **REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**, p. 9-19, nov 2018.

THURN, M.; GUSTAFSON, D. R. Faces of Frailty in Aging with HIV Infection. **Curr HIV/aids Rep.**, v. 14, n. 1, p. 31-37, 2017. doi: 10.1007/s11904-017-0348-x

VANCE, D. E.; RUBIN, L. H.; VALCOUR, V.; WALDROP-VALVERDE, D.; MAKI, P. M. Aging and Neurocognitive Functioning in HIV-Infected Women: A Review of the Literature Involving the Women's Interagency HIV Study. **Curr HIV/aids Rep.**, v. 13, n. 6, p. 399-411, 2016. doi: 10.1007/s11904-016-0340-x.

# CAPÍTULO 16

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ADOLESCÊNCIA

**Luanna Gomes de Almeida**  
**Alice da Silva Caminha**  
**Nathalia de Araújo Macedo**  
**Maysa Arlany de Oliveira**  
**Daniel Gomes de Lima**  
**Mônica Fonseca Leite**  
**Ana Beatriz de Sousa Morais**  
**Natácia Élem Felix Silva**

### RESUMO

Esta pesquisa objetivou descrever e discutir a Sistematização da Assistência de Enfermagem na prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica na adolescência, verificando a prevalência, fatores predisponentes e ações de intervenções para melhor controle da afecção. Trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, realizada no período de janeiro a abril de 2021. A busca ocorreu na Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde, Base de Dados de Enfermagem, *National Library of Medicine* e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, abrangendo o período de 2017 a 2021, com os descritores: Adolescência, Enfermagem, Hipertensão, Prevenção. Constituíram a amostra da presente pesquisa um quantitativo de 14 artigos. Os resultados sobre a assistência de enfermagem foram apresentados por meio de quadros informativos, com base no Processo de Enfermagem e suas etapas, sendo organizados em três quadros: coleta de dados de enfermagem (anamnese e exame físico); diagnósticos, planejamento e intervenções de enfermagem; e avaliação/evolução de enfermagem. Conclui-se que o enfermeiro é fundamental não só na prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica na adolescência, mas também no controle e tratamento, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem possibilitando ações assistenciais, gerenciais e educativas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência, Enfermagem, Hipertensão, Prevenção.

### INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, com alta prevalência na população. Definida como condição clínica multifatorial, configura-se pelo aumento sustentado da Pressão Arterial (PA), podendo acometer órgãos-alvo como: coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de alterações hormonais, metabólicas e tróficas. Assim, favorece o surgimento de eventos cardiovasculares fatais ou não-fatais, cuja prevalência aumenta com a idade, mas que tem grande relação com os hábitos adotados ainda na infância e adolescência (BRASIL, 2013).






Segundo Pereira et al. (2016), a hipertensão entre crianças e adolescentes apresenta tendência de crescimento, sendo diagnosticada cada vez mais frequente na adolescência. Tal feito pode estar associado a essa fase do ciclo da vida, marcada por transformações, experiências, descobertas e comportamentos que podem contribuir para a elevação da PA, devido aos hábitos de vida e fatores de riscos adotados, como: alimentação inadequada, estilo de vida sedentário, alcoolismo e insuficiência de atividade física, favorecendo o desenvolvimento da HAS ainda na adolescência podendo perdurar até a fase adulta.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, 2016) na grande maioria das situações, a hipertensão não tem uma causa conhecida. Atualmente pode ser dividida quanto a sua etiologia em primária ou essencial e secundária. A hipertensão primária é aquela sem causa esclarecida, relacionada a histórico familiar e a fatores ambientais e hábitos de vida, prevalentes em adolescentes, atingindo um número maior de pessoas. Já a secundária é quando há uma causa identificada, atribuída à doença de base ou causa subjacente, resultante de insuficiência renal, apneia do sono, hipotireoidismo, parênquima renal, doença arterial renal, coarctação de aorta, dentre outros, sendo mais prevalente em crianças e bebês.

Nos adolescentes, segundo *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and adolescents* (2004), define-se como hipertenso quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) ou a Pressão Arterial Diastólica (PAD) é superior ao percentil (p) 95, para sexo, idade e percentil da altura em pelo menos três ocasiões distintas, sendo normal p 90 ou menor e limítrofe p entre 90-95.

Para crianças de 13 anos ou mais, os parâmetros de PA reproduzem os de adulto, sendo considerado normal quando PAS <120 mmHg e PAD <80 mmHg, PA elevada quando sistólica entre 120-129 mmHg e diastólica <80 mmHg, hipertensão estágio 1 quando estiver com PA entre 130/80 mmHg e 139/89 mmHg e hipertensão estágio 2 quando PA  $\geq$  140/90 mmHg. A sua aferição deve ser feita a partir dos três anos de idade, de forma anual ou semestral, sendo recomendada também de forma frequente no espaço escolar (SBC, 2016).

No que tange ao tratamento da HAS por ser tratar de uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), o objetivo é reduzir a PA e complicações, podendo ser farmacológico quando há manifestações clínicas pertinentes, sendo prescritos fármacos como: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), Bloqueador do Receptor da Angiotensina (BRA), bloqueador dos canais de cálcio, diurético tiazídico, betabloqueadores; e métodos não



farmacológicos que inclui atividade física regular, controle do peso corporal, educação alimentar, dieta hipossódica dentre outros (KAUFMAN, 2019).

Desta forma, considerando-se que a HAS tem sua origem na infância, é fundamental o seu caráter preventivo e identificação precoce, de forma a propor medidas adequadas e eficientes para seu controle, na tentativa de reduzir as complicações tardias da doença, evidenciando o papel do profissional dos profissionais de saúde. Dentre esses, destaca-se o enfermeiro através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na triagem, identificação, prevenção, diagnóstico e tratamento adequado, contribuindo para atenuação das complicações cardiovasculares à longo prazo, com base em uma assistência sistematizada e integrada.

Com base nisso, o objetivo do presente estudo foi descrever e discutir a sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da HAS na adolescência, através da luz das literaturas, verificando a prevalência, fatores predisponentes e ações de intervenções para melhor controle dessa afecção neste grupo etário.

## **METODOLOGIA**

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se a pesquisa bibliográfica narrativa, com estudo descritivo que analisou artigos científicos. Diante do exposto, formulou-se como pergunta norteadora: “Como se dá a sistematização da assistência ofertada pelo enfermeiro na prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica na adolescência?”

Considerando o objeto do estudo, inicialmente os artigos referentes à temática abordada foram pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *National Library of Medicine* e na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), no período de janeiro a abril de 2021.

Como estratégia de busca, empregaram-se os Descritores de Ciência e Saúde (DeCS): Hipertensão, Adolescência, Enfermagem e Prevenção, cruzados através do operador *booleano AND*. Resultando-se em uma amostra inicial de 348 artigos potencialmente elegíveis. Partiu-se para a etapa de leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados, aplicando-se os critérios de inclusão

Após essa etapa da busca, procedeu-se a aplicação dos seguintes fatores de elegibilidade os critérios de inclusão: artigos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês, com recorte temporal de 2017 a 2021 e que respondam ao objetivo deste

estudo. Excluíram-se os editoriais, pictoriais, dissertações, teses, monografias, livros e artigos de periódicos não científicos; e artigos pagos.

Aplicados os critérios, 14 artigos respondiam à questão condutora do estudo e se adequavam aos critérios de inclusão. Após a seleção do material bibliográfico, prosseguiu-se com a interpretação e análise dos dados por meio da leitura dos artigos na íntegra, técnica de fichamento, proporcionando uma aproximação inicial do assunto. Sequencialmente procederam-se releituras objetivando uma análise interpretativa guiada pela questão condutora e posteriormente a discussão e construção da pesquisa.

## RESULTADOS

Após a análise e interpretação dos 14 artigos selecionados, os resultados sobre a SAE foram apresentados por meio de três quadros informativos, com base no Processo de Enfermagem (PE) e suas etapas: coleta de dados de enfermagem (anamnese e exame físico); diagnósticos, planejamento e intervenções de enfermagem; e a avaliação/evolução de enfermagem.

**Quadro 1:** Primeira etapa do Processo de Enfermagem.

Coleta de dados de enfermagem
<p><b>Anamnese</b> consiste na coleta de dados pessoais e de familiares o que inclui: idade, sexo, peso, hábitos alimentares e de vida (tabagismo, etilismo, drogas, atividades físicas), fatores socioeconômicos e genéticos, antecedentes familiares e pessoais, ocupação, uso de medicamentos e a avaliação de risco de doenças vasculares, com base no escore de Framingham, que analisa os exames clínicos e laboratoriais, dividindo-o em baixo, médio e alto risco, avaliando o risco cardiovascular em 10 anos.</p>
<p>Em relação ao <b>exame físico</b> avalia-se: peso e estatura, o índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, presença de edema em membros, sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura), com ênfase na PA, que deve ser realizada com técnica correta e nas melhores condições e exame de cabeça e pescoço, cardiovascular, pulmonar, abdominal, geniturinário e de extremidades, com base nos métodos propedêuticos: inspeção, palpação, percussão e ausculta.</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Quadro 2:** Segunda, terceira e quarta etapas do Processo de Enfermagem.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Disposição para controle de saúde aumentado	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Expresse desejo de melhorar a condição de saúde.</li> <li>-Expresse desejo em aumentar a compreensão do seu estado de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elogiar tentativas de enfrentamento e evolução do estado de saúde;</li> <li>-Encorajar o entusiasmo no regime terapêutico e a continuidade cuidado;</li> <li>-Explicar o regime medicamentoso de forma clara.</li> </ul>



Estilo de vida sedentário	<ul style="list-style-type: none"><li>-Espera-se que modifique seu estilo de vida.</li><li>-Crie uma rotina de atividade física.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Explicar sobre os benefícios do exercício físico e da importância da mudança no estilo de vida;</li><li>-Investigar as atividades físicas ou esporte de sua preferência;</li><li>-Identificar possíveis dificuldades para a realização das atividades físicas.</li></ul>
Padrão de sono prejudicado	<ul style="list-style-type: none"><li>-Verbalizar melhora no padrão de sono.</li><li>-Identificará estratégias apropriadas para promover o sono.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Identificar agentes causadores da insônia;</li><li>-Promover ambiente confortável, sem fatores estressantes;</li><li>-Realizar ações que reduzam o estresse, como: música, exercícios de relaxamento, massagem;</li><li>-Orientar a criar uma rotina e hábitos de sono;</li><li>-Avaliar o autocuidado;</li></ul>
Falta de adesão	<ul style="list-style-type: none"><li>-Espera-se que o paciente se conscientize da importância do tratamento.</li><li>-Expresse desejo em aderir o regime terapêutico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Explicar a importância do tratamento;</li><li>-Esclarecer as consequências da sua não adesão;</li><li>-Buscar e fornecer subsídios que atraia sua atenção e interesse pelo tratamento;</li><li>-Orientar o uso correto das medicações;</li></ul>
Manutenção ineficaz da Saúde	<ul style="list-style-type: none"><li>-Verbalize interesse em melhorar o comportamento de saúde.</li><li>-Apresente comportamentos de busca na melhora da saúde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Identificar os obstáculos na manutenção da saúde;</li><li>-Buscar junto ao paciente estratégias de sua escolha para despertar o interesse;</li><li>-Orientar cuidadores e familiares no auxílio à compreensão e manutenção da saúde;</li><li>-Estimular participação em grupos terapêuticos para troca de experiências;</li><li>-Realizar e anotar balanço hídrico;</li></ul>
Volume de líquidos excessivo	<ul style="list-style-type: none"><li>-Manterá o equilíbrio hídrico.</li><li>-Apresentará sinais de volume de líquido normal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Orientar a família e paciente a reconhecer o excesso de líquidos como: edema e eliminação urinária diminuída;</li><li>-Orientar a registrar a ingestão e eliminação de líquidos;</li></ul>



		<ul style="list-style-type: none"><li>-Orientar restrição de sal;</li><li>-Pesar diariamente;</li><li>-Monitorar Sinais Vitais (SSVV);</li><li>-Monitorar balanço hídrico;</li></ul>
Débito cardíaco diminuído	<ul style="list-style-type: none"><li>-Apresente um débito cardíaco adequado.</li><li>-Preserve a função cardíaca.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar cuidador e paciente para atentar à coloração da pele e extremidades, e reconhecer os sinais de diminuição do débito cardíaco;</li><li>-Monitorar saturação de oxigênio;</li><li>-Controlar HAS;</li><li>-Monitorar as extremidades quanto às áreas cianóticas e frias;</li></ul>
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	<ul style="list-style-type: none"><li>-Manter fluxo sanguíneo pérvio.</li><li>-Apresentará melhora na perfusão.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Observar sensibilidade periférica;</li><li>-Verificar presença e ritmo do pulso;</li><li>-Monitorar a presença de parestias;</li></ul>
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ingestão de alimentado de acordo com a diária recomendada.</li><li>-Modifique os hábitos alimentares.</li><li>-Expresse desejo de melhorar a nutrição.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Explicar sobre as consequências da alimentação exacerbada;</li><li>-Orientar a inserir em seu cardápio suas preferências alimentares de forma fracionada;</li><li>-Orientar a importância da diminuição de ingestão de alimentos ricos em sódio e gorduras;</li><li>-Encaminhar para o serviço de nutrição para reeducação alimentar;</li></ul>
Risco de Glicemia Instável	<ul style="list-style-type: none"><li>-Apresente níveis de glicemia estáveis.</li><li>-Não desenvolva complicações glicêmicas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar quanto a importância de controle da glicemia capilar;</li><li>- Instruir a identificar os sinais de hiperglicemia ou hipoglicemia;</li><li>-Orientar sobre a importância da atividade física para controle do nível glicêmico e da PA;</li><li>-Orientar uma dieta pobre em açúcar, refrigerantes e guloseimas;</li><li>-Avaliar o nível de conhecimento acerca do processo de saúde;</li></ul>



Conhecimento deficiente	-Verbalize compreender a sua doença.	-Esclarecer dúvidas sobre a doença de forma compreensível;
	-Interprete e descreva corretamente as orientações.	-Realizar <i>feedback</i> sobre as informações relatadas;
		-Ensinar a reconhecer os sinais e sintomas da elevação da PA;

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

**Quadro 3:** Quinta e última etapa do Processo de Enfermagem.

Avaliação/ Evolução de enfermagem
Avalia-se a necessidade de mudanças ou adaptações no PE, com base no quadro clínico do paciente após os cuidados ofertados, analisando a necessidade de manutenção ou reavaliação do plano de cuidados, o que pode incluir ou alterar novos diagnósticos de enfermagem, e exclusão ou inclusão das intervenções estabelecidas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

## DISCUSSÃO

De acordo com a Resolução 358/2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe, sobre a SAE, uma metodologia respaldada cientificamente que organiza o serviço de enfermagem, direcionando uma proposta de atendimento e cuidado, operacionalizado por meio do PE, instrumento metodológico, deliberado, sistemático e privativo do enfermeiro, organizado em fases para gerenciar cuidados, devendo ser implementado em todos os ambientes públicos e privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, sendo registrado no prontuário do paciente.

Em seu estudo, Ribeiro et al. (2020) dispõem que o PE se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O diagnóstico, os resultados esperados e as intervenções, são baseados em taxonomias padronizadas e embasadas por evidências, possuindo diferentes sistemas de classificação, como a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Interventions Classification* (NIC), a *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Segundo Alves, Betat e Schuh (2017), em relação a primeira fase, o enfermeiro deve a partir da consulta de enfermagem investigar sobre a vida do paciente, através da entrevista, observação e exame físico, de forma a obter todas informações possíveis e a identificar como






seu comportamento de vida adotado pode influenciar na aquisição da HAS, além de possibilitar a formação de um vínculo que transmita ao paciente a sensação de confiança e acolhimento para relatar seus problemas de saúde. Essa etapa é primordial e deve ser realizada de forma fidedigna já que subsidia as informações necessárias para as demais fases.

Partindo para segunda fase, após colhido as informações na primeira etapa, serão identificados os diagnósticos de enfermagem do indivíduo, família ou comunidade que são julgamentos clínicos com base nas características definidoras e os fatores relacionados, através das respostas do indivíduo e na identificação dos problemas ou fatores que predisponham o surgimento da HAS, podendo ser reais (presente) ou potenciais (futuro), elaborados de acordo com o NANDA *International*, servindo de base para os resultados e intervenções (QUEIROZ et al., 2020).

Após identificado os diagnósticos de enfermagem procede-se com a terceira fase, o planejamento, que se caracteriza pela elaboração dos resultados que se espera alcançar de cada diagnóstico elencado no plano de cuidado, tidos como metas ou objetivos, que serão executados nas intervenções de enfermagem, permitindo avaliar posteriormente se os resultados esperados foram alcançados ou não, sendo a classificação da NOC a mais utilizada nesse processo (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

A partir daí, segue-se então a implementação. Essa fase diz respeito a prescrição dos cuidados pelo enfermeiro e sua execução, de acordo com a necessidade de cada paciente, e direcionado a cada diagnóstico identificado, sendo implementado pelo paciente, cuidador, familiares e equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), de modo a reduzir, solucionar ou eliminar os fatores que contribuem para o processo de saúde-doença do paciente, a fim de que os resultados esperados sejam efetivamente atingidos, sendo o NIC o mais utilizado para elaboração das intervenções (SILVA; SILVA, GONZAGA, 2017).

De acordo com Martins, Ferronato e Silva (2018), a fase de avaliação, a última nessa etapa, consiste na verificação da resposta do paciente aos cuidados ofertados, de forma deliberada, sistemática e contínua, ou seja, se o paciente respondeu positivamente ou negativamente as intervenções de enfermagem, mediante os registros realizados, observações ou relatos diários do paciente e envolvidos, determinando assim se os resultados esperados foram alcançados ou não, ou se novos dados foram apresentados, e a partir daí analisar de existe a necessidade de se aprimorar ou redimensionar as intervenções elaboradas.



Diante disso, vê-se que a SAE e PE configuram-se uma ferramenta planejada, crítica e científica, que objetiva estabelecer uma linguagem padrão para descrever a prática de enfermagem, de forma a facilitar a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais, e nortear a tomada de decisões de forma objetiva, permitindo o pensamento crítico e reflexivo e uma assistência eficaz e de qualidade (RAMOS; RODRIGUES; GONZAGA, 2018).

Contudo, vale destacar que segundo Campos, Rosa e Gonzaga (2017a), a SAE juntamente com PE, ainda é pouco utilizada nos serviços de saúde, enfrentando dificuldades na sua implementação devido alguns fatores pessoais, profissionais e organizacionais, como: falta de tempo dos profissionais, escassez de ferramentas e recursos materiais, necessidade de capacitação e formação contínua, resistência da equipe e normas e políticas do serviço, o que implica em um processo ritualizado e não reflexivo, o que exige do profissional esforço e dedicação para sua elaboração e execução.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto percebeu-se que o enfermeiro é fundamental não só na prevenção da HAS na adolescência, mas também no seu controle e tratamento. A SAE e o PE que possibilitam ações assistenciais, gerenciais e educativas ao paciente assistido, com base em uma adoção de estilo de vida saudável, evitando condições que favoreçam a instalação da HAS, prevenindo maiores danos no futuro, e por isso a importância de se conhecer as atribuições do enfermeiro e da sua instituição na prática.


Ademais, este estudo oferece dados para a elaboração de um instrumento de cuidados na prevenção da hipertensão na adolescência, objetivando-se facilitar direcionamento no planejamento da assistência e conduzir investigações científicas. Dessa forma, promove-se visibilidade a temática e contribui para compreensão de fatores relacionados a doença, de forma a prestar uma assistência segura, holística e humanizada.

## REFERÊNCIAS

ACKLEY, B. J. *et al.* Manual de diagnóstico de enfermagem, reimpressão revisada com 2021-2023 NANDA-I® Updates-E-Book. **Elsevier Ciências da Saúde**, 2021.

ALVES, J. V.; BETAT, J. A. M.; SCHUH, L. X. O exame físico e a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista das Semanas Acadêmicas**, 4(6):2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.



BRITO, B. B. de *et al.* Doenças cardiovasculares: fatores de risco em adolescentes. **Cogitare Enferm.**, 21(2):01-08, 2016.

CAMPOS, N. P. dos S.; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. N. Dificuldades na implementação da sistematização de enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, 9, 2017a.

CAMPOS, N. P. S.; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. Exame físico cardíaco em enfermagem. **Rev. Saúde em Foco**, 9, 2017b.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html). Acesso em: 10 mar. 2021

CORREA, J. L. *et al.* Fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes: uma análise sobre a importância da enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, 12(11), 2018.

CORREIA, V. G. A. *et al.* Assistência de enfermagem à pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica. **J Health Sci Ins**, 37(1):93-, 2019.

FERNANDES, B. C. *et al.* Importância do reconhecimento precoce da hipertensão arterial em crianças e adolescentes: a função da enfermagem no monitoramento ambulatorial. **Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas**, 4(2)89-101, 2020.

FIGUEIRINHA, F.; HERDY, G. V. H. Hipertensão Arterial em Pré-Adolescentes e Adolescentes de Petrópolis: Prevalência e Correlação com Sobrepeso e Obesidade. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 30(3):243-250, 2017.

GONÇALVES, A. P. A. A. *et al.* A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no atendimento domiciliar ao paciente portador de hipertensão e insuficiência cardíaca. **Revista Saúde em Foco**, 9, 2017.


KAUFMAN, A. **Manual de Orientação Hipertensão arterial na infância e adolescência**. 2ª ed. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

LEAL, F. K. F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de adolescentes escolares. **Rev enferm UFPE on line**, 10(Supl. 4):3576-84, 2016.

LIMA, C. C. *et al.* Diagnósticos de enfermagem identificados em sujeitos portadores de hipertensão arterial. **Enfermagem Brasil**, 16(5):267-75, 2017.

MARQUES, J. de A. *et al.* Estilo de vida de adolescentes como indicador de risco para hipertensão arterial sistêmica em uma escola estadual do município de aldeias altas – MA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 8(3):930-937, 2018.

MARTINS, L. S.; FERRONATO, C. C. S.; SILVA, T. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídio para autonomia do enfermeiro. **Rev. Saberes Unijipa**, 8(1):119-1134, 2018.



NATIONAL High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. **Pediatrics.**, 114(2 Suppl 4th Report):555-76, 2004. PMID: 15286277.

OLIVEIRA, L. J. de *et al.* Identificação de fatores de risco para a hipertensão arterial na adolescência através do rastreamento escolar. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, 11(1):63–76, 2021.

PEREIRA, F. E. F. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial em escolares brasileiros: uma revisão sistemática. **Nutr Clín Diet Hosp**, 36(1):85-93, 2016.

PINTO, E. S. O.; RODRIGUES, W. N. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária a pessoas portadoras de hipertensão arterial. **Revista Nursing**, 21(237): 2036-2040, 2018.

QUEIROZ, A. G. S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da NANDA internacional para sistematização da assistência de enfermagem a COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**, 8(1):1-6, 2020.

RAMOS, J. H. F.; RODRIGUES, R. da C.; GONZAGA, M. F. N. Origem e importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **Revista em Foco**, 10, 2018.

RIBEIRO, R. V. *et al.* A pesquisa-ação na reconstrução do conhecimento de enfermeiros sobre processo de enfermagem na área hospitalar. **New Trends in Qualitative Research**, 3:423-436, 2020.

SANTOS, M. A. P.; DIAS, P. L. M.; GONZAGA, M. F. N. Processo de enfermagem sistematização da assistência de enfermagem–SAE. **Saúde em Foco**, 9:679-683, 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 107(3):1-103, 2016.

SILVA, J. da; SILVA, J. J. da; GONZAGA, M. F. N. Etapas do Processo de Enfermagem. **Revista Saúde em Foco**, 9, 2017.

# CAPÍTULO 17

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À HEMORRAGIA PÓS-PARTO

**Natácia Élem Felix Silva**  
**Daniel Gomes de Lima**  
**Mônica Fonseca Leite**  
**Cynthia Gondim Pereira Calou**  
**Dayanne Rakelly de Oliveira**  
**Glauberto da Silva Quirino**  
**Maria de Fátima Esmeraldo Ramos Figueiredo**  
**Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz**

### RESUMO

Esta pesquisa objetivou discorrer sobre assistência de enfermagem prestada à puérpera com hemorragia pós-parto utilizando a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta de cuidado. Trata-se de uma pesquisa narrativa com abordagem descritiva realizada no período de abril a junho de 2021. Foram incluídos artigos de pesquisa original, com texto completo na língua portuguesa, publicados entre 2010 a 2020. Excluíram-se os editoriais, pictoriais, dissertações, teses, monografias, livros e artigos de periódicos não científicos; e artigos pagos. Portanto, contabilizou-se amostra de 8 artigos. Todas as publicações abordaram a hemorragia pós-parto em decorrência de atonia uterina, evidenciando a Sistematização da Assistência de Enfermagem e o Processo de Enfermagem como recurso para a identificação precoce da sua ocorrência, reconhecimento dos sinais de gravidade, prevenção de complicações, bem como os cuidados a serem implementados. A partir da leitura dos estudos emergiram duas categorias elencadas: Atuação do enfermeiro e a assistência de enfermagem frente à hemorragia pós-parto; e Sistematização da Assistência de Enfermagem como ferramenta de cuidado frente à hemorragia pós-parto. Diante das considerações expostas, afirma-se a importância do preparo adequado da equipe de enfermagem frente hemorragia pós-parto, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem ferramenta para estabilização e reversão do quadro clínico.


**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado de Enfermagem, Hemorragia Pós-Parto; Hemorragia Uterina.

### INTRODUÇÃO

A hemorragia pós-parto (HPP) é uma das principais causas de morte materna, com uma prevalência estimada em 6% no mundo. No Brasil, entre 2000-2009, a taxa de mortalidade materna era de 54,83 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, sendo a HPP a quarta principal causa (BRAZ et al., 2019). A HPP é considerada uma das principais complicações obstétricas, contudo é uma condição prevenível e tratável (SANTOS et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), a HPP é definida pela perda de mais de 500 ml de sangue após o parto vaginal e mais de 1000 ml após cesariana. Pode ser





classificada ainda em primária, quando ocorre nas primeiras 24 horas após o parto e secundária quando a hemorragia acontece após 24 horas ou até seis semanas após o parto (OPAS, 2018; BRASIL, 2022). A atonia uterina (AU) é principal causa de HPP e pode chegar a 80% dos casos; seguida da retenção de restos placentários ou coágulos, esta considerada a segunda principal causa (COELHO et al., 2021).

Durante o trabalho de parto (TP), ao longo do período expulsivo, a ocitocina, assim como as prostaglandinas desempenham um papel fundamental no estímulo das contrações necessárias à expulsão do feto. Após o desprendimento da placenta, as fibras musculares miométriais se contraem de forma a comprimir os vasos sanguíneos expostos no leito placentário. Essa condição de contração generalizada do útero é definida pelo Globo de Segurança de Pinnard (GSP) (FEBRASGO, 2010; HOFFMAN, 2014; MACEDO et al. 2018).


Assim, a AU é um estado de contratilidade inadequada da musculatura uterina no período de pós-parto imediato (BRAZ et al., 2019). Ou seja, o útero encontra-se amolecido e subinvoluído, isto é, não se vê o GSP. Certas condições como multiparidade, uso prolongado de ocitocina, anestesia geral, infecção intrauterina, condições associadas ao supercrescimento uterino (a gestação múltipla, macrossomia fetal, polidrâmnio e fibrose uterina) são fatores de risco para o desenvolvimento da AU (MACEDO et al., 2018).

Para identificar precocemente a AU é importante a verificação do tônus uterino através da palpação abdominal logo após expulsão do feto (OMS, 2014). Havendo suspeita dessa causa, é necessário tomar medidas imediatas. Para tal, existem medidas farmacológicas, através dos uterotônicos; não farmacológicas, pela estimulação da contração miométrial através de massagem uterina e cirúrgicas (MACEDO et al., 2018). Ao insucesso do tratamento medicamentoso, o balão de tamponamento intrauterino é uma alternativa (SUAREZ et al., 2020). Caso a paciente não receba tratamento precoce e ágil, pode evoluir para uma descompensação hemodinâmica e posterior ao óbito.

Órgãos orientadores têm introduzido o termo “hora de ouro”, o qual se refere a estratégia de controle do sítio hemorrágico dentro da primeira hora a partir do seu diagnóstico. Busca a intervenção precoce, agressiva e oportuna, objetivando reduzir a morbimortalidade relacionada aos atrasos de abordagem a paciente com HPP (OPAS, 2018).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), as principais estratégias propostas para a prevenção da HPP são: a conduta ativa no terceiro período do TP e a massagem uterina periódica (a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas do pós-parto). O manejo





ativo do 3º período do TP inclui: profilaxia medicamentosa com ocitocina; clampeamento oportuno do cordão umbilical; tração controlada do cordão umbilical associada à Manobra de Brandt Andrews. Essa técnica deve ser realizada por profissional experiente, uma vez realizada indevidamente pode ocasionar inversão uterina.

Portanto é fundamental o conhecimento dos métodos e medidas de intervenção pela equipe a qual assiste a mulher. Nesse cenário, o enfermeiro tem papel fundamental na avaliação dos fatores de risco e clínica da paciente para evitar acontecimentos indesejáveis no parto e pós-parto (PP); deve estar atento principalmente a primeira hora PP, realizando algumas condutas como examinar a placenta, cordão umbilical e membranas, logo após a expulsão, averiguando a integridade e assegurando que não foram deixados restos na cavidade uterina; e verificar os sinais vitais. É primordial que o profissional saiba reconhecer a causa da hemorragia puerperal e utilizar medidas corretivas como o uso de ocitocina, hidratação venosa e massagem uterina (BELO HORIZONTE, 2015; GOMES; SANTOS, 2017).

Um instrumento que subsidia meios para o enfermeiro realizar o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidados direto e indireto ao paciente é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é uma metodologia criada com intuito de organizar a prática de enfermagem durante os cuidados ao paciente (CARVALHO; BACHION, 2009).


Neste contexto, ressalta-se a importância da educação continuada aplicada à equipe de enfermagem, considerando que os profissionais estão inseridos na prática do serviço. É primordial a atualização e ampliação dos conhecimentos da equipe, pois se faz necessário profissionais capacitados e capazes de introduzir a SAE para assistir as necessidades de saúde da mulher e do serviço (MARCONDES et al., 2015).

Diante do exposto, objetivou-se discorrer sobre assistência de enfermagem prestada à puérpera com HPP utilizando a SAE como ferramenta de cuidado.

## **METODOLOGIA**

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se pesquisa narrativa (GIL, 2002) com abordagem descritiva. De acordo com Rother (2007) são publicações amplas e adequadas para descrever e discutir o desenvolvimento de estudos sobre determinado assunto, diante do ponto de vista teórico e conceitual.

Nesse sentido, a pergunta de pesquisa utilizada foi: Quais as implicações da SAE à puérpera com HPP?



Os estudos referentes à temática abordada foram pesquisados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados e bibliotecas *Medical Literature Analyses and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Cumulative Index to Nursing and Allied health Literature* (CINAHL) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no período de abril a junho de 2021.

Para tanto, utilizou-se os seguintes descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidado de Enfermagem”, “Hemorragia Pós-Parto” e “Hemorragia Uterina”, cruzados através do operador booleano *AND*.

Incluíram-se artigos classificados como de pesquisa original, com texto completo disponível na língua portuguesa, publicados entre o período de 2010 a 2020 e que faziam referência ao tema abordado. Excluíram-se os editoriais, pictoriais, dissertações, teses, monografias, livros e artigos de periódicos não científicos; e artigos pagos.

Aplicados os critérios de elegibilidade, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, selecionando uma amostra de 8 publicações para a composição dos resultados.


De posse dos trabalhos completos, passou-se à etapa seguinte: leitura minuciosa na íntegra de cada artigo, visando ordenar e sistematizar as informações necessárias para a construção da pesquisa bibliográfica. O material selecionado passou pela técnica de fichamento, proporcionando uma aproximação inicial com o assunto. Sequencialmente procederam-se releituras objetivando a análise interpretativa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Das publicações encontradas (n=183), pré-selecionadas (n=12) e oito (n=8) publicações foram incluídas nesta revisão por serem pertinentes ao tema proposto. Todas abordaram a HPP em decorrência de AU, evidenciando a SAE e o Processo de Enfermagem (PE) como recurso para a identificação precoce da sua ocorrência, reconhecimento dos sinais de gravidade, prevenção de complicações, bem como os cuidados a serem implementados. A partir da leitura dos estudos emergiram duas categorias elencadas abaixo.

### **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

Sabe-se que a enfermagem se constitui em um importante componente da equipe de saúde que presta assistência às mulheres no período gravídico-puerperal, sendo o enfermeiro



responsável por gerenciar e administrar as ações de enfermagem, bem como assistir e intervir através da implementação do cuidado de enfermagem.

O profissional exerce ainda papel decisivo na identificação precoce de eventos que possam resultar em complicações, objetivando resguardar a integridade e a saúde das pacientes desde o pré-natal, bem como favorecendo subsídios ao parto normal, avaliação da classificação de risco, intervenção sobre possíveis complicações, implementando assim a promoção da saúde materna (MAYAN et al., 2018).

A Resolução 223/1999 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1999), dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, na qual abrange a oferta de cuidados à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, da admissão até a alta, adotando os procedimentos necessários que garantam humanização e segurança ao binômio mãe-filho.

O parto é, portanto, um fenômeno fisiológico, estando o enfermeiro apto a acompanhar a sua evolução, bem como identificar situações de emergência que demandem intervenções em conformidade com a sua capacidade técnico-científica. Estes profissionais devem garantir, inclusive, a continuidade dos cuidados no PP imediato, estando atentos às puérperas, uma vez que é neste período em que podem ocorrer algumas complicações como a HPP, dentre outras relacionadas ao TP (DIAS; PEREIRA; CABRAL, 2019).

Dentre as ações do enfermeiro, os estudos analisados apontam a importância de uma anamnese detalhada, que inclua histórico de comorbidades, uso de medicamentos e antecedentes gineco-obstétricos possibilitando a identificação precoce de fatores de risco anteparto e intraparto para a ocorrência de HPP decorrente de AU. Pontuam ainda a realização de exame físico minucioso identificando-se sinais e sintomas que indiquem anormalidade e que demandem intervenções rápidas e eficazes (DIAS; PEREIRA; CABRAL, 2019).

Os estudos enfatizam ainda a importância da educação continuada, objetivando a capacitação dos profissionais que prestam assistência à mulher nas maternidades no período do parto e do PP, atentando-se à observação e monitorização sistemáticas e para o manejo clínico adequado, a partir do uso de protocolos fundamentados em evidências científicas, além de uma organização adequada dos serviços para atendimento ao parto. Portanto, uma equipe atenta e a prestação de um modelo de cuidados contínuos são imprescindíveis para a prevenção, detecção precoce e controle da HPP, impactando na redução da morbimortalidade materna (MARTINS, 2014; RANGEL et al., 2019; TEIXEIRA et al., 2019).



Diante disso, a enfermagem pode intervir em situações de HPP por AU, traçando assim diagnósticos e intervenções pertinentes a cada caso, facilitando a criação do plano de cuidados.

## **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE CUIDADO FRENTE À HEMORRAGIA PÓS-PARTO**

A SAE apresenta-se como ferramenta de cuidado a puérpera em situação de HPP, partindo da premissa que ela é um instrumento do processo assistencial do enfermeiro que visa fornecer uma qualidade assistencial pautada em evidências científicas (TORRES et al., 2011; VIEIRA et al., 2018). Considerando que é uma metodologia que possui diversas abordagens que inclui a comunicação, além do gerenciamento de aspectos assistenciais.

Vale destacar que a SAE se destina a diversos modos de SAE, entre os quais os protocolos, a padronização de procedimentos, o plano de cuidados e o PE se fazem presentes (DIAS; PEREIRA; CABRAL, 2019). Os diferentes métodos de se desenvolver os cuidados não são modalidades excludentes, e existem na perspectiva oferecer meios para solucionar uma situação problema e alcançar resultados positivos.

De acordo com Andrade (2015), a identificação de fatores de risco para HPP, nos momentos anteparto e intraparto, são fundamentais para prevenir esse agravo. Nessa perspectiva, a utilização do PE apresentar-se como uma poderosa ferramenta. O PE inclui cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções de enfermagem e avaliação (SANTOS et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2021).

Dentre o PE, traçar diagnósticos e suas possíveis intervenções são de suma importância durante assistência de enfermagem no puerpério imediato frente ao risco de HPP (ANDRADE, 2015). Nesse sentido, para traçar os diagnósticos de enfermagem é fundamental a utilização da taxonomia *North American Nursing Diagnosis Association International* (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), e para definição das intervenções de enfermagem a Classificação das Intervenções de Enfermagem (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). Alguns dos possíveis diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções para uma puérpera com HPP foram traços e estão dispostos no Quadro 01.

**Quadro 01:** Diagnósticos de Enfermagem e suas possíveis Intervenções de Enfermagem frente a HPP.

<b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Débito cardíaco diminuído relacionado à alteração do volume sistólico	-Monitorizar a paciente; -Verificar e conter a quantidade de sangramento; -Administrar hemoderivados se necessário e segundo prescrição médica.
Risco de choque relacionado à hipovolemia	-Puncionar dois acessos venosos calibrosos; -Realizar intervenção de contenção do sangramento; -Instalar reposição hídrica; -Monitorizar a paciente; -Fazer balanço hídrico.
Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a volume de líquidos deficientes.	-Monitorar níveis de eletrólitos séricos; -Monitorar os sinais vitais a cada 15 minutos; -Verificar a quantidade do sangramento; -Realizar reposição hídrica.
Confusão aguda relacionada à desidratação.	-Verificar a quantidade de sangramento; -Realizar intervenção de contenção do sangramento; -Após estabilização manter a paciente informada da sua situação clínica.
Sentimento de impotência relacionado à doença	-Após estabilização do quadro estimular, através do contato pele a pele, a relação mãe-bebê.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2021.

O uso da SAE e do PE trazem inúmeras vantagens para prestação da assistência de enfermagem a puérpera de forma sistematizada e com qualidade, considerando que os mesmos possuem ferramentas que possibilitam relacionar a situação clínica com as suas possíveis intervenções, em busca de um desfecho do quadro clínico que seja favorável a saúde da paciente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das considerações expostas, é possível afirmar a importância do preparo adequado da equipe de enfermagem frente a um quadro de HPP, sendo a SAE uma ferramenta poderosa para estabilização e reversão do quadro clínico. Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade da incorporação na prática e treinamento da equipe de enfermagem no intuito de promover uma melhora na qualidade do atendimento durante o puerpério imediato, proporcionando conforto e evitando intercorrências graves, como a HPP.



## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. F. S. **Assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto imediato**. 2015. 68f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Mindelo Escola Superior de Saúde, Mindelo, 2015.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência ao Parto e Nascimento - Diretrizes para o cuidado multidisciplinar**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2015. 33 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- BRAZ, H.; RUAS, M.; MORALES, B. P.; TELLES, C. V.; CAETANO, K. S.; COSTA, G. V.; GAMA, G. Profilaxia e tratamento para atonia uterina: misoprostol x ocitocina. **Revista Cadernos de Medicina**, vol. 2, n. 3, 2019.
- BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Tradução Soraya Imon de Oliveira *et al.* 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978 92 4 854850 5
- CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem - intenção de uso por profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]**, vol. 11, n. 3, p. 466, 2009.
- COELHO, L. R. P.; MORAES, G. B. P. M.; BRAGA, M. S.; VILELA, T. M.; TRINDADE, A. V. M.; LAIZO, I. C. T.; NASCIF, M. C. N.; DRUMOND RIBEIRO, H. D. Relato de caso: atonia uterina. **Brazilian Journal of Development**, vol. 7, n. 4, p. 43687-43694, 2021.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 223/1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 1999. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999\\_4266.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html). Acesso em: 29 jun. 2021.
- DIAS, S.; PEREIRA, A. K. S; CABRAL, A. L. M. Hemorragia pós-parto imediato: atuação da equipe de enfermagem. **Revista Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula**, p. 64-77, 2019. ISSN 2447-2131
- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. 2010. 186 p.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, G. F.; SANTOS, A. P. V. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, vol. 6, n. 2, p. 211-220, 2017.
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificações 2018-2020**. Tradução Regina Machado Garcez. 11 ed, Porto Alegre: Artmed, 2018. ISBN 978-85-8271-504-8





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

MACEDO, P. C.; LOPES, H. H. Hemorragia pós-parto: um artigo de revisão. **Revista de Patologia do Tocantins**, vol. 5, n. 3, p. 59-64, 2018.

MARCONDES, F. L.; TAVARES, C. M. M.; SANTOS, G. S. S.; SILVA, T. N.; SILVEIR, P. G. S. Capacitação profissional de enfermagem na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. **Revista PróUniverSUS**, vol. 6, n. 3, p. 09-15, 2015.

MARTINS, H. E. L. **Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto**. 2014. 184 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MAYAN, S. M. G; SANTANA, V. P; PAZ, C. T; GRAMACHO, R. C. C. V. A enfermagem obstétrica na prevenção de óbitos por atonia uterina: uma discussão sobre as condutas da enfermagem. **Textura**, vol. 11, n. 20, p. 9-20, 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Organização mundial de saúde, 2014. ISBN 978 92 4 854850 5

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2018. ISBN: 978-85-7967-124-1

RANGEL, R. C. T; SOUZA, M. L; BENTES, C. M. L; SOUZA, A. C. R. H; LEITÃO, M. N. C; LYNN, F. A. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 27, n. e3165, 2019.


ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 20, n. 2, p. 5-6, 2007.

SANTOS, E. T.; AZEVÊDO, A. N. R.; OLIVEIRA, B. A.; RODRIGUES, D. O.; SINÉSIO, E. C.; RODRIGUES, L. A. C.; COSTA, P. P.; BRITO, R. A.; SANTOS, R. S.; COSTA, R. G. R.; CARNIB, S. R. B.; LUZ, S. S.; COELHO, W. C.; SILVA, Y. M. R. S.; MORAIS, Y. K. F.; ARAÚJO, Y. B. L. R. Manejo clínico da hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, vol. 27, n. 3, p.125-131, 2019.

SANTOS, M. G.; BITENCOURT, J. V. O.; SILVA, T. G.; FRIZON, G.; QUINTO, A. S. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enfermagem em Foco**, vol. 8, n. 4, p. 49-53, 2017.

SUAREZ, S.; AGUDELO, C. A.; PINHEIRO, B. A.; REBLING, S. D.; ECKARDT, M.; THERON, G.; BURKE, T.F. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 222, n. 4, p. 293, 2020.

TEIXEIRA, L. N. A.; SILVEIRA, A. E. L.; PORTELA, L. P.; NEGREIROS, F. S., JÚNIOR, V. A. C., SANTOS. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, vol. 4, n. 3, p. 10420-10431, 2021.



TEIXEIRA, P. C; SIMÕES, M. M. D; SANTANNA, G. S; TEIXEIRA, N.A; KOEPPE, G. B; CERQUEIRA, L. C. N. Cuidados de enfermagem no período pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro diante as complicações puerperais **Nursing (São Paulo)**, vol. 22, n. 259, p. 3436-3446, 2019.

TORRES, E.; SILVINO, Z. R.; CHRISTOVAM, B. P.; ANDRADE, M.; FULY, P. C. S. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, vol. 15, n. 4, p. 730-736, 2011.

VIEIRA, S. N.; VIDIGAL, B. A. A.; INÁCIO, A. S.; NORTE, A. D. S. D.; VASCONCELOS, M. N. G. Avaliação da assistência de enfermagem na hemorragia pós-parto. **Rev. enferm. UFPE on line**, vol. 12, n. 12, p. 3247-3253, 2018.

# CAPÍTULO 18

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS CASOS DE COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES NA LINHA DE FRENTE

**Osdete Correa de Carvalho**  
**Alrislene Paulino de Souza Cardoso**  
**Amanda Beatriz Araújo de Oliveira**  
**Caroline de Masceno Elias**  
**Juliana Alves Simplicio**  
**Janaina Silva Andrade de Oliveira**  
**Pâmella Polastro Braga Amaral**  
**Robert dos Santos Bergamini**

### RESUMO


Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico da COVID-19, doença causada pelo coronavírus, em profissionais da enfermagem no Brasil, no período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021. Trata-se de um estudo transversal e os dados foram extraídos do Observatório da Enfermagem, plataforma criada pelo Conselho Federal da Enfermagem. Foram confirmados 30.469 casos de COVID-19 entre os profissionais da enfermagem no período de estudo. O maior número de casos foi registrado na região nordeste (27,21%), o maior número de óbitos na região norte (233) e maior letalidade na região norte (5,42%). O sexo feminino foi o mais acometido (543). 41,40% dos profissionais infectados apresentavam idade entre 31 e 40 anos. A letalidade foi maior para indivíduos de 71 a 80 anos (44,73%). A incidência aumentou no mês agosto de 2020, e foi para 232,88 para cada 100 mil profissionais o risco de contaminação. Conclui-se que a letalidade aumentou de acordo com a idade e que houve um aumento da incidência e redução no número de óbitos de profissionais de enfermagem infectados com COVID-19.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. SARS-CoV-2. Óbitos. Ocorrência. Taxa de letalidade.

### INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), o popular coronavírus, teve seu primeiro caso registrado na cidade de Wuhan, China (KANG *et al*, 2020). Quase dois meses após o primeiro registro, a China já havia acumulado 75.000 casos. O aumento exponencial das notificações em todo o mundo e a comprovada gravidade da doença, cooperou para que em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificasse a atual situação global ocasionada pelo vírus como uma pandemia (FORTE; PIRES, 2020). Até o dia 01 de setembro de 2021, o Brasil já havia acumulado 20.776.870 casos e registrado 580.413 óbitos pela doença (BRASIL, 2021a).

O coronavírus é comum entre animais. O SARS-CoV-2 é zoonótico, característica que permite a transmissão de animais para a espécie humana. Sendo assim, a explicação mais aceita



sobre a origem do vírus SARS-CoV-2 é a transmissão do vírus de animais silvestres após sofrer mutação genética para humanos, fenômeno nomeado transbordamento zoonótico, constatado na maioria dos vírus. A hipótese é a mais aceita, devido a semelhança do material genético do SARS-CoV-2 com o coronavírus do tipo SARS-CoV-2 de morcegos (ANDERSEN *et al*, 2020 [traduzido pelas autoras]).


Os vírus pertencentes à família do coronavírus possuem quatro subgrupos, que são alfa ( $\alpha$ ), beta ( $\beta$ ), gama ( $\gamma$ ) e delta ( $\delta$ ). Constatou-se que o responsável pelas primeiras infecções em Wuhan foi o vírus do grupo beta ( $\beta$ ). Análises em microscópio eletrônico permitiram observar que o coronavírus é envelopado, possui RNA de fita simples positivo, e algumas projeções semelhantes a uma coroa, o que inspirou o nome coronavírus (GOMES *et al*, 2020).

Para que consiga infectar células humanas, o coronavírus conta com a glicoproteína Spike, presente em seu envoltório. A proteína apresenta 2 domínios de ligação, o S1 e o S2. Através do domínio S1, o vírus é fixado no receptor da membrana celular (proteína conversora de angiotensina II), e para que a membrana do vírus se funda com a célula humana, conta-se com o auxílio do domínio S2 (GOMES *et al*, 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, principalmente, por meio de aerossóis. Experimentos em laboratório constataram que permanece infeccioso no ar por até 3 horas. Também pode ocorrer por meio de aperto de mão contaminada, contato com objetos contaminados e posterior contato com nariz, boca ou olhos. A transmissão é maior em ambientes internos. A transmissão assintomática é responsável por menos de um terço de toda a transmissão global (GREENHALGH *et al*, 2021 [traduzido pelas autoras]).

O período médio de incubação do SARS-CoV-2 é de 6,38 dias, variando de 2,33 a 17,60 dias, em aproximadamente 95% dos casos. A infecciosidade diminui a quase zero após dez dias em pacientes leves e após 15 dias em pacientes gravemente enfermos ou imunossuprimidos (ELIAS *et al*, 2021 [traduzido pelas autoras]). Após a positividade do exame, o indivíduo passa a ser monitorado por 14 dias. Se após esse período de isolamento, se encontrar assintomático, é considerado curado da COVID-19 (VIEIRA *et al*, 2020 [traduzido pelas autoras]).

Dentre os sintomas mais comuns estão a febre, tosse seca e cansaço. Entre os menos comuns: dores de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda de sabor ou cheiro, dor na região lombar e erupções na pele. Nos sintomas graves, o paciente apresenta dificuldade para respirar ou falta de ar, dor ou pressão no peito e perda de fala ou movimento (OMS, 2020).



Cerca de 80% dos infectados apresentam manifestações leves a moderadas. 13,8% apresentam manifestações graves, como por exemplo dispneia, saturação de O<sub>2</sub> ≤ 93%, frequência respiratória ≥ 30/min, e cerca de 50% de comprometimento pulmonar. 6,1% apresentam a forma crítica da doença, na maioria dos casos evidenciada por disfunção múltipla de órgãos, choque séptico e falência respiratória (LIMA, 2020).


O diagnóstico da COVID-19 pode ser feito por três principais métodos: RT-PCR, sorologia e testes rápidos. Na primeira opção, o material é retirado da nasofaringe do paciente, onde analisa-se a presença do SARS-CoV-2 na amostra. No exame sorológico, a análise é feita no sangue do paciente, investigando a existência do IgA, IgM e IgG. Na testagem rápida, o paciente será considerado positivado se os antígenos do novo coronavírus presentes no teste rápido se ligarem ao anticorpo do SARS-CoV-2 da amostra coletada (ESTEVÃO, 2020).

Referente ao tratamento para a COVID-19, ensaios clínicos envolvendo diferentes medicamentos têm sido executados em todo o mundo. Até o momento, os estudos não conseguiram apontar um medicamento efetivo para a profilaxia. Todavia, devido a função da semelhança estrutural do SARS-CoV-2 com outros vírus, algumas terapias antivirais têm sido testadas (DIAS *et al*, 2020).

Dentre os medicamentos em uso estão o remdesivir e a dexametasona, corticoide com propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, usado em pacientes com COVID-19 em ventilação mecânica invasiva. No Brasil, o “kit COVID-19”, contendo azitromicina, ivermectina e hidroxicloroquina ou cloroquina, tem sido amplamente distribuído. Entretanto, não existe comprovação da eficácia (FERREIRA; ANDRICOPULO, 2020).

A vacinação, aliada a práticas de distanciamento social e isolamento de casos positivados, são as medidas mais eficazes para o controle da doença. De acordo com a OMS, a vacina é um fator imprescindível na luta contra a pandemia. Entretanto, os que já foram vacinados, ainda devem agir com cautela para não contaminarem aqueles que ainda não receberam a vacina. Por isso é importante o oferecimento de vacinas para todos os países e para todas as faixas etárias (WHO, 2021d [traduzido pelas autoras]).

Até o 1º dia do mês de setembro de 2021, 5, 34 bilhões de doses de vacinas contra a COVID-19 haviam sido administradas em pessoas em todo o mundo. No Brasil, 191.502.128 doses foram administradas, sendo 30,54% da população toda vacinada e 66,89% com pelo menos uma dose (MATHIEU *et al*, 2021).



Como exemplo de categoria profissional assiduamente atuante na linha de frente contra a COVID-19, temos os profissionais da enfermagem. Hoje, segundo o Conselho Federal da Enfermagem, a categoria soma 2.368.089 inscrições ativas, sendo 432.611 auxiliares de enfermagem, 1.359.474 técnicos em enfermagem, 575.704 enfermeiros e 300 obstetristas (COFEN, 2020b). Constituem, atualmente, metade da força de trabalho no âmbito da saúde e são tidos como indispensáveis na coordenação das equipes para o enfrentamento da pandemia (VENTURA-SILVA et al., 2020). Estão entre os que se destacam na assistência ao paciente, à família e à comunidade, e também os que mais sofrem as consequências. São os mais acometidos pela doença, mais suscetíveis ao adoecimento mental e morte (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

O aumento constante no número de casos, lotação dos leitos hospitalares, medicações insuficientes e falta de equipamentos de proteção individual para os profissionais da saúde, contribuiu para o que o já fragilizado Sistema Único de Saúde entrasse em estado de emergência (OLIVEIRA et al., 2020). Como consequência das péssimas condições de trabalho, nota-se o aumento diário da infecção de profissionais da saúde por COVID-19 (SOARES; PEDUZZI; COSTA, 2020).


Considerando a relevância da assistência da equipe de enfermagem no cenário pandêmico, o presente artigo tem como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico da infecção por COVID-19 em profissionais da enfermagem no Brasil, de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021, e os seguintes objetivos específicos: (i) avaliar o número de casos confirmados de COVID-19, óbitos e taxa de letalidade dos profissionais da enfermagem por regiões do Brasil, (ii) analisar o número de casos confirmados e óbitos de profissionais da enfermagem em decorrência da COVID-19 por estados brasileiros, (iii) descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais da enfermagem infectados pela COVID-19 no Brasil, (iv) traçar a relação entre a letalidade por COVID-19 e a idade de profissionais de enfermagem no Brasil, (v) analisar a tendência de número de casos acumulados, novos casos, incidência e número de óbitos pela COVID-19 por mês, entre os profissionais da enfermagem atuantes no Brasil.

## **METODOLOGIA**

### **ÁREA DE ESTUDO**

O estudo foi realizado no Brasil, país localizado na América do Sul, com um território estimado em 8.510.295,914 km<sup>2</sup>, e com uma população de 211.755.692 pessoas. Possui cinco





regiões, sendo elas a região centro-oeste, nordeste, norte, sudeste e sul. Atualmente é dividido em 26 estados mais o Distrito Federal. São eles: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins (IBGE, 2020).

## COLETA DE DADOS

Os dados foram extraídos do Observatório da Enfermagem, plataforma criada pelo Conselho Federal da Enfermagem (COFEN), destinada a informar o número de profissionais infectados pela COVID-19 no Brasil. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Os dados são atualizados diariamente pela administração do sistema.


Trata-se de um estudo transversal. Recorte temporal no período de 20 de março de 2020 (data do registro do primeiro caso em profissionais da enfermagem), até o dia 01 de julho de 2021. Os dados foram analisados por meio de abordagem quantitativa, com uso de estatísticas descritivas.

Os dados compilados compreendem informações de profissionais que atuam nos âmbitos público e privado, e em todos os locais de atuação profissional como ambulatórios, asilos, atenção primária, centros de atenção psicossocial, companhia operadora de rodovias, fiscais Coren, hemocentro, hemodiálise, hospitais psiquiátricos, hospitais, pronto atendimento e SAMU. Os dados reportados dizem respeito a enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e obstetrias. Os dados estão disponibilizados apenas em forma agrupada e sem informação do local de atuação.

Os dados foram obtidos de número de casos confirmados de COVID-19 e número de óbitos por regiões, estados, sexo e faixa etária. Para a realização da pesquisa, foram considerados os casos confirmados de COVID-19, que totalizou 30.469.

## ANÁLISE DE DADOS

Os dados por região do Brasil foram analisados considerando o número de casos confirmados, quarentena e internações, e número de óbitos e taxa de letalidade. Já por estados brasileiros foram avaliados o número de casos confirmados e óbitos.



O perfil sociodemográfico dos profissionais infectados foi descrito utilizando os dados de sexo e idade com relação ao número de casos confirmados, número de óbitos e taxa de letalidade. Além disso, foram avaliados a tendência do número de casos confirmados acumulados, óbitos e incidência por COVID-19 entre os profissionais da enfermagem no Brasil.

A incidência é definida como novos casos da doença em uma população durante um período específico, dividido pela população em risco (PIZZICHINI *et al*, 2020). Foi calculada por mês, de acordo com a equação:

$$\text{Taxa de incidência} = \frac{\text{Novos casos de COVID-19 em um mês}}{\text{População em risco}} \times 100.000$$

A taxa de letalidade, é definida como a proporção de óbitos por determinada doença em relação ao número total de doentes, medindo a porcentagem de pessoas infectadas que evoluíram para óbito (PIZZICHINI *et al*, 2020). A taxa de letalidade foi calculada por região do Brasil e classes etárias de profissionais de enfermagem, como demonstra a equação a seguir:

$$\text{Taxa de letalidade} = \frac{\text{Número de óbitos de enfermeiros por COVID-19}}{\text{Número de casos confirmados de COVID-19 entre enfermeiros}} \times 100$$

Para avaliar se existia relação entre taxa de letalidade e idade dos profissionais de enfermagem foi utilizada uma regressão não linear, sendo a taxa de letalidade a variável resposta e idade a variável exploratória, sendo o parâmetro *a* o intercepto e *b* a inclinação da curva.

Como os dados analisados são oriundos de bancos de dados secundárias de domínio público e sem identificação dos participantes, não foi necessário a apreciação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

## RESULTADOS

No período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021, no Brasil, foram registrados um total de 47.556 casos de COVID-19 em profissionais da enfermagem. Do total, 17.087 compõe os casos suspeitos, e os casos com diagnóstico positivo para COVID-19 totalizaram 30.469. Dentre os casos confirmados, 16.178 (53,09%) se encontravam em quarentena, 317 (1,04%) estão internados, 13.180 (43,25%) confirmados com COVID-19 e com alta, e 794 (2,60%) foram a óbito (Tabela 1).

**Tabela 1:** Panorama geral da infecção de profissionais da enfermagem por COVID-19, no período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021, no Brasil.

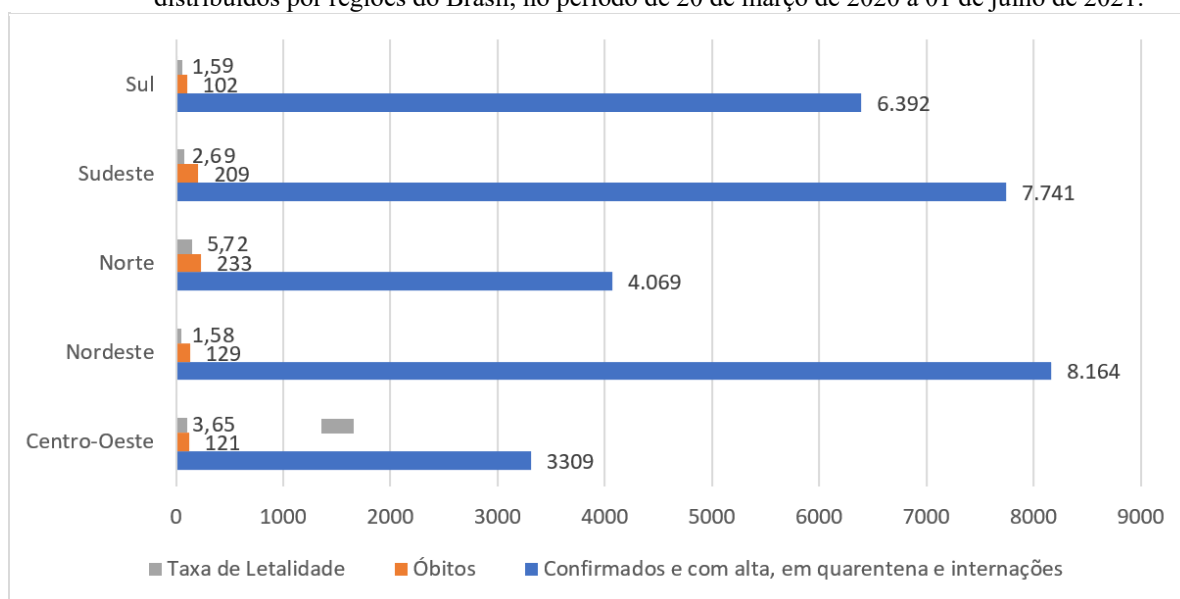
Classificação geral dos casos	Total
Com suspeita de Covid-19 em quarentena	16.812
Com suspeita de Covid-19 falecidos	38
Com suspeita de Covid-19 internados	237
Diagnóstico confirmado com Covid-19 em quarentena	16.178
Diagnóstico confirmado de Covid-19 falecidos	794
Diagnóstico confirmado de Covid-19 internados	317
Diagnóstico não confirmado de Covid-19	6.751
Profissional confirmado com Covid-19 e com alta	13.180

**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.

A análise dos casos confirmados de COVID-19 em profissionais da enfermagem por regiões do Brasil, somando-se com as internações e óbitos, apontaram que a região nordeste possui a maior porcentagem, um total de 8.293 casos, o que equivale a 27,21% da soma dos casos confirmados em todas as regiões. Em segunda colocação, está a região sudeste, com 7.950 (26,09%) casos, seguida da região sul, com 6.494 (21,31%). O menor percentual foi registrado na região centro-oeste, que somou 3.430 (11,25%) casos, seguido da região norte, com 4.302 (14,11%) (Figura 1).

Referente aos óbitos por região, o maior número foi registrado na região norte, que totalizou 233 mortes de profissionais da enfermagem. A menor somatória de óbitos foi contabilizada na região sul, totalizando 102. No que tange a taxa de letalidade, o maior índice foi registrado na região norte, com 5,72%. A menor porcentagem foi a da região nordeste, totalizando 1,58% (Figura 1).

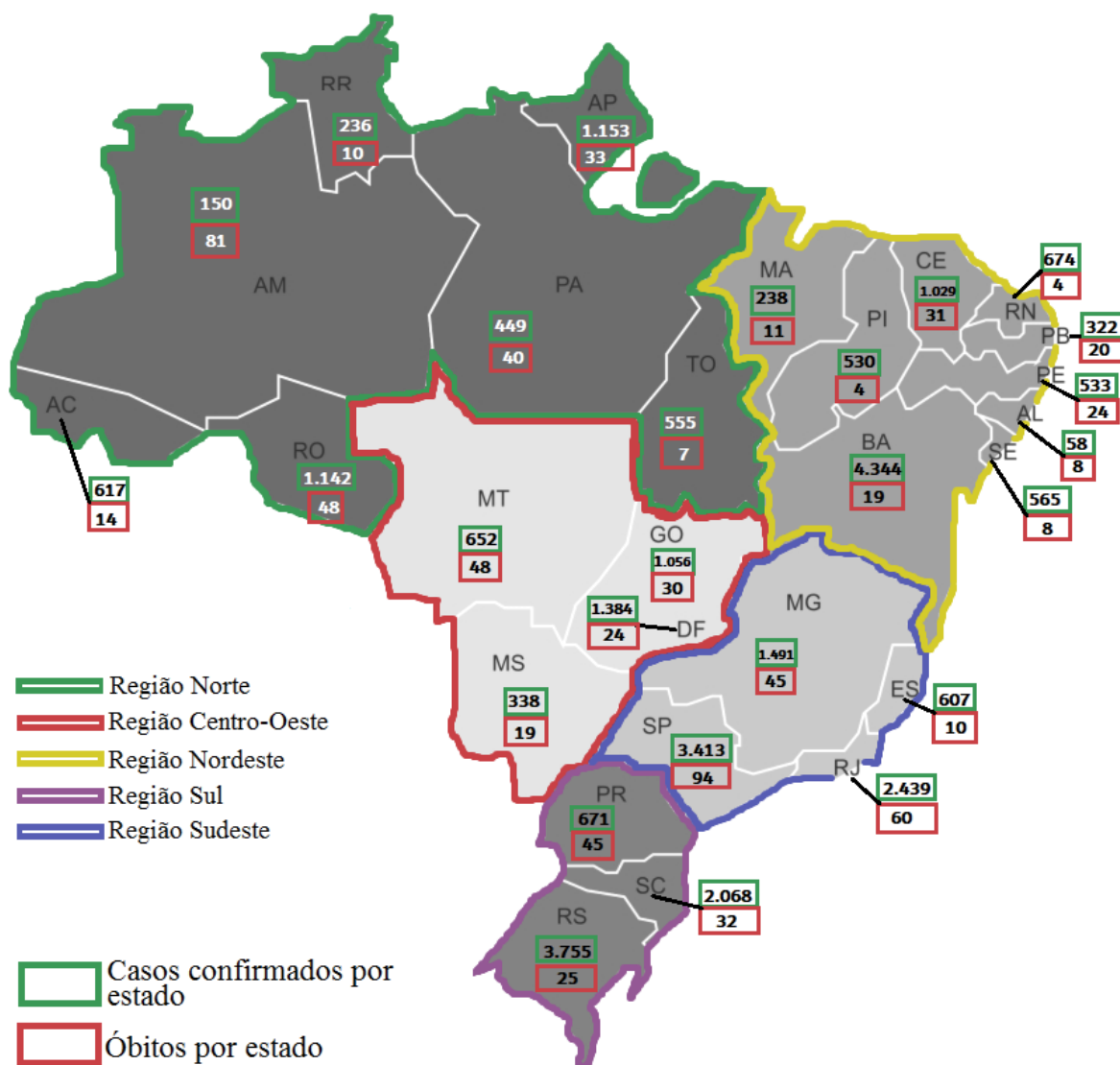
**Figura 1:** Casos confirmados de COVID-19, óbitos e taxa de letalidade de profissionais da enfermagem distribuídos por regiões do Brasil, no período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.


Quando os dados foram comparados por estado, a Bahia apresentou o maior número de casos confirmados por COVID-19, um total de 4.344, e o estado de Alagoas apresentou o menor número de casos (58). Referente aos óbitos, São Paulo e o Amazonas estão entre os estados que apresentaram um maior número de óbitos de profissionais de enfermagem, 94 e 81 mortes, respectivamente. Rio Grande do Norte e Piauí se encontram com o menor percentual, ambos com 4 óbitos (Figura 2). A maior taxa de letalidade foi registrada no estado do Amazonas (54%). A menor foi identificada na Bahia (0,43%).

**Figura 2:** Casos confirmados e número de óbitos de profissionais da enfermagem por COVID-19 registrados em cada estado por regiões do Brasil, no período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.

O sexo feminino foi o mais acometido pela COVID-19, um total de 25.651 casos confirmados, o que corresponde a 84,18% dos casos confirmados e consequentemente houve



um maior número de óbitos (543). Entretanto, a taxa de letalidade foi maior para o sexo masculino, alcançando um percentual de 5,20% (Tabela 2).

No que se refere a faixa etária, homens e mulheres de 31 a 40 anos apresentaram o maior índice de acometimento, com 12.616 (41,40%) casos. O menor número de casos confirmados foi registrado acima de 61 anos, sendo 433 (1,42%) para os profissionais de enfermagem com 61 a 70 anos e 38 casos (0,12%) para profissionais de 71 a 80 anos (Tabela 2).

O maior índice de mortes por COVID-19 entre enfermeiros foi registrado na faixa etária de 41 a 50 anos (249). Já a taxa de letalidade foi maior por faixa etária entre acima de 60 anos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Dados sociodemográficos referente a infecção por COVID-19 entre os profissionais da enfermagem, de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.

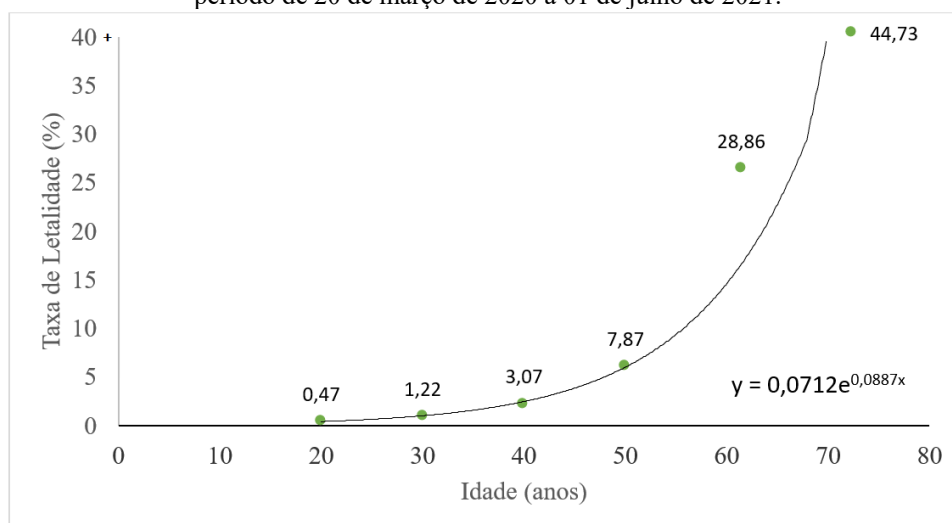
Variáveis			
<b>Sexo</b>	<b>Casos confirmados</b>	<b>Óbitos</b>	<b>Letalidade</b>
<i>Masculino</i>	4.818	251	5,20%
<i>Feminino</i>	25.651	543	2,11%
<b>Faixa etária</b>	<b>Casos confirmados</b>	<b>Óbitos</b>	<b>Letalidade</b>
<i>20 a 30 anos</i>	6.523	31	0,47%
<i>31 a 40 anos</i>	12.616	155	1,22%
<i>41 a 50 anos</i>	8.104	249	3,07%
<i>51 a 60 anos</i>	2.755	217	7,87%
<i>61 a 70 anos</i>	433	125	28,86%
<i>71 a 80 anos</i>	38	17	44,73%

**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.

No que tange a taxa de letalidade, a maior foi registrada em indivíduos de 71 a 80 anos de idade, com uma taxa de 44,73%. O menor índice abrange a faixa etária de 20 a 30 anos, com uma letalidade de 0,47%.

Ao avaliar a taxa de letalidade por idade, verificou-se que a taxa de letalidade apresenta uma relação não linear com a idade dos profissionais de enfermagem no Brasil (Figura 3).

**Figura 3:** Relação entre a letalidade por COVID-19 e idade de profissionais de enfermagem no Brasil, no período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.



**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.

Baseando-se no número de casos acumulados de COVID-19, observa-se que no período de estudo, a maior ocorrência foi registrada entre o 1º dia do mês de julho ao 1º dia do mês de agosto de 2020, com 5.515 novos casos. A menor ocorrência foi registrada entre o 1º dia do mês de junho ao 1º dia do mês de julho de 2021, contabilizando 759 casos (Tabela 2).

A menor incidência ocorreu nos meses iniciais da pandemia, abril e maio, 0,16 e 85,21 para cada 100 mil profissionais em risco, respectivamente. Já os meses com maior incidência foram observados nos meses de agosto (232,88/100000) e setembro (179,97/100000) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Casos acumulados, novos casos e incidência de COVID-19 em profissionais de enfermagem calculada por mês, entre o período de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.

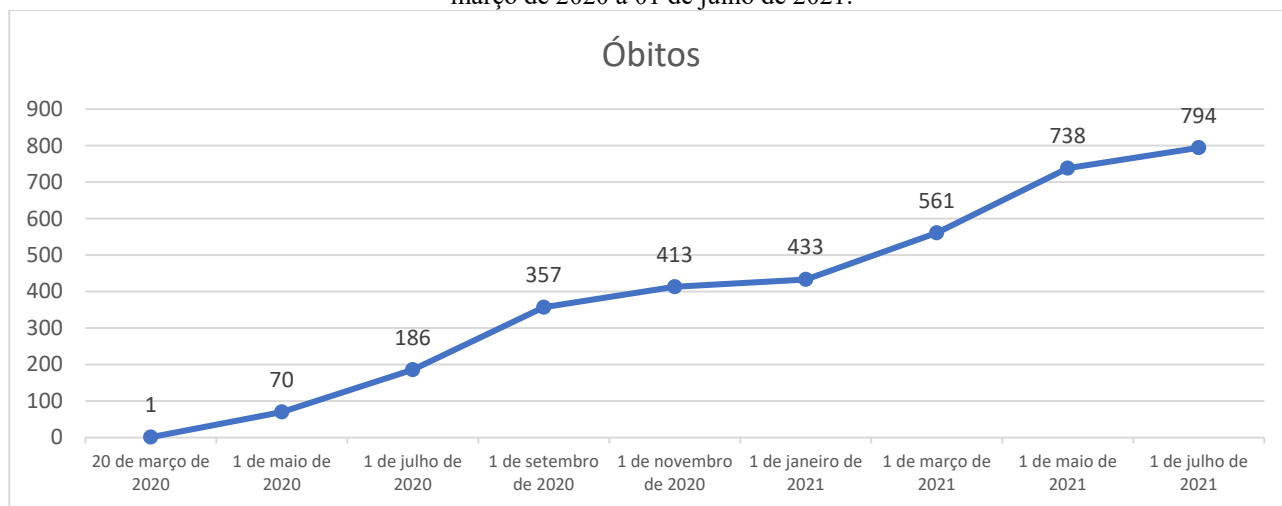
Mês	Casos acumulados	Novos casos	Incidência
<i>20 de março de 2020</i>	1	1	0,04/100000
<i>1 de abril de 2020</i>	5	4	0,16/100000
<i>1 de maio de 2020</i>	2.023	2.018	85,21/100000
<i>1 de junho de 2020</i>	5.625	3.602	152,10/100000
<i>1 de julho de 2020</i>	9.084	3.459	146,06/100000
<i>1 de agosto de 2020</i>	14.599	5.515	232,88/100000
<i>1 de setembro de 2020</i>	18.861	4.262	179,97/100000
<i>1 de outubro de 2020</i>	20.768	1.907	80,52/100000
<i>1 de novembro de 2020</i>	21.818	1.050	44,33/100000
<i>1 de dezembro de 2020</i>	22.817	999	42,18/100000
<i>1 de janeiro de 2021</i>	24.160	1.343	56,71/100000
<i>1 de fevereiro de 2021</i>	25.365	1.205	50,88/100000
<i>1 de março de 2021</i>	26.157	792	33,44/100000
<i>1 de abril de 2021</i>	27.464	1.307	55,19/100000
<i>1 de maio de 2021</i>	28.694	1.230	51,94/100000
<i>1 de junho de 2021</i>	29.710	1.016	42,90/100000
<i>1 de julho de 2021</i>	30.469	759	32,05/100000

**Fonte:** Elaborado pelas autoras através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.



Constatou-se que, até o momento, a maior ocorrência de óbitos aconteceu entre 01 de março de 2021 (561) a 01 de maio de 2021 (738). O menor número foi registrado entre o 1º de novembro de 2020 (413) e 01 de janeiro de 2021 (433) (Figura 5).

**Figura 5:** Número de óbitos acumulados em profissionais da enfermagem por COVID-19 no Brasil, de 20 de março de 2020 a 01 de julho de 2021.




**Fonte:** Elaborado pela autora através de dados colhidos do Observatório da Enfermagem – COFEN - <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>.

Pode-se constatar que a região nordeste apresentou o maior número de casos confirmados por COVID-19. A região norte, o maior número de óbitos e também a maior letalidade. As mulheres foram as mais infectadas e os profissionais com idade entre 31 a 50 anos foram os mais acometidos pela COVID-19. No período de estudo houve aumento da incidência e redução no número de óbitos de profissionais de enfermagem.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos por regiões do Brasil, apontaram que a região nordeste contém o maior número de infecções de enfermeiros por COVID-19. De acordo com o COFEN (2020b), a região abrange o segundo maior número de profissionais da enfermagem atuantes no Brasil, totalizando 543.910 registros, somando enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem e obstetrias. Portanto, sugere-se que uma das justificativas para o alto número de infecções, possa estar relacionada com o quantitativo de enfermeiros em atuação na região.

O estado com o maior número de infecções de enfermeiros por COVID-19, também se encontra na região nordeste. Considerando o quadro geral da infecção por COVID-19 em toda a população brasileira, a região nordeste, com destaque para o estado da Bahia, abrange o segundo maior quantitativo de infecções. Os diversos destinos turísticos da região é um atrativo para visitantes do Brasil e do mundo. As aglomerações provocadas pelos famosos feriados de



natal, ano novo e carnaval, pode ter sido um fator contribuinte para a infecção em grande escala por SARS-CoV-2 no estado e em toda a região (MARINELLI *et al*, 2020).


O maior número de óbitos por COVID-19 foi identificado na região norte do Brasil. De acordo com Mendonça *et al* (2020), o processo de adoecimento e morte são oriundos de fatores sociais e econômicos. Na região norte, acredita-se que a elevada taxa de óbitos esteja ligada a dificuldade da descentralização do SUS, e as frágeis condições de vida da população, aliada a pobreza e a precária infraestrutura a nível assistencial e sanitário.

As enfermeiras foram as mais acometidas pela COVID-19, com 84,18% dos casos confirmados no Brasil, e conseqüentemente, as que somaram o maior número de óbitos (543). Sugere-se que o alto número de acometimentos seja devido ao quantitativo de enfermeiras em atuação no Brasil. Embora tenha-se notado uma ascensão masculina na enfermagem, principalmente por volta de 1990, a enfermagem brasileira continua sendo hegemonicamente feminina, sendo composta por 85,1% de mulheres (COFEN, 2017).

A faixa etária de 31 a 40 anos obteve o maior percentual de acometimento (41,40%). Vale ressaltar que a maioria dos profissionais possuem entre as idades de 31 e 40 anos, logo o elevado número de casos de COVID-19 se dá devido ao número de profissionais expostos ao risco de contaminação nesse intervalo de idade. Nascimento *et al* (2020), defendem que a infecção por SARS-CoV-2 em profissionais em idade produtiva é uma séria problemática a ser enfrentada no Brasil, visto que culmina em significativa redução da força de trabalho nos serviços de saúde.

No que tange ao número de óbitos, os dados do presente artigo apresentaram concordância com os dados obtidos por Melo *et al* (2020), mostrando uma maior porcentagem para o sexo feminino. O percentual obtido pelos autores, até dia 11 de maio de 2020, indicou 61,22% de óbitos entre enfermeiras. Entretanto, a maior taxa de letalidade foi registrada entre os homens (4,32%).

Estudos realizados em diversos países do mundo apontaram uma maior morbidade e letalidade entre homens. Bwire (2020), sugere alguns fatores que podem estar relacionados com esse alto percentual de contaminação. Entre eles estão a maior expressão de enzima conversora de angiotensina 2 (ACE 2: receptor para SARS-CoV-2) em homens do que em mulheres, e fatores relacionados ao estilo de vida, onde homens tendem a apresentar um maior consumo de tabaco e bebidas alcoólicas em relação às mulheres, o que influencia na letalidade. Outro fator apontado foi o comportamento de biossegurança das mulheres em relação aos homens, onde as



mesmas demonstraram ter mais cuidado em relação às medidas protetivas, como uso de máscaras e lavagem das mãos, o que pode interferir na morbidade.


No Brasil, a taxa de letalidade entre enfermeiros alcançou 2,60%. A maior foi registrada entre o público idoso, principalmente entre a idade de 71 a 80 anos, chegando a apresentar uma taxa de letalidade de 44,73%. De acordo com o Ministério da Saúde (2020), até o 8º dia do mês de outubro de 2020, a taxa de letalidade em toda a população brasileira alcançou 2,08%. A taxa de letalidade por COVID-19 está relacionada a fatores intrínsecos, como idade, doenças prévias, e por fatores extrínsecos, como falta de leitos, equipamentos hospitalares e medicações (SOUZA *et al*, 2020).

Estudo realizado por Bonanad *et al* (2020) através de uma meta-análise com mais de 500 mil pacientes confirmados com COVID-19 na China, Itália, Espanha, Reino Unido e Nova York, apontaram que a taxa de mortalidade aumenta exponencialmente a partir dos 50 anos de idade, e constataram que pacientes com idade >80 anos, tinham 60% mais risco de morte em comparação com pacientes com idade de 70 a 79 anos. Os dados permitem sugerir que, em relação à média nacional, os profissionais da enfermagem apresentam uma maior taxa de letalidade quando consideramos todas as faixas etárias, e apresenta uma concordância com a elevação da taxa de letalidade de acordo com a idade, quando comparamos aos dados do Brasil e do mundo.

A enfermagem brasileira é marcada por alguns fatores que dificultam a assistência e contribuem para o alto número de infecções e mortes por COVID-19 (PEREIRA *et al*, 2020). A maior preocupação, nesse âmbito, é a falta de EPI's. Os hospitais do país denunciam a falta de máscaras, luvas, gorros, óculos, protetores faciais, capotes e demais materiais indispensáveis para a proteção. Estratégias que venham a envolver a compra de EPI's, bem como o treinamento da equipe para a correta paramentação e descarte dos materiais podem contribuir para a queda do número de infecções em profissionais da enfermagem (HELIOTERIO *et al*, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem configura-se como a maior força de trabalho dos serviços de saúde. O número de infecções e óbitos por COVID-19 entre enfermeiros aumentou consideravelmente desde o registro do primeiro caso, em 20 de março de 2020. O cenário evidenciado pela infecção de profissionais da enfermagem, preocupa os serviços de saúde, visto que, o papel desempenhado pela equipe de enfermagem é fundamental para a boa recuperação



do paciente. Além disso, a infecção de enfermeiros pode contribuir para a infecção de outros profissionais, pacientes e familiares, e contribuir para a superlotação dos serviços de saúde.

Foi demonstrado que os casos de COVID-19 em profissionais da enfermagem foram mais significativos na região nordeste do Brasil. Quanto ao número de óbitos, o maior percentual foi registrado na região norte. As mulheres enfermeiras obtiveram o maior número de acometimentos, por serem maioria na categoria profissional. Em relação aos homens, estes demonstraram maior letalidade. Acerca da faixa etária, notou uma concordância com os casos obtidos a nível de Brasil, quanto maior a idade, maior a taxa de letalidade.

Embora tenha-se notado uma pequena queda no número de óbitos entre profissionais da enfermagem durante o mês de novembro de 2020 a janeiro de 2021, as medidas de proteção devem continuar sendo prioridade. Para tal, seria necessário mais investimento, por parte das autoridades competentes, em materiais para proteção individual para enfermeiros e para toda equipe atuante contra a COVID-19. Hospitais de todo país denunciam a falta de equipamentos para a proteção, e em decorrência disso, muitos profissionais têm perdido a vida por uma causa que poderia ser evitada.

Estudos acerca da infecção por COVID-19 entre os profissionais da enfermagem ainda são escassas no Brasil e no mundo. Para que a causa obtenha uma maior visibilidade, e para que se entenda a fundo os desafios do trabalho da enfermagem no contexto da pandemia, seria necessário que mais estudos fossem realizados no Brasil e no mundo.

## REFERÊNCIAS


ANDERSEN, K.G. *Et al.* The proximal origin of SARS-CoV-2. **Nature medicine**, v. 26, n. 4, p. 450-452, 2020. DOI: 10.1038/s41591-020-0820-9.

BONANAD, C. *Et al.* The Effect of Age on Mortality in Patients With COVID-19: A Meta-Analysis With 611,583 Subjects. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 29, n. 7, p. 915-918, jul, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.045>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus** (01/09/2021 às 16h42). [Internet]. Brasília. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 01 de set. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19 no Brasil** (17/10/2020) às 15h38). [Internet]. Brasília. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 17 de out. 2020b.

BWIRE, G.M. Coronavirus: Why Men are More Vulnerable to Covid-19 Than Women? **SN Comprehensive Clinical Medicine**, v.1, n.8, jun, 2020. DOI: 10.1007/s42399-020-00341-w.



CONSELHO FEDERAL DA ENFERMAGEM (COFEN). **Observatório da Enfermagem**. [Internet]. 2020a. Disponível em: <<http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 29 de set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DA ENFERMAGEM (COFEN). **Enfermagem em números – Quantitativo de profissionais por regional**. [Internet]. 2020b. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 06 de out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DA ENFERMAGEM (COFEN). Perfil da enfermagem no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro, v. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfil-enfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 1 de out. 2020.

ELIAS, C. *Et al.* The incubation period of COVID-19: A meta-analysis. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 104, p. 708-710, mar. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.01.069>.

ESTEVÃO, A. Covid-19. **Acta Radiológica Portuguesa**, v. 32, n. 1, jan-abr., 2020. DOI: <https://doi.org/10.25748/arp.19800>.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D. E. P. Nursing appeals on social media in times of coronavirus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200225, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0225>.

GOMES, G.G.C. et al. Perfil epidemiológico da Nova Doença Infecciosa do Coronavírus - COVID-19 (Sars-Cov-2) no mundo: Estudo descritivo, janeiro-junho de 2020. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 7993-8007 jul./ago., 2020. DOI: [10.34119/bjhrv3n4-064](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-064).

GREENHALGH, T. *Et al.* Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. **The Lancet**, v. 397, ISSUE 10285, p. 1603-1605, mai., 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00869-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00869-2).


HELIOTERIO, M.C. *Et al.* COVID-19: Por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Ciências da Saúde**, Pré-impressão, versão 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.664>.

HUMEREZ, D.C.; OHL, R.I.B.; SILVA, M.C.N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: Ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 25, n. 1, e74115, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades, estados, população, território**. [Internet]. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>>. Acesso em: 21 de out. 2020.

KANG, L. *Et al.* Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. **Brain, behavior, and immunity**, 87, 11–17, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>.





LIMA, C.M.A. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, pág. 5-6, abril de 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>.

MARINELLI, N.P. *Et al.* Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da pandemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.29, n.3, e2020226, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000300008.

MATHIEU, E. *Et al.* A global database of COVID-19 vaccinations. **Nature Human Behaviour**, 2021. Disponível em: <[https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID\\_WRL](https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL)>. Acesso em: 01 de set. 2021.

MELO, A.S. *Et al.* Covid-19 mortality among nursing professionals in Brazil, **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 9, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.91111-113>.

MENDONÇA, F.D. *Et al.* Região norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: Análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 01, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104535>.

NASCIMENTO, V.F. *Et al.* Impacto da covid-19 sob o trabalho da enfermagem brasileira: aspectos epidemiológicos, **Revista Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, Especial: 24-31, 2020. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ImpactoCOVID-19Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 08 de out. 2020.

OLIVEIRA, W.K. *Et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 29, n. 2, abr 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavírus**. [Internet]. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)>. Acesso em: 17 de out. 2020.

PEREIRA, M. D. *Et al.* Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e67985121, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5121>.

PIZZICHINI, M. M. M.; PATINO, C. M.; FERREIRA, J. C. Medidas de frequência: calculando prevalência e incidência na era do COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 46, n. 3, p. e20200243-e20200243, 2020.

SOARES, C. B.; PEDUZZI, M.; COSTA, M. V. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, e03599, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020ed0203599>.

SOUZA, C.D.F. *Et al.* Evolução espaçotemporal da letalidade por COVID-19 no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 46, n. 4, e20200208, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200208>.

TEIXEIRA, C.F.S. *Et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, Set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.





VENTURA-SILVA, J.M.A. *Et al.* Ano internacional da enfermagem e a pandemia da Covid - 19: A expressão na mídia. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, n. 1, e55546, 2020. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.55546.

VIEIRA, J.M. *Et al.* What do we know about COVID-19? A review article. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 66, n. 4, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.534>.

# CAPÍTULO 19

## FONTES ESTRESSORAS DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Pollyana Cordeiro Barros  
Wallyson Rangel Ribeiro Oliveira

### RESUMO


A hospitalização é vista como um momento desagradável e estressante por trazer ao paciente reações diversas, como medo, ansiedade e angústia, tratando-se de uma internação na unidade de terapia intensiva (UTI) esses fatores estressores aumentam, devido à sobrecarga emocional que essa internação provoca por normalmente ser associado a uma piora do quadro clínico do doente. Nesse contexto o trabalho traz como objetivo geral descrever as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para diminuir as fontes de estresse em pacientes adultos internados na unidade de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa da literatura com artigos publicados entre 2012 a 2022, indexados nas bases de dados Scielo, Bdenf, Lilacs. Após a aplicação dos filtros e avaliar os critérios de inclusão 1.191 mil artigos atenderam aos requisitos propostos e apenas 10 deles atenderam todos os objetivos da pesquisa para serem trabalhados nas discussões. O processo de internação na UTI desencadeia nos pacientes uma série de fatores negativos, dentre os quais se podem destacar a dor, o isolamento e as limitações, sendo dever de a enfermagem realizar o diagnóstico, intervenção e avaliação dos mesmos, no intuito de prevenir e minimizar os danos causados por esses fatores. A realização desse trabalho nos permitiu perceber a influência positiva em conhecer os impactos que todos esses fatores causam no paciente tornando-se essenciais para se planejar uma assistência de forma humanizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Unidade de terapia intensiva; assistência de enfermagem; pacientes internados.

### INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento ocorre de forma inesperada, trazendo vários sentimentos e mudanças no dia-a-dia das pessoas, que podem ser encaradas e vivenciadas de forma diferente por cada um. Em alguns casos, é comum episódios de alterações psicológicas e afetivas entre os pacientes, tornando relevante a identificação dos fatores que levam ao desenvolvimento desses quadros (BARTH *et. al.*, 2016). Nesse contexto, o estresse, vivenciado pelo paciente na internação hospitalar está vinculado ao tipo, intensidade e permanência dos fatores desencadeantes, pois leva a alterações psicológicas como a ansiedade, depressão e o medo, assim como, instabilidades fisiológicas, como a predisposição a infecções e a demora em processos de cicatrização de feridas operatórias (LANA, *et. al.*, 2018).

A hospitalização segundo Barth *et. al.*, (2016) é vista como um momento desagradável e estressante por trazer ao paciente reações diversas, principalmente quando trata-se de uma



internação na unidade de terapia intensiva (UTI) esses fatores estressores tendem-se a aumentar, devido à sobrecarga emocional que essa internação provoca tanto no paciente como nos familiares por normalmente ser associado a uma piora do quadro clínico do doente.


De acordo com Oliveira *et. al.* (2018) a UTI tem sua estrutura física sofisticada, fazendo uso de tecnologias especializadas e com todos os aparelhos necessários para dar suporte à vida, com o monitoramento contínuo possibilitando assim o aumento da sobrevida do paciente, porém, torna-se um ambiente barulhento, isolado e altamente estressante para o doente, a família e toda a equipe assistencial. Sendo assim, a UTI está atrelada ao sentimento de medo, morte, a falta de autonomia sobre seu próprio corpo, ocasionando um desconforto e exibindo a integridade física do paciente.

Silva, Cardoso e Santos (2018) relata que a internação na UTI traz uma certa restrição mesmo que temporária do paciente com seus familiares e pessoas próximas, tendo que conviver com desconhecidos, expostos a situações constrangedoras e um ambiente diferente de sua realidade, gerando medo e insegurança que por vezes podem levar a quadros depressivos, aumentando sua fragilidade e debilitando seu estado emocional.

Por essas razões Oliveira *et. al.* (2018) relata que esse ambiente demanda uma atenção especial de toda a equipe multidisciplinar, pois os pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva em muitos casos correm risco eminente de vida, precisando de uma assistência médica e de enfermagem contínua e materiais especializados. Os mesmos autores acrescentam relatando que os fatores estressantes para o paciente internado em UTI enquadram-se os tubos presentes na boca e nariz, comprometimento do sono, dor, limitações de movimento, isolamento da família, falta de informação e perda de autonomia.

Carrara, Ponciano e Baldo (2015) relatam que a assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva é vista como extensa, intensiva, complexa e inclui vários fatores importantes para sua prática, por tanto, o enfermeiro e toda sua equipe vivenciam constantemente, o empasse da vida e morte sendo necessária a priorização de técnicas de alta complexidade no intuito de manter a vida do ser humano.

Nesse contexto Oliveira *et. al.* (2018), citam que a equipe de enfermagem atuante na UTI tem como papel primordial diagnosticar os fatores estressantes, intervir e buscar soluções, visto que uma dos objetivos de atendimento é priorizar o cuidado humanizado, o estabelecimento de vínculos e reduzir sentimentos negativos dos pacientes internados e de sua família, sendo que, a assistência de enfermagem é todo e qualquer tratamento, baseado no



conhecimento clínico e científico que seja prestado por um profissional de enfermagem com o intuito de melhorar o quadro clínico do paciente.

Diante do exposto, nota-se a extrema necessidade de identificar os fatores estressores vivenciados por paciente hospitalizados na UTI, para que seja possível planejar os cuidados de enfermagem que por sua vez tendem a contribuir para uma recuperação e reabilitação mais rápida e menos traumática.

## **METODOLOGIA**

O estudo trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, que consiste em uma metodologia mais ampla no campo da revisão bibliográfica, por abranger estudos experimentais e não-experimentais para uma concepção completa da temática estudada, gerando um cenário repleto de conceitos complexos e compreensíveis. Além de sintetizar resultados obtidos em pesquisas de maneira sistemática, ordenada e abrangente, sendo então denominada integrativa por fornecer uma vasta informação sobre um assunto, constituindo um corpo de conhecimento e podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para a localização dos estudos que pudessem responder à pergunta de pesquisa: “Quais os principais fatores estressores citados por pacientes adultos internados em uma UTI?”, utilizou-se de descritores indexados em português, obtidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem e pacientes internados. As bases de dados utilizadas para pesquisa foram Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bdenf e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Como critérios de inclusão utilizaram-se estudos disponíveis em sua totalidade, publicados nos últimos dez anos, de 2012 a 2022, em língua Portuguesa e que atendessem os objetivos da pesquisa. Foram excluídos da busca inicial capítulos de livros, resumos, textos incompletos, relatos técnicos, estudos em formato de editorial, carta ao editor, revisão e opinião de especialistas.

Foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos e criadas categorias analíticas que facilitou a ordenação e a sumarização de cada estudo, essa categorização foi realizada de forma descritiva, indicando os dados mais relevantes para o estudo. Assim, a pesquisa levou em consideração os aspectos éticos quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

As buscas foram realizadas através da utilização de combinações dos seguintes descritores: Unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem e pacientes internados. A pesquisa identificou, inicialmente, 1.191 artigos e logo após a aplicação dos filtros e análise dos artigos 10 foram selecionados para a composição das discussões dessa revisão integrativa.

Os estudos trabalhados nas discussões foram identificados de A1 a A10, onde se obteve 02 (20%) estudos de revisão integrativa com abordagens qualitativa, 2 (20%) de revisão bibliográfica, 2 (20%) estudos transversais descritivos, 1 (10%) estudo de intervenção, 1 (10%) estudo exploratório, 1 (10%) estudo exploratório descritivo qualitativo e 1 (10%) estudo exploratório descritivo quantitativo. Todos os estudos (100%) são de língua portuguesa, dentro do período proposto, sendo ele, nos últimos dez anos como critérios de inclusão, trazem informações relevantes que corroboram com este estudo, sendo detalhados no quadro a seguir.

**Quadro 1:** Síntese dos artigos selecionados.

Nº de ordem / Ano de publicação	Autor	Título	Objetivo
A1/2012	DUARTE, S. T.; MATOS, M.; TOZO, T. C.; TOSO, L. C.; TOMIASI, A. A.; DUARTE, P. A. D.	Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de terapia Intensiva	Verificar o nível de pressão sonora dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva geral, em diferentes horários, e avaliar o impacto de uma intervenção educativa junto à equipe, na redução destes níveis sonoros.
A2/2013	VEIGA, E.P.; VIANNA, L.G.; MELO, G.F.DE.	Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca.	Identificar estressores na UTI, comparando a percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca.
A3/2014	MAGALHÃES, F. M. N. M.; JESUS, S. A.; GOIS, C. F. L.; RODRIGUEZ, E. O. L.; SANTOS, V.; MARQUES, D. R. S.; CAMPOS, M. P. A.; MATTOS, M. C. T.; RESENDE, G. G. S.	Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica.	Identificar os fatores mais e menos estressores para os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).
A4/2015	DIAS, D.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. C. L. M.	Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral.	Avaliar e comparar os fatores estressantes identificados pelos pacientes de uma unidade de terapia intensiva coronariana com aqueles percebidos pelos pacientes de uma unidade de terapia intensiva pós-operatória geral.
A5/2015	CARRARA, G. L. R.; PONCIANO, J. A. BALDO, P. L.	Percepções e fatores estressantes de pacientes em uma unidade de terapia intensiva: atuação da enfermagem	Analisar a percepção dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva sobre os fatores estressantes resultantes desse Processo.

A6/2016	SILVA, V. P.; CASTRO, J. G. D.; MAIA, M. Z. B.	Estressores para o paciente da unidade de terapia Intensiva do hospital regional público de Gurupi – Tocantins	Identificar os estressores para pacientes internados na UTI do Hospital Regional Público de Gurupi – TO, na perspectiva do próprio paciente, familiares e profissionais de saúde.
A7/2016	CATOLÉ, M.; LIMA, C. B.; SILVA, S. O. P.	Estresse nas unidades de terapia intensiva,	Realizar uma revisão de literatura em busca de evidências científicas relacionando o estresse às unidades de terapia intensiva.
A8/2017	NOGUEIRA, J. J. Q.; FERREIRA, J. A.; ALBUQUERQUE, A. M.; AGRA, G.	Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes.	Identificar os fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.
A9/2018	LANA, L. D.; MITTMANN, P. S.; MOSZKOWICZ, C. I.; PEREIRA, C. C.	Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa	Analisar as evidências disponíveis acerca dos fatores estressores relatados pelos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI) adulto.
A10/2022	GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. O.	A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura.	Discutir a percepção e respostas emocionais de pacientes adultos ao seu período de internação em UTI.

Fonte: Próprio autor, 2022.


A técnica de revisão integrativa permitiu a compreensão da problemática em questão sobre os principais fatores causadores de estresse em pacientes adultos internados em uma UTI, assim como, identificar os cuidados de enfermagem que possibilitem a diminuição desses fatores nos campos sociais, ambiental, fisiológico, psicológico e emocional.

## O PACIENTE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

De acordo com Silva, Castro e Maia (2016) a unidade de terapia intensiva é considerada um setor hospitalar de alta complexidade, com características físicas que merecem maior vigilância e assistência de toda equipe multiprofissional, por se tratar de um setor crítico onde a maioria dos pacientes encontra-se em estado grave. Lana *et. al.* (2018) complementa o estudo acima citando que o setor oferece tratamento especializado com o auxílio de equipamentos avançados, porém, é o ambiente dentro da unidade hospitalar que mais gera estresse nas pessoas ali presentes, principalmente tratando-se dos pacientes internados.

Magalhães *et. al.* (2014) relata que a UTI deve estar apta para acolher adequadamente pacientes em estado de saúde grave, mas recuperável, que necessitam de atendimento médico e de enfermagem constantemente por estarem flexíveis a instabilidade de importantes funções vitais e precisando do auxílio de equipamentos específicos para realizar diagnósticos e tratamento.





De acordo com os estudos realizados por Gomes e Carvalho (2018) os critérios de internação nesse setor incluem patologias ou tramas neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, assim como, intoxicação, doenças gastrintestinais, endocrinológicas, queimaduras graves e infecções que ameaçam à vida. Nogueira, Ferreira e Albuquerque (2017) complementam citando que alguns sinais são indicativos de internações em UTI's, bem como, pulsação arterial menor que 40 batimentos por minutos (bpm) ou maior que 150 bpm, pressão arterial sistólica e diastólica abaixo ou acima da média, exames laboratoriais com os níveis séricos de sódio, potássio e cálcio sérico alterado.

Exames de imagem apresentando quadros hemorrágicos com alteração do nível de consciência, sinais e sintomas que apresentam rupturas de vísceras e vasos importantes com instabilidade hemodinâmica também são indicações para internações nesse ambiente hospitalar como cita Lana *et. al.* (2018).

Nogueira, Ferreira e Albuquerque (2017) relatam que é válido ressaltar que apesar da necessidade da internação nesse setor para recuperação do paciente, a mesma pode trazer sentimentos negativos em que muitas vezes comprometem seu tratamento, acarretando uma alta tardia. Gomes e Carvalho (2022) complementam trazendo o afastamento familiar como um desses critérios, pois para alguns pacientes segundo seus estudos, o tratamento é considerado agressivo e invasivo uma vez que essa unidade possui rotinas rígidas e inflexíveis.

Em alguns casos, Gomes e Carvalho (2022) relatam que durante a internação nesse ambiente hospitalar os pacientes ficam impossibilitados de falar, por cota da presença de tubos, sedação e aparelhos de ventilação artificial perdendo sua autonomia quanto aos cuidados diários com sua higiene e sua alimentação. Por essa razão Lana *et. al.* (2018) corrobora com os autores supracitados afirmando que algumas pessoas não conseguem ver este ambiente como um meio para melhorar seu estado de saúde e sim como um local de isolamento que antecede a morte, acarretando na dificuldade de adaptação e desestabilizando emocionalmente o paciente exacerbando assim o seu estado de estresse e tensão.

Por tanto, alguns autores como Lana *et. al.* (2018) e Magalhães *et. al.* (2014) para tentar minimizar esses aspectos negativos que estar interligados a internação em unidades de terapia intensiva, é necessária que o paciente tenha um atendimento humanizado, priorizando sua privacidade, preservando a presença da família e de profissionais que o façam sentir-se mais confortáveis, respeitando suas culturas, crenças e ouvindo suas opiniões sobre seu tratamento e esclarecendo suas dúvidas.



Nesse contexto é imprescindível que os profissionais atuantes nas UTI's busquem conhecer os medos, anseios e as necessidades de seus pacientes, para que assim possam oferecer uma assistência de forma integral e humanizada.

## PERCEPÇÕES DOS PACIENTES INTERNADOS EM UTI SOBRE OS FATORES ESTRESSORES RESULTANTES DESSE PROCESSO.


De acordo com Catolé, Lima e Silva (2016) apesar da unidade de terapia intensiva oferecer aos pacientes um tratamento individualizado com equipamentos avançados e uma equipe preparada, não deixa de ser um local que mais gera estresse aos pacientes. Duarte *et. al.* (2012) relata que esse fator estar interligado ao desconforto físico e mental levado pela à estrutura física, equipamentos, luminosidade, ruídos e movimentação das pessoas, assim como do isolamento e afastamento do convívio familiar.

Nesse contexto, Gomes e Carvalho (2022) corrobora relatando que todo esse estresse ocorre por conta dos desconfortos físicos e psicológicos que são advindos da estrutura física do ambiente, aos equipamentos que muitas das vezes emitem sons insuportáveis e a luminosidade excessiva. Por vez, Magalhães *et. al.* (2014) acrescenta o estudo acima citando que além dos alarmes emitidos dos equipamentos ali presentes, a intensa movimentação de profissionais, pessoas desconhecidas, o sentimento de morte eminente e o sofrimento constante trazem medo e angústia aos pacientes.

Gomes e Carvalho (2022) citam ainda que o estresse vivenciado pelos pacientes é influenciado pela intensidade, durabilidade, número e o ambiente dos agentes estressores. Os autores citam ainda que o estresse é visto como um momento tenso, que alteram o estado fisiológico e psicológico dos pacientes, sendo caracterizado por eles como um ambiente incompatível com a vida devido ao tipo de cuidados oferecidos e à gravidade das pessoas internadas nesse setor.

De acordo com pesquisas realizadas por Carrara, Ponciano e Baldo (2015) as características físicas e assistenciais das UTI's são vistas pelos pacientes como ambientes sombrios, trazendo sentimentos de morte, medo, depressão, ansiedade, abandono, agitações psicomotoras, desamparo, culpa, perda de sua autonomia, entre outros.

Dias, Resende e Diniz (2015) corroboram com os autores acima e citam que todos esses sentimentos supracitados são resultados de todas as peculiaridades que a UTI é composta, como a diversidade de equipamentos, ruídos advindo dos mesmos, a luminosidade excessiva, dentre



diversos fatores, levando a problemas físicos e psicológicos que contribuem para o agravamento ou retardando da sua recuperação.


De acordo com as pesquisas realizadas por Nogueira *et. al.* (2017) os pacientes relatam que durante o processo de hospitalização o doente sente-se carente, inseguro e frágil, por estarem distantes da família e de suas atividades diárias, tudo isso faz com os mesmos sintam-se desprotegidos. Porém, Duarte *et. al.* (2012) complementa os autores acima com o relato feito por alguns pacientes em sua pesquisando citando que o ambiente de terapia intensiva, por si só, pode ocasionar estresse devido à existência de vários equipamentos e seus alarmes constantes, além de atividades rotineiras como abrir lixeiro, gavetas, empurrar carrinho, abrir e fechar portas e cortinas, telefones tocando, manuseio de computadores, impressoras, entres outras causas comuns como o diálogo entre profissionais.

Corroborando com Duarte *et. al.* (2012) Lana *et. al.* (2018) cita que entre os principais estressores presentes na unidade de terapia intensiva está à poluição sonora, já citada por outros estudos, além da dor, a ansiedade e a falta de informação do seu quadro clínico. Outros estressores descritos pelos pacientes citados nos estudos de Gomes e Carvalho (2022) encontra-se a privação do sono, a solidão, a ansiedade, a insegurança, a aflição dos familiares e a submissão aos profissionais de saúde. Todos esses elementos juntos e acrescidos pela falta da família modificam o paciente levando a um desequilíbrio psicológico que, poderá influenciar na recuperação do mesmo, como relata Viega, Vianna e Melo (2013) complementando os autores acima.

Lana *et. al.* (2018) traz em suas pesquisas que os pacientes reclamam da mobilidade no leito limitada sendo vista como um importante fator estressor, uma vez que se deparam presos a aparelhos invasivos ou não, trazendo a sensação de estarem amarrados, desperta o sentimento de impotência por perderem sua autonomia e o controle da situação presente.

Outro fator estressor relata por Nogueira *et. al.* (2017) descrito pelos doentes internados em UTI é a dor aguda, que modifica consideravelmente os sistemas respiratório, cardiovascular, nervoso e sensorial. As consequências causadas pela dor aguda pode afetar o estado emocional do paciente, trazendo à agitação psicomotora, onde o paciente pode vir a retirar os equipamentos e dispositivos indispensáveis para a monitorização, acarretando danos à sua saúde e atrasando a sua recuperação.

Nesse contexto, estar internado em uma unidade de terapia intensiva pode gerar uma carga de estresse e angústia muito significativa para os pacientes, sendo vista como uma



experiência triste e dolorosa que causa sentimentos negativos, sendo agregado à dor física e emocional, sofrimento, isolamento, falta de liberdade e independência.

#### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA A REDUÇÃO DE ESTRESSE ENTRE OS PACIENTES INTERNADOS EM UTI.


De acordo com os estudos realizados por Magalhães *et. al.* (2014) falar sobre o estresse no contexto da assistência de enfermagem ao paciente internado na UTI tornou-se de suma importância, para a realização de um cuidado humanizado visando uma recuperação menos traumática. Nesse sentido, Silva, Castro, Maia (2016) complementam os estudos supracitados comentando sobre a necessidade de produções de protocolos assistenciais na tentativa de minimizar a exposição dos pacientes a fatores estressores, como a dor, a angústia, a solidão, a insônia e ao desconforto com o uso de equipamentos invasivos.

Magalhães *et. al.* (2014) cita que a implementação desses protocolos deve ser realizada pela equipe de enfermagem abordando principalmente a avaliação e o tratamento sistematizado da dor, acompanhado da administração de analgésicos e o emprego de checklists para ser avaliado com mais frequência à necessidade da utilização dos tubos, com a finalidade da retirada mais precoce possível.

Catolé, Lima e Silva (2016) corroboram com os estudos de Dias, Resende e Diniz (2015) mencionando que durante o sono acontecem diversas alterações fisiológicas atreladas às funções orgânicas que ajudam na recuperação clínica do paciente e segundo os autores acima é dever da equipe de enfermagem realizar intervenções que auxiliem em padrões de sono e repouso com qualidade. Ou seja, a equipe deve realizar cuidados de enfermagem como, reduzir as luzes da cabeceira no período da noite, realizar os procedimentos de enfermagem de preferência durante o dia, realizar mudança de decúbito no leito para que o paciente sinta-se confortável, reduzir os ruídos e a circulação desnecessária de profissionais perto dos leitos.

De acordo com Gomes e Carvalho (2022) as intervenções implementadas pela equipe de enfermagem devem abranger também o diálogo entre a equipe, o paciente e a família, sendo visto como um importante redutor de estresse e ansiedade, além de criar um elo de confiança, esclarecendo dúvidas que possam aparecer durante a internação na UTI.

Lana *et. al.* (2018) complementa citando da importância da comunicação não verbal, visto que, existem pacientes em UTI que apresentam barreiras no processo de verbalização, fazendo com que o profissional de enfermagem se adapte as necessidades de seus pacientes através do uso de instrumentos como, por exemplo, lápis, papel e caderno, evidenciando



interesse na comunicação e na interpretação de seus sinais e envolvendo a família durante o horário de visita.

Outro ponto abordado pelos pacientes como fatores estressores durante a internação em uma unidade de terapia intensiva é a principalmente o convívio familiar, nesse contexto, uma estratégia que pode ser utilizada pelo enfermeiro é a flexibilização dos horários de visitas, pois de acordo com o estudo esse horário é curto, impossibilitando a realização de uma aproximação e um cuidado maior da família, pois os mesmos relatam que a presença do familiar transmite tranquilidade e confiança como cita Lana *et. al.* (2018).


Nogueira *et. al.* (2017) cita os cuidados com a hidratação dos pacientes, pois em alguns casos eles ficam impossibilitados de expressar sede, por tanto, um dos cuidados que devem ser realizados pelo enfermeiro é manter os lábios úmidos, podendo utilizar o auxílio de sprays de água e hidratante labial. Assim como, utilizar os protocolos já citados para reavaliar com frequência da necessidade do paciente permanecer com tubos ou sondas, a fim de proporcionar bem-estar e melhor sua mobilidade no leito.

Fatores psicológicos e emocionais podem ser evidenciados pelo déficit de atividades recreativas e o afastamento da família e da sociedade. Nesse contexto, Catolé, Lima e Silva (2016) e Lana *et. al.* (2018) enfatizam a possibilidade de a enfermagem realizar ações de interação social, com a utilização de rádio ou músicas, impedindo que o paciente fique horas olhando para o teto e vivenciando esse momento de forma negativa.

Contudo, os resultados recomendam que a assistência de enfermagem prestada ao paciente internado na unidade de terapia intensiva deve ser oferecida de forma individualizada, levando em consideração as necessidades de cada paciente e que considere os fatores que estão provocando estresse no paciente, independente do tipo e intensidade desses fatores.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos resultados pode se observar que o processo de internação na UTI desencadeia nos pacientes uma série de fatores negativos, dentre os quais se podem destacar a dor, o isolamento, as limitações, a falta de privacidade, a angústia, os ruídos constantes, a falta de comunicação, o afastamento da família, dentre outras presentes durante o tratamento. Todos esses fatores estressores indicados durante o estudo podem ser identificados pela equipe de enfermagem e devem ser cuidados diariamente através de um plano de cuidado individual prescrito pelo enfermeiro, viabilizando a recuperação e reabilitação do paciente.



Sendo assim, é dever da enfermagem realizar o diagnóstico, intervenção e avaliação dos mesmos, no intuito de prevenir e minimizar os danos causados por esses fatores. Esses cuidados necessitam da disponibilidade da equipe, levando em consideração a individualidade de cada paciente, assim como, trabalhar com os fatores que não podem ser modificados, como os suportes momentâneos que são necessários para a recuperação do paciente.

Contudo, os cuidados de enfermagem nesse contexto devem ser realizados de forma humanizada, assistindo o paciente como um todo, a fim de impedir que a sua condição emocional afete a sua recuperação física, uma vez que, o tipo de assistência prestada pelos profissionais de saúde tem grande influência nos estado emocional das pessoas internadas.

Por fim, a realização desse trabalho nos permitiu perceber a influência positiva em conhecer os impactos que todos os equipamentos, acrescido dos sentimentos de angústia, desespero e isolamento, causam no paciente se tornam essenciais para se planejar a assistência de forma humanizada.

## REFERÊNCIAS

BARTH, A. A.; WEIGEL, B. D.; DUMMER, C. D.; MACHADO, K. C.; TISOLT, T. M. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**, v.28, n.3, pp. 323-329, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0323.pdf>>. Acesso em: 20.02.2022;


CARRARA, G. L. R.; PONCIANO, J. A.; BALDO, P. L. Percepções e fatores estressantes de pacientes em uma unidade de terapia intensiva: atuação da enfermagem. **Revista Fafibe Online**, v.8, n.1, pp. 246-264, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000200277&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200277&lang=pt)>. Acesso em: 12.03.2022;

CATOLÉ, M.; LIMA, C. B.; SILVA, S. O. P. Estresse nas unidades de terapia intensiva. **Rev.Tema em saúde**, v.16, n.3, p.264-286, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2018000200187](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000200187)>. Acesso em: 02.03.2022;

DIAS, D. S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. C. L. M. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 27, n. 1, pp. 18-25, 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2015000100018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100018&lang=pt)>. Acesso em: 20.02.2022;

DUARTE, S. T.; MATOS, M.; TOZOL, T. C.; TOSOL, L. C.; TOMIASIL, A. A.; DUARTE, P. A. D. Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.2, pp.285-90, 2012. Disponível





em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200013&lang=pt)>. Acesso em: 20.02.2022;

GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Rev. SBPH**, v. 21, n. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez., 2022. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10.03.2022;

LANA, L. D.; MITTMANN, P. S.; MOSZKOWICZ, C. I.; PEREIRA, C. C. Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica trimestral de enfermeira**. n. 52, p. 591-601, 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-580.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-580.pdf). Acesso em: 12.03.2022;

MAGALHÃES, F. M. N. M.; JESUS, S. A.; GOIS, C. F. L.; LLAPA-RODRÍGUEZ, E. O.; MARQUES, V. S. D. R.; CAMPOS, M. P. A.; MATTOS, M. C. T.; RESENDE, G. G. S. Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica. **Rev. Enfermagem em Foco**, v.5, n.2, pp.8-12, 2014. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/596>>. Acesso em: 20.02.2020;

NOGUEIRA, J. J. Q; FERREIRA, J. A; ALBUQUERQUE, A. M; AGRA, G. Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes. **Rev. Fund. Care Online**. v.9, n.1, pp. 51-56, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002019000100083&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100083&lang=pt)>. Acesso em: 20.02.2020;

OLIVEIRA, E.M.; CAMBUH, C. P.; EDUVIRGEM, J.; VASCONCELOS, C. R. Práticas atribuídas à enfermagem intensivista em relação à prevenção do transtorno do estresse pós-traumático. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, v.12, n.11, 2018. Disponível em: < <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/sauDeDesenvolvimento/article/view/958>>. Acesso em: 04.03.2020;

SILVA, V. P.; CASTRO, J. G.; MAIA, M. Z. B. Estressores para o paciente da unidade de terapia intensiva do hospital regional público de Gurupi – Tocantins. **Rev. Cereus**, v. 8, n. 3, set/dez., 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2015000100018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2015000100018&lang=pt)>. Acesso em: 22.02.2020;

SILVA, E. F.; CARDOSO, L. C. C.; SANTOS, D. B. C. Atuação da enfermagem a família frente ao paciente em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. Ciências Biológicas e de Saúde**, v. 5, n. 1, pp. 133-144 ,2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5374>. Acesso em: 12.03.2020;

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, v.8, n.1, pp.102-06, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)>. Acesso em 15.02.2020;

VEIGA, E. P.; GOMES, V. L.; MELO, G. F. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca.



**Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n.3, pp. 65-77, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0741.pdf>>. Acesso em: 02.03.2020.

# CAPÍTULO 20

## INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA ADESÃO AO ESQUEMA VACINAL DE CRIANÇAS ADSTRITAS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rafael Gomes Sousa  
Ana Paula Ferreira Maciel  
Orlene Veloso Dias  
Rosângela Barbosa Chagas  
Celma Ramos Lima  
Sarah Mikaele Martins Santos  
Emilly Araújo Barbosa  
Maria Luiza Oliveira Silva


### RESUMO

**Introdução:** A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde e uma das políticas que complementam essa iniciativa é o Programa Nacional de Imunização. Entretanto, a manutenção das coberturas vacinais para o público infantil ainda constitui um desafio em várias regiões do país. Tendo em vista a importância da vacinação, bem como o impacto epidemiológico que a sua prática causa na população, fez-se necessário a realização deste estudo que objetiva analisar a adesão vacinal das crianças de 0 a 6 anos adstritas em um território de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família em um município mineiro. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação de perfil não epidemiológico. A amostra deste estudo foi de 99 crianças cadastradas no sistema virtual de saúde da unidade. **Resultados:** Do total, foi levantado que 12,3% das crianças estavam com os cartões vacinais desatualizados, conforme a idade e imunização preconizada. O cenário observado em junho, após a intervenção dos acadêmicos, foi diferente. O percentual de crianças com a situação vacinal atualizada passou a ser de 94,3%. **Conclusão:** Pode-se aferir que a adesão vacinal nas crianças de 0 a 6 anos de idade do território estava acima da média nacional, porém abaixo da média ideal. As causas para esse número podem ser apontadas por fatores multicausais. Conclui-se também que a busca ativa efetuada pelas Agentes Comunitárias de Saúde teve grande impacto no aumento desse número, corroborando com a eficácia e custo-benefício da abordagem metodológica utilizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cobertura Vacinal; Vacinação; Monitoramento; Estratégia de Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada e o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resultado, foi implementada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que possui o objetivo de desenvolver uma atenção integral, bem como uma ampliação do acesso à saúde (PINTO, GIOVANELLA, 2018). Uma política que complementa essa iniciativa é o Programa Nacional de Imunização (PNI), uma estratégia para o controle das doenças imunopreveníveis no Brasil. Nessa política são disponibilizadas 21 vacinas para mais



de 20 doenças, que contemplam os mais diversos públicos – crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas (BRASILa, 2020).

Entretanto, a manutenção das coberturas vacinais produz um paradoxo entre a eficácia e a adesão. Esse fenômeno é explicado pelo sucesso da cobertura vacinal, que resulta na não convivência da população com as patologias, o que diminui a sua adesão. Nesse contexto, surge o medo dos efeitos colaterais e a disseminação de *fakenews* sobre os imunobiológicos. Os movimentos antivacina estão cada vez mais frequentes e divulgam informações errôneas sem base científica sobre os riscos das vacinas, que aliados a fatores operacionais, tornam mais difícil a acessibilidade da comunidade e o monitoramento da vacinação (SATO, 2018; BRASILb, 2020).

A comunicação social, principal estratégia do Movimento Vacina Brasil, é indispensável para ampliar o acesso às informações baseadas em evidências científicas, em especial sobre os benefícios da vacinação com objetivo de reverter a redução das coberturas vacinais. A divulgação nas mídias, busca ativa dos não vacinados nas populações-alvo, parcerias com escolas e universidades, ampliação dos horários de funcionamento dos postos de vacinação bem como a mobilização da sociedade civil e colaboração das sociedades científicas, dentre outros, são estratégias complementares para o enfrentamento da situação atual (DOMINGUES *et al.*, 2019).

Tendo em vista a importância da vacinação, bem como o impacto epidemiológico que a sua prática causa em uma população adstrita, fez-se necessário a realização deste estudo. No intuito de ofertar um legado de impacto no campo em questão. Realizar levantamentos específicos da vacinação é necessário para ratificação de eficácia da abrangência de imunização de um território. Dessa forma, pretende-se descrever a adesão vacinal das crianças de 0 a 6 anos de idade adstritas em um território de uma equipe de ESF em um município mineiro.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação de perfil não-epidemiológico, realizado em uma Estratégia de Saúde da Família – ESF em um município mineiro, no período de abril à junho de 2021. Utilizou-se do método do Arco de Manguerez para a escolha da temática e intervenção. Para tanto, durante a observação da rotina do serviço, foi evidenciado pela enfermeira da Unidade a possível não adesão vacinal do público infantil em seu território. Perante essa realidade, os acadêmicos aventaram possibilidades de levantamento vacinal e intervenção nos resultados.



Para a coleta de dados utilizou-se a plataforma virtual do município: Mais Saúde Digital, no qual se encontram todas as informações de consultas, vacinas e procedimentos realizados no município. Participaram do estudo 99 crianças, de 0 à 6 anos de idade (5 anos 11 meses e 29 dias), cadastradas no território adstrito pela ESF. A escolha de definição do cenário do estudo se deu por ser o território de atuação de internato dos acadêmicos de enfermagem do nono período, cujo objetivo era produzir uma ação de impacto na comunidade inserida.

Foram realizadas análises descritivas por meio do cálculo de média, frequências absoluta e relativa. Neste estudo, para definição dos sujeitos, foi utilizado senso, ou seja, a quantidade dimensionada para a pesquisa teve por base o número total de participantes que enquadravam no público citado. Como critério de inclusão para análise considerou-se: crianças (menores de 5 anos 11 meses e 29 dias) usuárias do Sistema Único de Saúde, abrangidas pelo território mencionado, apresentar cartão virtual lançado no sistema virtual do município. Os critérios de exclusão relacionam - se com a mudança do usuário do território.

A intervenção teve por objetivo a reversão dos índices de não adesão dos públicos através da busca ativa, ou seja, uma estratégia de buscar o público até o serviço de saúde, sem esperar que eles o busquem. Para essa função foram acionadas os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, profissionais que já têm por ofício o encaminhamento da população aos serviços de saúde, além de estarem em contato direto e diário com os usuários não vacinados. Para tanto, após feito o levantamento vacinal, os dados foram apresentados à enfermeira da equipe de modo a proceder a atualização dos dados no supracitado sistema e sensibilizar os ACS para a busca ativa das crianças com situação vacinal em atraso. Estes foram apresentados nominalmente para a equipe para que fosse feita a busca ativa dirigida.

Este trabalho de pesquisa apresenta uma interface com a extensão, uma vez que se trata de um serviço para a comunidade externa. Utilizou-se o seguinte percurso metodológico: 1. A estimativa da cobertura vacinal em crianças (de 0 à 6 anos); 2. A disponibilização das vacinas na ESF; 3. Realização das ações de intervenção na qual foi realizada uma atividade de sensibilização com a enfermeira da equipe, sendo apontados os dados coletados no primeiro momento. Foi entregue a relação dos nomes das crianças com atraso vacinal e direcionado a busca ativa por meio das ACS.

## **RESULTADOS**

Participaram deste estudo todas as crianças adstritas na ESF, o senso da população no local apontaram para 99 crianças cadastradas no sistema virtual de saúde do território analisado.

Desse total foi levantado, em abril, que 73 crianças estavam com os cartões vacinais atualizados conforme a idade e imunização preconizada, esse número representa 73,3% da amostra. Além disso, percebeu-se que 12 (12,3%) crianças estavam com pelo menos uma imunização atrasada para idade e 14 (14,3%) não possuíam informações vacinais no sistema virtual (Tabela 1).

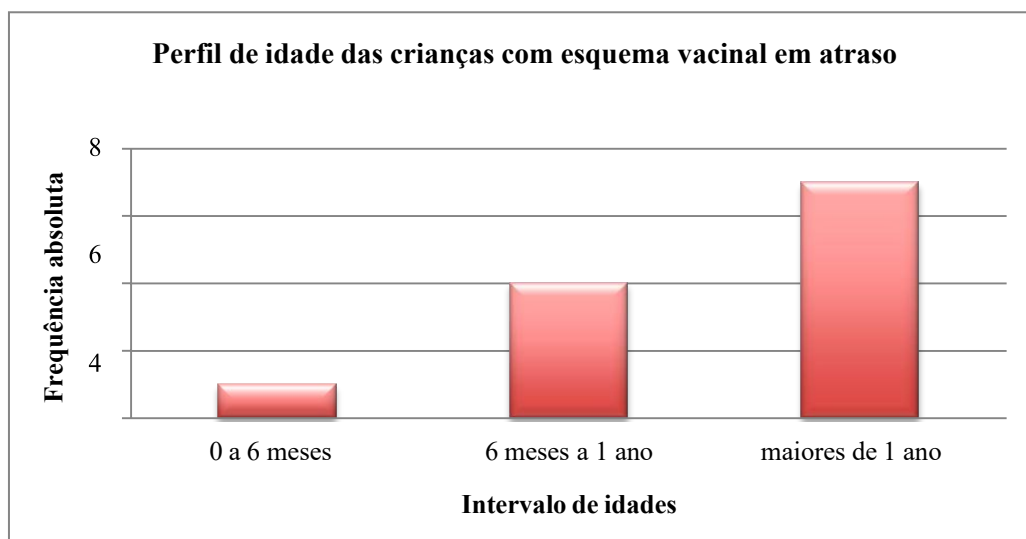
**Tabela 1:** Situação vacinal das crianças de 0 a 6 anos no mês de abril de 2021 em uma ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2021).

Situação Vacinal	Frequência absoluta	Frequência relativa
	N	%
Em dia	73	73,3
Atrasadas	12	12,3
Sem informação	14	14,3
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2021.

Do total de crianças com a situação vacinal desatualizada pode-se extrair a faixa etária desse público. Notou-se que a maior parte delas eram crianças maiores de 1 ano de idade, um total de 7, o que representa 58,3% das crianças com cartão pendente de imunização. A faixa etária de 6 meses a 1 ano foi a segunda mais apontada com 4 crianças (33,3%) e 0 a 6 meses com 1 criança (8,3%) (Gráfico 1).

**Gráfico 1:** Idades das crianças com imunizações desatualizadas em abril de 2021 em uma ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2021).



Fonte: Autoria própria, 2021.

Em relação às crianças que não tinham informações de sua situação vacinal no sistema virtual, observou-se 9 (64%) delas haviam se mudado do território adstrito. As informações das



outras 5 crianças (36%) estavam ocultas por falhas computacionais que impediam a visualização dos dados. O cenário observado em junho, após a intervenção, foi diferente em alguns aspectos. O número de crianças com a situação vacinal atualizada subiu 21%. Levantou-se que após a entrega dos dados anteriores para a enfermeira responsável e conseqüentemente busca ativa das ACS as crianças sem pendências de imunização foram para 94,3%. Ademais, o número de crianças com a situação vacinal atrasada caiu 8%, com o número atual de 4 (4,3%) e 1 criança (1,3%) ainda obtinha falhas ao tentar acessar os seus dados vacinais (Tabela 2).

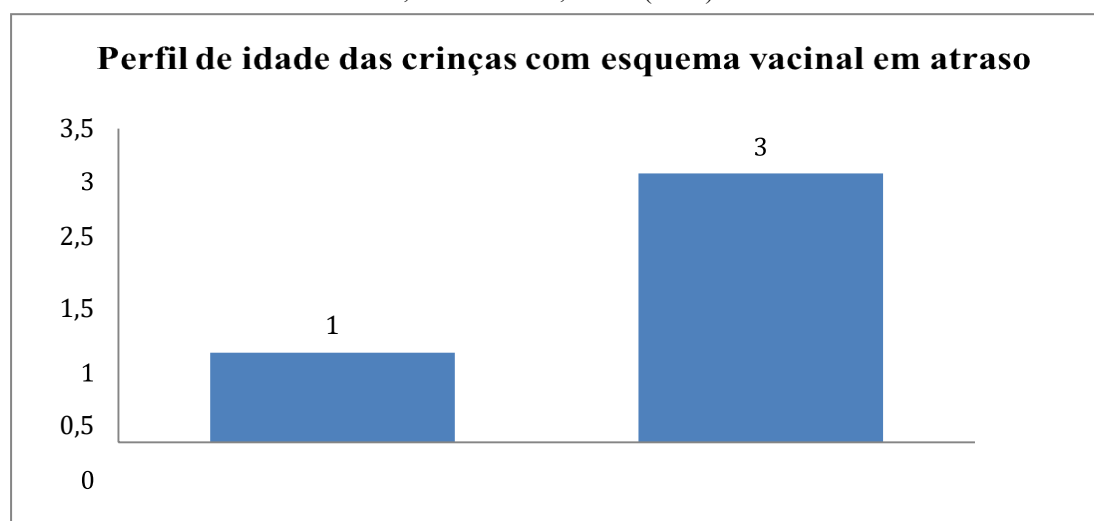
**Tabela 2:** Situação vacinal das crianças de 0 a 6 anos após intervenção em uma ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2021).

Situação Vacinal	Frequência absoluta	Frequência relativa
	N	%
Em dia	94	94,3
Atrasadas	4	4,3
Sem informação	1	1,3
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

Fonte: Autoria própria, 2021.

Após a intervenção observou-se que a idade predominante em atraso mantinha sendo as crianças maiores de 1 ano de idade, passando de 7 para 3, uma redução de 42,8% nessa faixa etária; essas crianças não foram encontradas em domicílio após duas tentativas de busca ativa (Gráfico 2).

**Gráfico 2:** Idades das crianças com imunizações desatualizadas em abril de 2021 em uma ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil (2021).



Fonte: Autoria própria, 2021.




## DISCUSSÃO

O presente estudo analisou a situação vacinal de 99 crianças com idade entre 0 à 6 anos. Foi evidenciado que 74,3% das crianças apresentavam o cartão vacinal em dia, 12,3% situação atrasada e 14,3% sem informação. Esses números estão abaixo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, cuja proposta do ideal é entre 90% e 95% para garantia de proteção social. Apesar disso, a realidade brasileira em 2020 apontava que metade das crianças no país ainda não havia recebido todas as vacinas que deveriam naquele ano. Segundo os dados do Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde (MS), os índices divulgados evidenciava uma cobertura vacinal em 51% para o calendário infantil (BRASILb, 2020).

A não adesão à vacinação dessas 12,3% de crianças analisadas no território em questão pode ser relacionada dentre outros motivos, por fatores sócio-econômicos. Segundo Alves *et al.* (2018), fatores como o nível de escolaridade dos pais interferem na compreensão da importância do cumprimento do calendário vacinal. Também é associada com o fator da falta de planejamento familiar, fazendo com que tenham mais filhos em curto período de tempo e exigindo maior carga de trabalho externo o que conseqüentemente dificulta a organização do tempo priorizando a vacinação como rotina.

Outro aspecto importante que contribuem com esses números é o acesso dificultado da população à Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que esta funciona em horário comercial, o que se torna um empecilho na acessibilidade à Unidade de Saúde, já que os responsáveis pelas crianças estão em horário laboral. Por conseguinte, foi verificada nesta pesquisa a possibilidade de haver um segundo responsável pelo cuidado da criança, foi identificado que a mãe é a principal responsável, em segundo lugar avós e raramente a figura paterna havendo uma sobrecarga sobre a mãe, que acaba por colocar o processo vacinal em segundo plano (ALVES; ELIAS; VERRI, 2018).

Esse fato é corroborado por Santos *et al.* (2016), que descreve em sua pesquisa o principal motivo que levou ao atraso dos imunobiológicos no calendário básico das crianças, foi a falta de tempo representando cerca de (21,2%) das causas informadas pelos responsáveis pela criança, em seguida da dificuldade de ir ao posto de vacinação (6,7%). As dificuldades das mães em encontrar as vacinas nos postos de sua área, também é um aspecto relacionado ao atraso no calendário vacinal, pois, conforme Alves *et al.* (2018), com a falta dos imunobiológicos há um deslocamento das crianças para áreas mais distantes, o que torna um fator contribuinte para a não adesão do calendário vacinal.




Para Araújo *et al.* (2020), dentre as razões encontradas durante sua pesquisa para justificar o atraso vacinal o receio dos pais em adoecer a criança após a vacinação. Foi o segundo motivo que é reforçado por Siewert *et al.* (2018), no qual relata em sua pesquisa que para 21 (51,3% das respostas) dos entrevistados, o medo da reação adversa foi maior do que o risco do contágio de uma doença potencialmente letal. Fato também observado por Couto; Barbieri (2015), que relaciona a não vacinação das crianças com a decisão dos responsáveis em não autorizá-la, acreditando que as vacinas trarão riscos desnecessários à saúde do filho visto que algumas doenças estão erradicadas em nosso país, baseando-se numa reinterpretação leiga do risco epidemiológico e da gravidade das doenças imunopreveníveis.

Outro ponto observado é a faixa etária das crianças com maiores atrasos vacinais (acima de 1 ano de idade). No estudo de Siewert *et al.* (2018), descreve que a faixa etária predominante no atraso vacinal foi a de crianças mais velhas entre 3 e 4 anos (49%). O autor investiga alguns pontos que explicam o efeito causa-consequência desse dado. Uma hipótese levantada por ele foi correlação, criada pelos pais, entre a quantidade excessiva de vacinas administradas com menos de um ano com a ideia de imunização completa e suficiente ao longo de toda a vida; fazendo com que os pais busquem cada vez menos os serviços de saúde conforme os seus filhos forem crescendo.

Ademais, observa-se outro dado pertinente: a não informação cadastral e vacinal de algumas crianças no sistema virtual de dados. A tecnologia está cada vez mais presente nos ambientes de saúde, entretanto, são necessárias vistorias constantes para evitarem perda de dados. Além de ter a adesão dos profissionais de saúde para a boa funcionalidade (DUARTE *et al.*, 2015). Um estudo realizado no Rio Grande do Sul aponta que não faz parte da cultura institucional utilizar as informações geradas a partir dos sistemas virtuais de informação, e os poucos dados que retornavam em nível local não eram devidamente aplicados, pois nem sempre os trabalhadores sabiam como utilizá-los. A preocupação com a formação e qualificação dos recursos humanos foi destacada neste estudo e pode significar um fator importante para a subutilização dos sistemas nos municípios (VIDOR, FISHER, BORDIN, 2011).

Além dos erros digitais foi apontado a mudança das famílias do território adstrito. Informação que só foi possível possuí-la devido ao contato diário das Agentes Comunitárias de Saúde têm com cada morador do território. Os ACS atuam como facilitador da comunicação que se estabelece no processo saúde-doença. Acredita-se que esses profissionais sejam para o sistema de saúde um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde (PREVIATO, BALDISSERA, 2018).



Apesar do cenário de adesão vacinal moderada em abril, percebeu-se que após a intervenção executada pelas ACS houve um aumento nesse valor. Tudo isso comprova e ratifica a importância da busca ativa para os serviços de saúde. Além de ser uma intervenção simples de baixo recurso financeiro. Durante uma busca ativa é possível interagir não só com o usuário, de maneira isolada, mas com o mundo que o cerca, seu espaço e território. Entender e conhecer as relações que o usuário cria com sua moradia, familiares e sociedade, assim como o grau de envolvimento com os mesmos (LEMES, 2015).

Como limitação deste estudo destaca-se o curto espaço de tempo para atingir a proposta da intervenção por meio da busca ativa, possibilitando apenas duas visitas das ACS nos domicílios. Além disso, o contexto pandêmico impossibilitou a realização de educação em saúde com a temática para a comunidade. Para tanto, sugere que mais estudos longitudinais sejam realizados para avaliação da adesão vacinal de um território. Ademais, acentua-se a importância de realizar levantamentos periódicos de adesão vacinal, por parte da enfermagem, com objetivo de aumento na cobertura dos imunizantes.


## CONCLUSÃO

Pode-se aferir que a adesão vacinal nas crianças de 0 a 6 anos de idade do território está acima da média nacional, entretanto abaixo da média ideal. As causas para esse número podem ser apontadas por fatores multicausais que vão desde variáveis socioeconômicas, escolaridade dos pais, acesso à ESF até ao movimento antivacina vigente. Conclui-se também que a busca ativa efetuada pelas ACS teve grande impacto na redução desse número, o que é possível fazer uma relação direta entre essa abordagem dinâmica com o resultado na promoção de saúde de um território, corroborando com a eficácia e o custo-benefício dessa metodologia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Juliana; ELIAS, Surian; VERRI, Beatriz. Fatores contribuintes para a não adesão do calendário vacinal para crianças menores de 1 ano. **Revista Ensaios Pioneiros**, 2018. Disponível em: <<http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/3222.pdf>>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.

ARAÚJO, Maria Clara Gomes *et al.*. Fatores que interferem no cumprimento do calendário vacinal na infância. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Teresina, v.Sup.,n.42, p.1-10, Mar. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2874>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASILa, Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, Fundação Nacional de Saúde. 2020 Acesso em: 24 de Junho de 2021.

BRASILb, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.

COUTO, Maria Tereza; BARBIERI, Carolina Luiza A. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.20, n.1, p.105-114, Jan.2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Mxwd64Cq9mfjSRtmjx3VpdK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em : 24 de Junho de 2021.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos *et al.*. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, 2019, v.28, n.2. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/XRqmb64fFWpBpCCnHCrQjcf/?lang=pt>>. Acesso em: 28 de Junho de 2021.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado *et al.*. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-154, Fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun. 2021

LEMES, Paola Fernandes. Propostas de ações a serem realizadas pela equipe de enfermagem para o cumprimento do calendário vacinal pediátrico. 2015. 27 f. Tese (Doutorado) - Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, **Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, Uberaba, 2015.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**. v.23, n 6, p.1903- 1913, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1903-1914/>>. Acesso em: 28 de Junho de 2021.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2018, v. 22, n. Suppl2, pp. 1535-1547. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647>>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.

SANTOS, Guilherme Rodrigues Diniz *et al.*, Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n.1, p.55-64, Jan- Mar. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/yhbP5KwSZ59ZSkLbWS9mYwR/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.



SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. **Revista de Saúde Pública**. 2018. V.52, n.96. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/152007>>. Acesso em: 28 de Junho de 2021.

SIEWERT, Josiane Steil *et al.*, Motivos da não adesão de crianças à campanha de vacinação contra a influenza. **Cogitare Enfermagem**, Santa Catarina, v. 23, n.3, Jun.2018. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53788>>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.

VIDOR, Ana Cristina; FISHER, Paul Douglas; BORDIN, Ronaldo. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Revista de Saúde Pública [online]**. 2011, v. 45, n. 1, pp. 24-30. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100003>>. Acesso em: 24 de Junho de 2021.



# CAPÍTULO 21

## OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA ADULTOS HOSPITALIZADOS COM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Rafaela de Melo Araújo Moura  
Ana Márcia Nóbrega Dantas  
Jacira dos Santos Oliveira  
Maria Miriam Lima da Nóbrega

### RESUMO

**Introdução:** Com a finalidade de clarificar e aprimorar os conceitos específicos da Enfermagem, ressalta-se a utilização de Nomenclaturas, que servem como referência para a assistência de enfermagem prestada ao paciente, sem desconsiderar o julgamento clínico do enfermeiro. A fim de corroborar e aperfeiçoar terminologias utilizadas na prática profissional, ressalta-se que, o processo de enfermagem e os sistemas de classificação em enfermagem são utilizados como forma de organizar os conceitos centrais da Enfermagem, agrupando-os de acordo com suas características comuns. Destaca-se ainda que, além da utilização do processo de enfermagem e de sistemas de classificação para nortear a assistência de enfermagem, faz necessário a utilização de um modelo conceitual. **Objetivo:** Aplicar o processo de enfermagem a adultos hospitalizados na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Universidade Federal da Paraíba, utilizando a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa aplicada, do tipo estudo de caso clínico. Para o desenvolvimento do estudo de caso, foi utilizado o processo de enfermagem em cinco etapas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; e avaliação de enfermagem. **Resultados:** Foi realizado o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente hospitalizado com psoríase na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, de acordo com as Necessidades Humanas Básicas de Horta, obtendo-se os resultados: Necessidades Psicobiológicas: foram elencados 29 diagnósticos/resultados de enfermagem e, para estes, 148 intervenções de enfermagem; para as Necessidades Psicossociais, foram elencados 11 diagnósticos/resultados de enfermagem e, para estes, 48 intervenções de enfermagem; para as Necessidades Psicoespirituais, foi elencado um diagnóstico/resultado de enfermagem e, para este, 4 intervenções de enfermagem. Ao final, obteve-se o somatório de 41 diagnósticos/resultados de enfermagem e após exclusão de intervenções de enfermagem repetidas, somaram-se 175 intervenções de enfermagem, apresentando uma média de 4,27 intervenções de enfermagem por diagnóstico/resultado de enfermagem. **Conclusão:** Considera-se, portanto, que o objetivo proposto para este estudo foi alcançado, obtendo-se como resultados a aplicação do processo de enfermagem e a elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para adultos com psoríase. Os resultados deste estudo facilitarão a prática profissional e o registro de suas ações assistenciais, valorizando a Enfermagem enquanto ciência do cuidar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Estudos de Validação; Terminologia Padronizada em Enfermagem.



## INTRODUÇÃO

Conceito é um termo originado no latim *conceptus* que significa a representação de um objeto pelo pensamento por meio de suas características gerais, traduzindo a essência da realidade (MICHAELIS, 2022). Na Enfermagem, os conceitos são essenciais na representação de sua prática, são a base do conhecimento e da comunicação profissional, fornecendo subsídios para a construção do seu vocabulário próprio e padronizado (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013). Nessa perspectiva, os sistemas de classificação em enfermagem ou taxonomias são utilizados como forma de organizar os conceitos centrais da Enfermagem, agrupando-os de acordo com suas características comuns. Precisa-se desenvolver esses conceitos específicos para posteriormente classificá-los, de forma que eles possam representar a prática profissional do enfermeiro (BARROS; LEMOS, 2017).

Com a finalidade de clarificar e aprimorar os conceitos específicos da Enfermagem, ressalta-se a utilização de Nomenclaturas, que servem como referência para a assistência de enfermagem prestada ao paciente, sem desconsiderar o julgamento clínico do enfermeiro (NÓBREGA et al., 2018). No Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) foram realizados vários estudos voltados para o uso de Nomenclaturas, buscando-se contribuir para as ações assistenciais e para a documentação da prática da Enfermagem. Dentre esses estudos, destaca-se a “Nomenclatura de Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®” (NÓBREGA et al., 2011).

Na clínica médica do HULW/UFPB, o perfil de internamento está relacionado ao paciente acometido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são consideradas um grave problema de saúde pública, pois possuem etiologia multifatorial, manifestam-se de forma gradual e têm longa ou indefinida duração, apresentando possíveis períodos de agudização, que podem levar a incapacidades. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), as quatro DCNT de maior impacto mundial são: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas, destacando-se entre os principais fatores de risco de morte: hipertensão arterial, hiperglicemia em jejum, sobrepeso e obesidade. Essas alterações foram responsáveis por 23% das mortes no mundo em 2004 e 31% dos registrados nas Américas no mesmo ano. Em 2019, esses fatores foram responsáveis por 44,5% das mortes, ou seja, cerca de 3,2 milhões de mortes no mundo (OMS, 2021).




As DCNT tornam-se descompensadas, em sua maioria, quando não tratadas de forma adequada, constituindo-se em sérios problemas ao indivíduo, os quais repercutem de forma negativa em seu cotidiano e dificultam a realização de suas atividades habituais, interferindo, portanto, na sua autonomia, independência e capacidade funcional. Em decorrência de alguma DCNT, juntamente com estilo de vida inadequado à manutenção da saúde, o indivíduo torna-se mais vulnerável ao processo de adoecer, aumentando o risco potencial para o processo da hospitalização (CHIBANTE et al., 2015).

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução COFEN 358/2009 sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem. De acordo com a Resolução, a SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem” (COFEN, 2009, p.1), sendo preconizada sua utilização em ambientes públicos ou privados em que ocorra o cuidado de enfermagem. E o Processo de Enfermagem “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional” (COFEN, 2009, p.1), que corrobora a contribuição da Enfermagem na assistência à saúde da população, acrescentando visibilidade e reconhecimento profissional à categoria.

Nessa perspectiva, suscita-se ao enfermeiro implementação de uma assistência de enfermagem organizada e efetiva direcionado ao paciente crônico, utilizando-se como método o Processo de Enfermagem. De acordo a Resolução COFEN 358/2009, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes: Coleta de Dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem): coleta sistemática e contínua de informações relacionadas ao paciente; Diagnóstico de Enfermagem: análise da informação coletada para identificar os problemas do paciente, necessidades e recursos; Planejamento de Enfermagem: desenvolvimento de um plano de cuidados, onde se prescrevem intervenções para obter resultados esperados; Implementação: as intervenções identificadas são realizadas; e Avaliação de Enfermagem: a precisão dos diagnósticos e a efetividade das intervenções são avaliadas em relação ao progresso do paciente (COFEN, 2009).

Analisando-o como a base que sustenta e direciona o cuidado assistencial, o Processo de Enfermagem fornece subsídios para a construção do conhecimento de modo deliberado, sistemático e contínuo, além de fortalecer a prática profissional no que se refere à comunicação multiprofissional e aos registros das ações assistenciais executadas (GARCIA, 2016). Dentre as terminologias de enfermagem publicadas, optou-se neste estudo pela utilização da




Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), por ser um instrumento amplo e de grande representatividade na prática da Enfermagem no âmbito mundial. Desde 2005 a CIPE<sup>®</sup> possui modelo multiaxial, facilitando o desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos. A construção dos Subconjuntos da CIPE<sup>®</sup> agiliza o trabalho manual da Enfermagem, bem como gera possibilidade de introduzir o registro eletrônico na assistência ao paciente, além de permitir a composição de nomenclaturas com termos da linguagem regional, favorecendo a elaboração de subconjuntos de acordo com áreas específicas, tornando-se uma tecnologia inovadora frente aos demais sistemas de classificação (NÓBREGA et al., 2018). O uso da CIPE<sup>®</sup> facilita o raciocínio clínico e a comunicação profissional, estabelecendo padrões de cuidados universais e, conseqüentemente, proporcionando melhoria na qualidade da assistência, por meio da sistematização, do registro e da quantificação do atendimento de enfermagem prestado ao cliente (GARCIA, 2018).

Destaca-se ainda que, além da utilização do processo de enfermagem e de sistemas de classificação para nortear a assistência de enfermagem, faz necessário a utilização de uma teoria ou modelo conceitual. A Enfermagem possui várias teorias e modelos de enfermagem, dentre elas, optou-se por utilizar nesse estudo, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, não somente por ser a Teoria utilizada nos estudos anteriores realizados no âmbito do HULW, mas por corroborar o entendimento de que o ser humano possui Necessidades Psicobiológicas, relacionadas ao corpo físico dos indivíduos; Necessidades Psicossociais, relacionadas à convivência com outros indivíduos; e Necessidade Psicoespirituais, relacionadas aos valores e crenças dos indivíduos. Tais Necessidades estão intimamente interligadas e possuem características universais, ou seja, são comuns a todos os seres humanos. Mas, apesar de seu atributo universal, as Necessidades sofrem variação entre um indivíduo e outro de modo individualizado, cabendo ao enfermeiro desempenhar as funções que lhe competem, a fim de reverter as necessidades do indivíduo em desequilíbrio (HORTA, 2011).

Dessa maneira, tem-se como objetivo aplicar o processo de enfermagem a um adulto com psoríase hospitalizado na Clínica Médica do HULW/UFPA, utilizando a CIPE, de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Nascida em 1926 na cidade de Belém do Pará, Wanda de Aguiar Horta graduou-se em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP em 1948. Posteriormente, concluiu Licenciatura em História Natural (1953), Pós-graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à



Enfermagem (1962) e recebeu título de Doutora e Docente Livre em Fundamentos de Enfermagem (1968) (LEOPARDI, 2006), sendo considerada a primeira enfermeira brasileira que deu destaque à relevância profissional das Teorias de Enfermagem.


A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta foi publicada em 1979, desenvolvendo-se a partir da Teoria da Motivação Humana, de Abraham Maslow, baseado nas necessidades humanas básicas. Porém, Horta optou pela utilização da denominação de João Mohana, hierarquizadas em três níveis: Psicobiológico, Psicossocial e Psicoespiritual, sendo os dois primeiros níveis comuns a todos os seres vivos e o terceiro classificado como característica singular do ser humano. Ressalta-se que, as Necessidades estão inter-relacionadas, uma vez que o homem é um ser indivisível e não a soma de suas partes, por isso, todas elas se alteram (em maior ou menor intensidade) quando qualquer uma se manifesta (HORTA, 2011).

O modelo conceitual de Horta ampara-se em três leis gerais que regem os fenômenos naturais: a) Lei do equilíbrio: refere-se a interação do ser humano com o universo de modo constante, levando a estados de equilíbrios e desequilíbrios; b) Lei da adaptação: refere-se ao potencial de adaptação do ser humano com o meio em que se encontra, em busca do equilíbrio; e c) Lei do holismo: refere-se a ideia de que o homem e o universo formam uma entidade única, completa e intimamente associada, de modo que suas propriedades não podem ser descritas por meio de suas partes, buscando continuamente o equilíbrio. Na existência do equilíbrio dinâmico, as necessidades estarão latentes, surgindo com maior ou menor intensidade a depender do desequilíbrio estabelecido. As situações geradas a partir dos desequilíbrios das necessidades básicas do ser humano, são denominados como problemas de enfermagem e necessitam de sua intervenção profissional (HORTA, 2011).

Conceitua-se que a Enfermagem consiste na ciência e arte de assistir o indivíduo, família ou coletividade humana, no que se refere às suas necessidades básicas, com a finalidade de torna-lo independente desta assistência, seja na recuperação, manutenção ou promoção de sua saúde, “valendo-se para isso dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-química, biológicas e psicossociais” (HORTA, 2011, p.30). O assistir em enfermagem trata-se de fazer aquilo que o indivíduo, família ou coletividade humana não pode fazer por si só naquele momento; trata-se de auxiliar, orientar e/ou supervisionar, quando o ser humano está parcial ou totalmente impossibilitado de realizar o autocuidado (HORTA, 2011).

Partindo desses conceitos, infere-se as funções do enfermeiro sob três aspectos: área específica, área social e área de interdependência. Na área específica, o enfermeiro deve assistir





o ser humano (e não o seu desequilíbrio) de modo a satisfazer suas necessidades humanas básicas, ensinando o autocuidado sempre que possível. No âmbito da área social, deve-se atuar no ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal, e por melhorias assistenciais, associando-se à classe. Na área de interdependência, o enfermeiro deve compreender sua atividade como parte integrante da equipe de saúde, referente à manutenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, família ou coletividade humana (HORTA, 2011).


O Processo de Enfermagem trata-se da “dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas cujo foco é prestar assistência ao ser humano” (HORTA, 2011, p.34), sendo descrito em seis etapas: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem (HORTA, 2011). Fazendo a correlação entre o Processo de Enfermagem descrito por Horta (2011) e a Resolução 358/2009, obteve-se a redução de seis para cinco fases: na primeira fase, Coleta de Dados ou Histórico de Enfermagem; na segunda fase, Diagnóstico de Enfermagem; na terceira fase, Plano Assistencial ou Planejamento; e na quarta fase, Prescrição de Enfermagem ou Implementação, há apenas diferença em relação ao título; mas na quinta e sexta fases do Processo de Enfermagem descritas por Horta (2011), condensaram-se em Avaliação de Enfermagem, conforme a Resolução 358/2009.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa aplicada, do tipo estudo de caso clínico, desenvolvida em setembro de 2018, com um adulto acometido por psoríase, hospitalizado na Clínica Médica do HULW/UFPB. De acordo com Ventura (2007), pode-se adquirir conhecimento do fenômeno estudado com o aprofundamento de um único caso. Para o desenvolvimento do estudo de caso, foi utilizado o processo de enfermagem de acordo com a Resolução 358/2009 (COFEN, 2009). A coleta e análise dos dados foi realizada a partir da aplicação do Histórico de Enfermagem. O instrumento de coleta de dados utilizado (Histórico de Enfermagem) nesse estudo, foi adaptado do modelo utilizado na disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso II da Graduação em Enfermagem da UFPB, contendo as cinco fases do processo de enfermagem (COFEN, 2009) e tendo como fundamentação teórica o modelo conceitual de Horta (HORTA, 2011).

Para identificar os diagnósticos de enfermagem, utilizou-se o raciocínio diagnóstico, que envolve três etapas (LUNNEY, 2011): coleta de informações, análise e interpretações dessas informações e a denominação dos diagnósticos, tendo como base os enunciados construídos e validados para a “Nomenclatura de Diagnósticos, resultados e intervenções de






enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE<sup>®</sup> (NÓBREGA et al., 2011). Quando identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de diagnóstico de enfermagem construído, utilizou-se a CIPE<sup>®</sup> Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a sua construção, ou seja, incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento ou um achado clínico; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foram determinados os resultados esperados e as intervenções de enfermagem. No caso de ser identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de resultado de enfermagem, foram utilizadas a CIPE<sup>®</sup> Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a construção de um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista que se utilizam os mesmos eixos da CIPE<sup>®</sup> na sua construção, Foco e Julgamento, e o que determina a diferença entre os mesmos é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão a respeito do estado do paciente, problemas e/ou necessidades (diagnóstico) ou se é a resposta dada depois da implementação das intervenções (resultado). No caso de ser identificada uma nova situação para a qual ainda não existia um enunciado de intervenção de enfermagem construído, foram seguidas as recomendações de utilizadas a CIPE<sup>®</sup> Versão 2017, as diretrizes do CIE e da ISO 18.104:2014 para a sua construção, ou seja, incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerados como termos de qualquer um dos eixos, com exceção do eixo Julgamento; incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Ação, Cliente, Foco, Localização, Meios e Tempo. As intervenções foram implementadas, e os resultados avaliados durante todo o desenvolvimento do estudo clínico.

Este estudo está inserido no projeto de dissertação “Validação da Nomenclatura de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para a Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB”, o qual recebeu o Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa apresentando número do Parecer 2.519.189, em obediência aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 446/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Antecedendo a realização deste estudo, o paciente (e/ou responsável legal) foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, o método e possíveis riscos. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se o sigilo, a




voluntariedade em participar do estudo, e a desistência em qualquer momento da investigação, sem que lhes acarrete prejuízo ou constrangimento.

## RESULTADOS

### • Histórico de Enfermagem:

D.A.V., 43 anos, sexo masculino, católico, solteiro - mora só, ensino fundamental incompleto (5º ano), pedreiro, admitido na Clínica Médica do HULW/UFPB no dia 18/09/2018, proveniente de Patos-PB. Paciente com Psoríase diagnosticado em 2012, procurou o ambulatório de reumatologia do HULW apresentando lesões com crostas amareladas, descamativas e pruriginosas disseminadas pelo corpo, além do surgimento recente de dores articulares. Hipóteses de diagnósticos médicos: 1) Psoríase; 2) Hepatopatia crônica por álcool; 3) Eritrodermia descamativa; 4) Osteomielite?; 5) Infecção secundária. Ao exame físico (18/09/2018): **Necessidade de oxigenação:** eupneico, em respiração espontânea, Sat.: 98%, FR: 16mpm; **Necessidade de hidratação:** pele ressecada, turgor e elasticidade diminuídos, baixa ingesta hídrica (não sabe mensurar), extremidades livres de edema; **Necessidade de nutrição:** dieta por via oral, pobre em nutrientes (geralmente se alimenta com petiscos em bares), raramente ingere uma refeição completa, Peso atual:60kg, Altura:1m70cm, IMC:20,76kg/m2 (normal); **Necessidade de eliminação:** abdômen plano, flácido, timpânico à percussão, doloroso à palpação superficial em região do hipogástrio, fígado palpável, ruídos hidroaéreos presentes, eliminação vesical espontânea com odor e coloração normais e intestinal sem alterações, apresentando frequência de evacuação em média 4-6 vezes/semana; **Necessidade de sono e repouso:** sono e repouso satisfatórios; **Necessidade de atividade física:** sensação de exaustão física, energia física insuficiente, parestesia em membros inferiores e amplitude limitada de movimento das articulações dos membros superiores e inferiores; **Necessidade de segurança física e do meio ambiente:** dificuldade para deambular em decorrência das dores e limitações articulares (faz uso de bengala), Escala de Risco de Queda de Morse: 85 (alto risco); **Necessidade de cuidado corporal e ambiental:** higiene corporal precária, exalando odor fétido, higiene oral precária, apresentando falhas dentárias, cáries aparentes e halitose, unhas grossas, sulcadas e descoladas, com sujeira aparente; **Necessidade de integridade física:** mucosas hipocoradas (+/4+), face ruborizada, pele seca com fissuras e escamas, com rompimento da pele em toda a extensão corporal por lesões infectadas com exsudação amarelada e fétida, com bases eritematosas, exposição de material ortopédico em braço esquerdo (colisão de carro em 2014), acesso venoso periférico (AVP) em membro superior direito (MSD) pérvio, sem sinais flogísticos, Escala de Braden/Risco de Lesão por




pressão: 14 (risco moderado); **Necessidade de regulação vascular:** pulso radial periférico palpável, perfusão periférica preservada e rede venosa periférica comprometida, em decorrência das lesões de pele, ausculta cardíaca regular em 2T, bulhas cardíacas normofonéticas, ausência de varizes e equimoses, P:78bpm, FC:80bpm, PA:130x90mmHg; **Necessidade de regulação térmica:** normotérmico, T:36,8°C; **Necessidade de regulação neurológica:** consciente e orientado; **Necessidade de sensopercepção:** dores articulares à movimentação, tabagista e etilista há 30 anos, usuário de drogas ilícitas; **Necessidade de terapêutica e de prevenção:** não segue o tratamento para a manutenção de sua saúde, parou completamente o uso de medicação e acompanhamento médico há cerca de 1 ano, pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, não realiza atividade física regular, nega alergia medicamentosa; **Necessidade de comunicação:** comunicativo; **Necessidade de gregária:** relacionamento familiar conflituoso, refere que sua irmã se acha superior às outras pessoas e não gosta de receber sua ajuda; já a irmã refere que o paciente é uma pessoa muito complicada, de difícil convivência e que já tentou ajudá-lo várias vezes, mas não obteve sucesso (durante a admissão houve discussão entre os dois), relata falta de apoio e isolamento social; **Necessidade de segurança emocional:** relata tristeza desde 2012, após diagnóstico da psoríase, pois sua aparência modificou muito e, conseqüentemente, a qualidade das relações amorosas, pessoais e profissionais, deseja poder conviver socialmente sem passar por constrangimentos, demonstra preocupação pelo seu estado de saúde e medo da morte; **Necessidade de amor e aceitação:** não aceita o seu estado de saúde; **Necessidade de educação para a saúde e aprendizagem:** pouca compreensão das orientações, não possui clareza de ideias, principalmente em relação à gravidade do seu diagnóstico e do estágio atual da doença.

- **Evoluções de enfermagem**

Evolução (19/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (18/09); abdômen flácido, timpânico e doloroso à palpação em região do hipogástrio (4/10), fígado palpável, eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC). Refere limitação e dor articular intensa (10/10) e astenia. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:80bpm, PA:130x90mmHg; T:35,6°C.

Evolução (20/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas



hipocoradas (+/4+), ressecadas; AVP salinizado em membro superior esquerdo (MSE) pérvio (20/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, timpânico e doloroso; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC); sono satisfatório. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:78bpm, PA:130x90mmHg; T:36,5°C.

Evolução (21/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, refere tontura ao levantar-se; consciente e com quadro de desorientação, comunicativo; aceitou pouco dieta hospitalar, referiu náusea antes de alimentar-se; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono insatisfatório, acordou várias vezes durante a noite com pesadelos e tremores, refere que a causa é por estar sem ingerir bebida alcoólica; AVP salinizado em MSE pérvio (20/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, timpânico e doloroso; eliminação vesical espontânea e intestinal presentes e sem alterações (SIC). Refere sensação de exaustão física e mental, energia insuficiente. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. Hemograma: Hb:13,4g/dL, Ht:40,8%. SSVV: FR:18mpm, FC:62bpm, PA:140x90mmHg; T:36,1°C.

Evolução (24/09/2018): Paciente evolui estável, agitado, deambulando com ajuda, refere tontura ao levantar-se; consciente e com quadro de desorientação; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), ressecadas; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (22/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, doloroso; eliminação vesical espontânea presente e sem alteração e intestinal endurecida (SIC). Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:16mpm, FC:72bpm, PA:180x110mmHg; T:36,6°C.

Evolução (25/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda, refere melhora da tontura; consciente e com melhora da desorientação, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas hipocoradas (+/4+), hidratadas; sono insatisfatório; AVP salinizado em MSD pérvio (24/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, doloroso; eliminação vesical espontânea presente e sem alteração e intestinal endurecida (SIC). Refere pesadelos e alucinações visuais (viu animais). Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:18mpm, FC:78bpm, PA:140x80mmHg; T:36,5°C.

Evolução (26/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda; consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas

normocoradas, hidratadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (26/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor; eliminações fisiológicas sem alterações (SIC). Queixando-se de dor articular leve (2/10). Paciente impaciente, apresentando ansiedade por alta hospitalar. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. SSVV: FR:20mpm, FC:80bpm, PA:100x60mmHg; T:36,4°C.

Evolução (27/09/2018): Paciente evolui estável, deambulando com ajuda; consciente e orientado, comunicativo; aceitou dieta hospitalar; em respiração espontânea; pele e mucosas normocoradas, hidratadas; sono satisfatório; AVP salinizado em MSE pérvio (26/09), sem sinais flogísticos; abdômen flácido, indolor à palpação, fígado palpável; eliminações 87 fisiológicas sem alterações (SIC). Paciente bastante impaciente e agitado. Realizado intervenções propostas no planejamento da assistência de enfermagem para o paciente. Exame: USG de abdômen total: hepatomegalia associado à esteatose hepática grau I. SSVV: FR:20mpm, FC:80bpm, PA:120x70mmHg; T:36,4°C.

#### • Planejamento da Assistência de Enfermagem

**Quadro 1:** Planejamento da assistência de enfermagem de acordo com as Necessidades Humana Básicas de Horta, catalogadas por ordem cronológica. Fonte: Autoria própria, 2022.

Necessidade Afetada	Diagnóstico/Resultado de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem
<i>Necessidades Psicobiológicas</i>		
<b>Hidratação</b>	Hidratação da pele diminuída (18/09/2018) / Hidratação da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejar meta de ingestão de líquidos, de acordo com a necessidade do paciente;</li> <li>• Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos;</li> <li>• Orientar a utilização de cremes hidratantes.</li> </ul>
	Risco de desidratação (18/09/2018) / Risco de desidratação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a pele diariamente;</li> <li>• Monitorar coloração, frequência e volume urinário;</li> <li>• Instruir quanto à ingestão hídrica adequada;</li> <li>• Monitorar sinais de desidratação (diminuição do turgor da pele, mucosas secas);</li> <li>• Monitorar sinais vitais.</li> </ul>
<b>Nutrição</b>	Condição nutricional prejudicada (18/09/2018) / Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre a importância da nutrição adequada para reestabelecer o estado de saúde;</li> <li>• Monitorar aceitação alimentar;</li> <li>• Orientar sobre hábitos saudáveis alimentares, com refeições balanceadas;</li> <li>• Referir paciente ao serviço de nutrição.</li> </ul>
<b>Eliminação</b>	Flatulência (18/09/2018) / Flatulência melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultar ruídos hidroaéreos;</li> <li>• Avaliar distensão abdominal;</li> <li>• Estimular deambulação, sob supervisão;</li> <li>• Orientar a evitar alimentos que provoquem gases;</li> <li>• Orientar aumento do tempo de mastigação.</li> </ul>
	Náusea (21/09/2018) / Náusea resolvida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os fatores que causam ou potencializam a náusea;</li> <li>• Proporcionar alimentação satisfatória;</li> <li>• Encorajar o paciente a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente;</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre a ingestão de líquidos durante as refeições;</li> <li>• Orientar o paciente para evitar deitar-se logo após as refeições;</li> <li>• Orientar respirações profundas quando apresentar náuseas;</li> <li>• Manter o recipiente de eliminação próximo ao paciente.</li> </ul>
	Risco de constipação (24/09/2018) / Risco de constipação diminuído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar padrão de eliminação do paciente;</li> <li>• Estimular o consumo de alimentos ricos em fibras e a ingestão hídrica adequada;</li> <li>• Auscultar ruídos hidroaéreos;</li> <li>• Examinar o paciente quanto à distensão abdominal;</li> <li>• Comunicar a equipe de nutrição sobre o risco de constipação.</li> </ul>
	Eliminação urinária espontânea (18/09/2018) / Eliminação urinária espontânea mantida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar coloração, frequência e volume urinário;</li> <li>• Orientar sobre como identificar alterações na eliminação urinária;</li> <li>• Orientar sobre a importância da realização de higiene íntima adequada;</li> <li>• Reforçar orientação sobre a ingestão hídrica adequada.</li> </ul>
<b>Sono e repouso</b>	Sono prejudicado (21/09/2018) / Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar estressores individuais e orientar para reduzi-los;</li> <li>• Proporcionar ambiente calmo e sem ruídos após as 22 horas;</li> <li>• Planejar os cuidados de enfermagem para não interromper o sono do paciente;</li> <li>• Planejar os horários da medicação para possibilitar o máximo de repouso.</li> </ul>
<b>Atividade física</b>	Intolerância à atividade física (18/09/2018) / Intolerância à atividade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar repercussões hemodinâmicas durante e/ou após a realização de atividades de vida diária;</li> <li>• Avaliar nível de esforço durante as atividades;</li> <li>• Observar relatos da paciente sobre fraqueza, fadiga, dor ou dificuldade para realização de tarefas;</li> <li>• Proporcionar conforto ao paciente.</li> </ul>
	Mobilidade física prejudicada (18/09/2018) / Mobilidade física melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar limitações atuais, considerando as atividades diárias do paciente;</li> <li>• Orientar quanto à importância da deambulação;</li> <li>• Auxiliar e/ou orientar o auxílio na deambulação, se necessário;</li> <li>• Auxiliar e/ou orientar na realização das atividades de higiene, se necessário;</li> <li>• Ensinar precauções de segurança ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>• Orientar sobre a prevenção de lesão por pressão.</li> </ul>
	Fadiga (21/09/2018) / Fadiga melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fatores que contribuem e desencadeiam a fadiga;</li> <li>• Ajudar o paciente a priorizar atividades;</li> <li>• Auxiliar o paciente e/ou orientar acompanhante na realização das atividades (alimentação e higiene), se necessário;</li> <li>• Avaliar exames laboratoriais (hemoglobina e hematócrito);</li> <li>• Planejar períodos de repouso/atividade com o paciente.</li> </ul>
<b>Segurança física e do meio ambiente</b>	Infecção (18/09/2018) / Infecção resolvida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar os sinais e sintomas de infecção;</li> <li>• Orientar sobre a importância da lavagem das mãos;</li> <li>• Orientar o paciente sobre os cuidados necessários para eficácia do tratamento para a infecção;</li> <li>• Monitorar exames laboratoriais;</li> <li>• Monitorar sinais vitais.</li> </ul>



	Risco de queda (18/09/2018) / Risco de queda diminuído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o risco de queda por meio de uma escala;</li> <li>• Auxiliar e/ou orientar auxílio na deambulação, se necessário;</li> <li>• Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário;</li> <li>• Checar presença de barra no banheiro e piso antiderrapante no quarto e banheiro;</li> <li>• Orientar sobre o uso de calçados antiderrapantes;</li> <li>• Ensinar medidas de segurança na prevenção de quedas;</li> <li>• Orientar sobre a utilização de dispositivos auxiliares da deambulação, se necessário;</li> <li>• Elevar grades do leito, se necessário;</li> <li>• Orientar sobre sentar-se no leito por alguns minutos antes de se levantar;</li> <li>• Orientar sobre pedir ajuda ao sair do leito, se necessário.</li> </ul>
<b>Cuidado corporal e ambiental</b>	Capacidade de autocuidado prejudicada (18/09/2018) / Capacidade de autocuidado melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as habilidades e capacidades de autocuidado;</li> <li>• Orientar a paciente a criar uma rotina de atividades de autocuidado no ambiente hospitalar;</li> <li>• Estimular as atividades de autocuidado;</li> <li>• Auxiliar e/ou orientar auxílio nas atividades de vida diária, se necessário;</li> <li>• Oferecer e/ou orientar auxílio até que o paciente esteja capacitado a assumir o autocuidado;</li> <li>• Referir paciente ao serviço social.</li> </ul>
<b>Integridade física</b>	Acesso intravenoso preservado (18/09/2018) / Acesso intravenoso preservado mantido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar técnica asséptica ao paciente para manuseio e manutenção do acesso intravenoso;</li> <li>• Manter curativo oclusivo limpo, especificando calibre do cateter intravenoso e data da punção;</li> <li>• Manter acesso intravenoso pérvio com solução salina;</li> <li>• Realizar troca do acesso intravenoso, quando necessário.</li> </ul>
	Ferida infectada (18/09/2018) / Ferida infectada melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar hábitos de higiene pessoal;</li> <li>• Orientar quanto à importância de higiene corporal;</li> <li>• Encorajar a ingestão adequada de nutrientes e líquidos;</li> <li>• Avaliar a evolução das lesões;</li> <li>• Realizar curativo diário ou quando necessário.</li> </ul>
	Integridade da pele prejudicada (18/09/2018) / Integridade da pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar a pele do paciente;</li> <li>• Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada;</li> <li>• Orientar o paciente a manter as mãos limpas e unhas cortadas;</li> <li>• Aplicar compressa fria e medicamento tópico, conforme prescrição;</li> <li>• Realizar curativo diário ou quando necessário.</li> </ul>
	Pele seca (18/09/2018) / Pele seca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar parâmetros laboratoriais (ureia elevada);</li> <li>• Orientar quanto à hidratação da pele com produtos apropriados;</li> <li>• Monitorar as áreas ressecadas da pele;</li> <li>• Orientar quanto à ingestão adequada de nutrientes;</li> <li>• Instruir quanto à ingestão hídrica adequada;</li> <li>• Orientar o paciente e/ou acompanhante a executar rotina de cuidados com a pele.</li> </ul>
	Prurido (18/09/2018) / Prurido resolvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar que a fricção da pele seja realizada com a polpa digital, se necessário;</li> <li>• Orientar quanto ao autocuidado com a pele;</li> <li>• Aplicar cremes ou óleos adequados sempre que necessário;</li> <li>• Realizar troca de lençóis sempre que necessário;</li> <li>• Verificar diariamente a pele do paciente.</li> </ul>


	Risco de lesão por pressão (18/09/2018) / Risco de lesão por pressão diminuído	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar a pele do paciente e avaliar as áreas de pressão;</li> <li>• Orientar o paciente sobre os cuidados com a pele, mantendo-a limpa, seca e hidratada;</li> <li>• Orientar ingestão nutricional adequada;</li> <li>• Manter lençóis limpos, secos e esticados;</li> <li>• Orientar mudança de decúbito de duas em duas horas e períodos de deambulação, quanto tolerado;</li> <li>• Proteger as proeminências ósseas a cada troca de posição corporal.</li> </ul>
<b>Regulação vascular</b>	Pressão arterial alterada (24/09/2018) / Pressão arterial controlada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar fatores relacionados à alteração da pressão arterial;</li> <li>• Monitorar a pressão arterial;</li> <li>• Monitorar queixas de tonturas e/ou cefaleia;</li> <li>• Desestimular consumo de sódio;</li> <li>• Orientar quanto à importância da redução do estresse e ansiedade.</li> </ul>
<b>Sensopercepção</b>	Dor musculoesquelética intensa (10/10) (18/09/2018) / Dor musculoesquelética melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10;</li> <li>• Investigar os fatores que aumentam a dor;</li> <li>• Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis;</li> <li>• Observar os sinais não verbais da dor;</li> <li>• Avaliar a condição do paciente após administração de analgésico.</li> </ul>
	Dor em hipogástrio moderada (8/10) (18/09/2018) / Dor em hipogástrio melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a intensidade da dor utilizando a escala de 0 a 10;</li> <li>• Investigar os fatores que aumentam a dor;</li> <li>• Ajudar o paciente a ficar em posições confortáveis;</li> <li>• Observar os sinais não verbais da dor;</li> <li>• Administrar analgésico, conforme prescrição médica.</li> </ul>
	Orientação no tempo e no espaço prejudicada (21/09/2018) / Orientação no tempo e no espaço melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações básicas (lugar, tempo e data), quando necessário;</li> <li>• Observar a orientação no tempo, pelo correto conhecimento do dia da semana, mês e ano;</li> <li>• Observar se o paciente tem noção do tempo decorrido no hospital;</li> <li>• Perguntar sobre dados pessoais (nome, idade, data de nascimento);</li> <li>• Perguntar sobre o lugar (nome do hospital, andar, cidade, endereço);</li> <li>• Solicitar a colaboração da família para ajudá-lo;</li> <li>• Usar uma abordagem calma com o paciente.</li> </ul>
	Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo) (21/09/2018) / Sintoma de abstinência melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciar sintoma de abstinência;</li> <li>• Monitorar abstinência;</li> <li>• Manter o ambiente seguro;</li> <li>• Manter vigilância contínua;</li> <li>• Monitorar sinais vitais.</li> </ul>
	Alucinação (25/09/2018) / Alucinação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer relação de confiança com o paciente;</li> <li>• Manter o ambiente seguro;</li> <li>• Manter grades da cama elevadas à noite;</li> <li>• Manter vigilância contínua;</li> <li>• Encaminhar paciente ao serviço de psicologia.</li> </ul>
		Sintoma de abstinência (de afastamento ou de retirada de algo) (21/09/2018) / Sintoma de abstinência melhorado
<b>Terapêutica e de prevenção</b>	Não adesão ao regime terapêutico (18/09/2018) / Não adesão ao regime terapêutico melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar barreiras para a não adesão ao regime terapêutico;</li> <li>• Adequar à utilização dos medicamentos de acordo com a rotina diária da paciente;</li> <li>• Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença;</li> <li>• Orientar o paciente acerca do regime terapêutico proposto.</li> </ul>
	Falta de resposta ao tratamento (18/09/2018)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar o paciente ao tratamento proposto;</li> <li>• Orientar sobre a necessidade de aderir ao tratamento;</li> </ul>

	/ Falta de resposta ao tratamento melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apontar a importância da qualidade de vida mesmo com a cronicidade da doença.</li> </ul>
	Capacidade de gerenciar o regime terapêutico prejudicada (18/09/2018) / Capacidade de gerenciar o regime terapêutico melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento do paciente sobre o regime terapêutico;</li> <li>• Conhecer a condição social em que o paciente se encontra inserido;</li> <li>• Adaptar a orientação de acordo com seu nível de cognição;</li> <li>• Estimular a participação do paciente e da família no regime terapêutico.</li> </ul>
<b>• Necessidades Psicossociais</b>		
<b>Comunicação</b>	Comunicação preservada (18/09/2018) / Comunicação mantida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elogiar a expressão dos sentimentos;</li> <li>• Estimular a comunicação;</li> <li>• Orientar sobre a importância de manter o diálogo com a equipe de profissionais e familiares.</li> </ul>
<b>Gregária</b>	Isolamento social (18/09/2018) / Isolamento social melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encorajar a participação em atividades sociais, comunitárias ou grupos de apoio;</li> <li>• Orientar o paciente a envolver pessoas significativas em suas atividades sociais;</li> <li>• Encorajar maior envolvimento nas relações pessoais que forem estabelecidas;</li> <li>• Incentivar realização de atividades que promovam conforto emocional.</li> </ul>
<b>Segurança emocional</b>	Medo (da morte) (18/09/2018) / Medo da morte melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer vínculo de confiança;</li> <li>• Aproximar-se do paciente sem julgá-lo;</li> <li>• Identificar as causas desse sentimento;</li> <li>• Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde;</li> <li>• Adaptar orientações segundo grau de compreensão do paciente.</li> </ul>
	Tristeza crônica (18/09/2018) / Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer vínculo de confiança;</li> <li>• Estabelecer relação de apoio ao paciente;</li> <li>• Estimular o diálogo;</li> <li>• Ouvir atentamente o paciente;</li> <li>• Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos e preocupações;</li> <li>• Evitar comentário negativos;</li> <li>• Estimular o paciente a buscar pontos positivos da sua vida;</li> <li>• Encaminhar paciente ao serviço de psicologia.</li> </ul>
	Ansiedade da hospitalização (26/09/2018) / Ansiedade da hospitalização diminuída	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar o paciente a reconhecer sua ansiedade;</li> <li>• Estabelecer relação de apoio ao paciente;</li> <li>• Estimular o diálogo;</li> <li>• Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos;</li> <li>• Ouvir atentamente o paciente;</li> <li>• Orientar o paciente sobre a importância da vigilância clínica até resolução completa ou parcial do quadro;</li> <li>• Buscar junto ao paciente atividades para redução da ansiedade.</li> </ul>
<b>Amor e aceitação</b>	Atitude familiar conflituosa (18/09/2018) / Atitude familiar conflituosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover relação de confiança com a família;</li> <li>• Oportunizar à família para expressar os seus sentimentos e preocupações;</li> <li>• Aconselhar a família a entender os comportamentos do paciente;</li> <li>• Esclarecer atitudes de conflito da família;</li> <li>• Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos.</li> </ul>
	Bem-estar prejudicado (18/09/2018) / Bem-estar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar sentimento de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o</li> </ul>

		estado emocional do paciente; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunizar ao paciente a expressar seus sentimentos;</li> <li>• Oferecer apoio emocional;</li> <li>• Referir paciente ao serviço de psicologia.</li> </ul>
<b>Autoestima, autoconfiança, autorrespeito</b>	Autoimagem negativa (18/09/2018) / Autoimagem negativa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar fatores que interferem na autoimagem;</li> <li>• Orientar o paciente quanto à importância de fazer a barba, cortar os cabelos, cortar as unhas;</li> <li>• Incentivar a aceitação da imagem corporal.</li> </ul>
<b>Liberdade e participação</b>	Enfrentamento individual ineficaz (18/09/2018) / Enfrentamento individual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer vínculo de confiança;</li> <li>• Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos sobre o processo da doença;</li> <li>• Apoiar o paciente e avaliar a compreensão dele acerca do processo da doença;</li> <li>• Desenvolver estratégias para promover aceitação e enfrentamento da situação de saúde.</li> </ul>
	Processo familiar prejudicado (18/09/2018) / Processo familiar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar familiares quanto à doença e ao tratamento do paciente;</li> <li>• Orientar familiares quanto à importância do paciente conseguir aderir ao tratamento instituído;</li> <li>• Auxiliar os membros da família a implementar estratégias para normalização da situação de saúde do paciente.</li> </ul>
<b>Educação para a saúde e aprendizagem</b>	Manutenção da saúde prejudicada (18/09/2018) / Manutenção da saúde melhorada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatizar a importância da participação no cuidado para a recuperação e manutenção da sua saúde;</li> <li>• Orientar o paciente a desenvolver atividades e hábitos saudáveis (alimentação, exercícios) e o uso regular dos medicamentos, se necessário.</li> </ul>

#### • Avaliação de enfermagem

Avaliação (28/09/2018): Paciente recebeu ALTA HOSPITALAR. Durante o internamento apresentou receptividade as orientações e ações estabelecidas, obtendo melhora significativa de sua queixa inicial. O paciente seguiu o tratamento terapêutico instituído durante a hospitalização e demonstrou interesse em aprender sobre sua doença e a necessidade de tomar todos os medicamentos prescritos, bem como as mudanças necessárias em seu estilo de vida. Foi orientado a procurar atendimento ambulatorial nutricional, psicológico e com grupo de apoio (para o álcool e outras drogas), pois entendeu a necessidade e limitações que o diagnóstico trará para sua vida se não for tratado do modo correto, bem como o risco de morte aumentado. O processo de enfermagem foi aplicado desde o momento do internamento até a alta hospitalar, evidenciando-se como uma ferramenta eficaz no que se refere ao acompanhamento, organização do pensamento, decisões e das ações realizadas, bem como no estabelecimento de confiança entre paciente e pesquisadora. Porém, o paciente apresenta grandes dificuldades sociais, emocionais e relacionadas ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, não sendo possível obter o resultado esperado em alguns dos diagnósticos e intervenções traçadas, em decorrência também do curto período de internamento relacionado à grande complexidade da



história do paciente. Desta forma, os diagnósticos de enfermagem traçados e as intervenções de enfermagem elencadas, ocorreram dentro da possibilidade de realização pela pesquisadora.

## DISCUSSÃO

Na perspectiva do planejamento do cuidado de enfermagem, após a coleta de dados, foram elencados os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem para as necessidades que o paciente apresenta. A seguir serão discutidos diagnósticos prioritários para o paciente com psoríase.


Na **Necessidade de Hidratação**, aponta-se como relevante o diagnóstico/resultado de enfermagem **hidratação da pele diminuída**. A diminuição da hidratação cutânea é evidenciada quando a pele pinçada entre os dedos retorna lentamente à sua posição anterior - em até 30 segundos, e pode ser causada por desidratação ou depleção de volume com transferência de líquido intersticial para o compartimento vascular, com a finalidade de manter o volume sanguíneo circulante (BAIKIE, 2006). O diagnóstico de enfermagem hidratação da pele diminuída foi elencado quando houve presença de indicadores empíricos como: alterações no turgor e/ou na pigmentação da pele, epiderme áspera, escamosa ou descamativa, pouco úmida, com riscos de rachaduras (NÓBREGA et al., 2018).

Na **Necessidade de Integridade Física**, dentre os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados, destacam-se: integridade da pele prejudicada, pele seca e prurido.

De acordo com a CIPE® 2019/2020, **integridade da pele prejudicada** é entendida como uma condição diminuída do componente do Sistema Tegumentar e possui características definidoras, como: alteração na integridade da pele, área da pele quente ao toque, hematoma, sangramento, vermelhidão, podendo ter fatores relacionados externos: agente químico lesivo, excreções e/ou secreções, alteração de temperatura corporal (hipertermia ou hipotermia), pressão sobre saliência óssea e alteração na umidade; e internos como: alteração no volume de líquidos, nutrição inadequada, entre outros (NANDA-I, 2018, p.770).

O diagnóstico/resultado de enfermagem **pele seca** foi elencado pela existência dos indicadores empíricos: epiderme dura, áspera e escamosa, desidratada, sem brilho, pele com sensação de estar repuxada, alteração no turgor da pele, pele esbranquiçada ao coçar, pouco úmida, com risco de fissuras e rachaduras, sobretudo nas mãos, pés e proeminências ósseas (NÓBREGA et al., 2018, p.146). Já para elencar o diagnóstico/resultado de enfermagem **prurido** foram identificados os seguintes indicadores empíricos: sensação de formigamento desagradável, sensação cutânea, seguida de impulso para coçar a pele ou o couro cabeludo,





formigamento irritante, ressecamento e fissura na pele, coloração avermelhada na pele afetada e risco de lesões na pele” (NÓBREGA et al., 2018, p.147).


Na **Necessidade de Sensopercepção**, dentre os conceitos de diagnósticos/resultados de enfermagem identificados, destaca-se: dor musculoesquelética. Na CIPE® Versão 2019/2020, o conceito **dor** foi definido como Percepção Prejudicada: Aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite (GARCIA, 2018, p.76); e **dor musculoesquelética** é a sensação de dor originada nos músculos (mialgia), ossos das articulações (artralgia) ou dentes; a sensação é descrita geralmente como profunda, pesada e dolorosa, referida como uma dor flutuante, intermitente, aguda e latejante, ativada por movimentos de partes do corpo ou o corpo inteiro, estando presente também nos períodos de repouso (NÓBREGA et al., 2018, p.123). Ressalta-se que a presença da dor não ocorre de modo independente ou dissociada do resto da vida do indivíduo, sendo relevante a avaliação criteriosa, de modo a evitar que outros fatores interfiram no tratamento da dor (KAZANOWSKI, 2005).

Nas **Necessidades Psicossociais**, foram elencados diagnósticos/resultados de enfermagem para o Caso Clínico em alguns componentes, dentre eles, destaca-se a **Necessidade de Gregária**, em que foi identificado o conceito de diagnóstico/resultado de enfermagem negativo **isolamento social**, definido como: “Estado em que o indivíduo deixa de participar de atividades sociais em grupo, de forma voluntária ou não, caracterizado pelo isolamento físico, social ou afetivo, falta de energia emocional, ausência de pessoas significativas, alteração na aparência física, transtornos psicossociais” (MOURA, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Processo de Enfermagem como método sistemático que organiza e direciona o cuidado assistencial, bem como, da padronização da linguagem profissional, possibilita ao enfermeiro integrar o conhecimento prático ao científico, tornando possível a existência da documentação de informações da Enfermagem. Utilizar os conceitos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem desenvolvidos para a Nomenclatura da Clínica Médica do HULW/UFPB, racionaliza tempo ao profissional e facilita a comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, além de suscitar uma assistência de enfermagem individualizada, eficaz e qualificada, sem excluir a possibilidade de julgamento





clínico do enfermeiro para outros diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que não tenham sido contemplados na referida Nomenclatura.

No que concerne ao emprego da CIPE<sup>®</sup> nesse estudo, ressalta-se o seu modelo multiaxial e, desse modo, pode-se mesclar a normalização das definições dos termos já existentes com os termos da linguagem regional ou local, pois seu formato tem caráter composicional, dando oportunidade aos enfermeiros de realizar cruzamentos com outras nomenclaturas e, de forma específica, construir subconjuntos terminológicos, de acordo com a especialidade de saúde ou contextos de cuidado.

Em relação à Teoria de Horta, foi de grande relevância para esse estudo a sua utilização, de modo que, foi possível corroborar, dentre outros aspectos, a sua universalidade, tendo em vista que, apesar de ser comum a todos os seres humanos, a variação das Necessidades entre um indivíduo e outro ocorre de maneira individualizada, por meio da manifestação de cada componente (oxigenação, alimentação, nutrição, entre outros) e no modo de satisfazê-lo, permitindo a reversão total ou parcial das necessidades do indivíduo de modo único.


Considera-se, portanto, que o objetivo proposto para este estudo foi alcançado, obtendo como resultado a aplicação do processo de enfermagem e a elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para adultos com psoríase hospitalizados em Clínica Médica, de acordo com CIPE<sup>®</sup>, sob a luz da Teoria de Horta. Os resultados deste estudo facilitarão a prática profissional e o registro de suas ações assistenciais, valorizando a Enfermagem enquanto ciência do cuidar.

## REFERÊNCIAS

BAIKIE, P.D. **Sinais e Sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARROS, K.M.; LEMOS, I.C. Sistemas de Classificação em Enfermagem e as Classificações da NANDA-I, NOC e NIC. In: BARROS, K.M, LEMOS, I.C. **Processo de Enfermagem: fundamentos e discussão de casos clínicos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap. 8, p. 67- 92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n.º 466/12**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2022.



CARVALHO, E.C; CRUZ, D.A.L.M; HERDMAN, T.H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. vol. 66, ed. esp., Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea17.pdf>>. Acesso em: 31 jun. 2022.

CHIBANTE, C. L. P. et al. Fatores associados à internação hospitalar em clientes com doenças crônicas. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1491-1497, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24881>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

COFEN - CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 11 jun. 2017.

GARCIA, T. R. (org). **Classificação Internacional para a Prática de enfermagem (CIPE®)**: Versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 20, n, 1, p. 5-6, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0005.pdf>. Acesso em: 11 jun 2017.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**: Versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ISO - INTERNACIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **Health Informatics**: categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104:2014). Geneva: ISO, 2014.


KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. **Dor**: fundamentos, abordagem clínica, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

MOURA, R.M.A. **Validação da Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB**. 214f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação 2018-2020/NANDA International. Tradução: GARCEZ, R.M.; revisão técnica: BARROS, A.L.B.L. et al. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.



NÓBREGA, M.M.L. (org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011. 373p.

NÓBREGA, M.M.L. (org.). **Nomenclatura de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes hospitalizados nas unidades clínicas, utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2018. 254p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consumo de productos alimentarios ultraprocesados y procesados con exceso de nutrientes asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles y a la alimentación insalubre en las Américas**. Organización Panamericana de la Salud, 2021. Disponível em: <[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55547/OPSNMHRF210036\\_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55547/OPSNMHRF210036_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y)>. Acesso em: 11 jun. 2022.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista da SOCERJ**, v.20, n.5, p.383-6, set.-out. 2007. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_05/a2007\\_v20\\_n05\\_art10.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf)> . Acesso em: 11 jun. 2022.

LUNNEY, M. **Pensamento crítico para o alcance de resultados positivos em saúde: análises e estudos de caso em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

# CAPÍTULO 22

## ANÁLISE DA VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: REVISÃO INTEGRATIVA

**Dalila Pontes Monteiro Gouveia**  
**Maria Yaná Guimarães Silva Freitas**  
**Vivian Ranyelle Soares de Almeida**  
**Diana Cardeal do Nascimento**  
**Jenny Caroline Vieira Moura**  
**Juliana Macedo dos Santos Silva**  
**Alberto Bispo de Santana**  
**Isabela Paixão de Jesus**


### RESUMO

A violência é um grave problema de saúde pública, que atinge milhares de mulheres ao redor do mundo, incluindo as em situação de rua. A ida e permanência na rua como lugar de moradia se configura por alta vulnerabilidade às violências, tornando-se mais grave para as mulheres, que ao se encontrarem nessa situação, ficam, vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas e abusos sexuais. Sendo assim esse estudo teve como objetivo geral analisar a produção científica nacional, dos últimos cinco anos acerca do enfrentamento da violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua. Trata-se de uma revisão integrativa, a partir de busca nas bases de dados: LILACS, Scielo, MEDLINE e BDNF. Foram selecionados 10 estudos, a partir dos descritores: população em situação de rua, mulher e violência contra mulher. Emergiram duas categorias: Trajetórias de mulheres em situação de rua: a busca por um novo “(re)começo” e violências vivências por mulheres em situação de rua. As mulheres em situação de rua possuem uma história de vida pregressa marcada por violência doméstica e/ou sexual, na infância ou em algum momento da vida adulta praticada por familiares e parceiros íntimos. Desta maneira, encontraram na rua uma saída, ou seja, um escape para violência doméstica sofrida, porém ao chegarem na rua se deparam com um cenário hostil, e são expostas a todos os tipos de violência inerentes da rua. A análise da violência vivenciada por mulheres em situação de rua aponta enfrentamento cotidiano e revela o conflito entre o desejo de sair e permanecer na rua, dada à complexidade da realidade que as mantém nesta condição, que foi situação de violência doméstica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoas em situação de rua; mulher; violência contra a mulher.

### INTRODUÇÃO

A assistência à saúde como um direito fundamental do cidadão se consagrou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição federal de 88 e da lei 8080/90, tem como finalidade oferecer uma assistência ampliada a toda à população, inclusive a população em situação de rua. No que diz respeito à equidade em saúde, destaca-se a ideia de inclusão social que os menos favorecidos sejam contemplados em suas necessidades sem discriminação, integrando, também, as mulheres em situação de rua.




Nesse sentido, a Política Nacional para População em Situação Rua (PNPSR) criada pelo decreto nº 7.053/2009, amplia o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população em situação de rua ao contemplar os princípios do SUS e agregar, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universal (BRASIL, 2012).

Essa política foi criada devido ao aumento da população em situação de rua, nos últimos anos, no Brasil, devido a fatores como: a rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, relações familiares fragilizadas, uso abusivo de álcool e drogas (BRASIL, 2012) e na atualidade o empobrecimento da população devido a pandemia da Covid-19, dentre outros. Certamente a invisibilidade e preconceito vivenciados pelas pessoas em situação de rua são graves problemas que impedem o acesso aos serviços de saúde e ao reconhecimento dos direitos sociais.

Em 2020 com a pandemia da Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) em evidência, ocorreu o agravamento das iniquidades vivenciadas pela PSR, e com o isolamento social o aumento do número de denúncias de violência contra a mulher. Se por um lado, o viver nas ruas tem características próprias e peculiares no processo saúde-doença, sendo determinado pelo espaçamento entre refeições, exposição às alterações climáticas e outros fatores; por outro lado o viver isolada dentro de casa com o seu agressor, também traz consequências graves para mulheres vítimas de violência doméstica.

De acordo com dados da Organização Nacional de Saúde (ONU) divulgados no fim de setembro de 2020, o confinamento levou ao aumento do registro do número de casos por violência doméstica de: 33% em Singapura, 30% na França e 25% na Argentina. No Brasil foram registrados 648 feminicídios apenas no primeiro semestre de 2020, 1,9% a mais que no ano de 2019 (ONU, 2020). Apesar do aumento do número de casos, os dados mostram redução no número de denúncias, seja por receio da mulher em denunciar, diante da proximidade do agressor, ou por medo de descumprir as medidas de isolamento social.

As mulheres estão em menor número nas ruas, seu percentual é de, aproximadamente, 18% no cenário nacional, sendo 68% negras e 31% pardas (IPEA, 2020). Estudo realizado em Los Angeles, com 974 mulheres em situação de rua, revelou que 13% relataram história de estupro no último ano. As mulheres que vivenciaram este tipo de violência apresentaram um pior estado geral da saúde: houve aumento dos sintomas ginecológicos devido a prática sexual



desprotegida não consentida, aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas, e acentuado aumento dos casos de depressão (CHEUNG; HWANG, 2004).

A ida e permanência na rua como lugar de moradia se configura por alta vulnerabilidade social, tanto para homens como para mulheres ou crianças. A situação torna-se mais grave para as mulheres, que, ao se encontrarem nessa situação extrema, se tornam, também, vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e gravidez não planejada e/ou indesejada (VILLA et al., 2017).

Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder e gênero entre homens e mulheres implicam em um forte impacto nas condições de saúde destas últimas (SILVA, 2015), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Partindo desse pressuposto, é imprescindível a inserção, da perspectiva de gênero, na análise das percepções das mulheres em situação de vulnerabilidade no que tange aos diversos tipos de violência sofridos por mulheres em situação de rua.

A violência contra as mulheres constitui-se como um grave problema de saúde pública, está diretamente relacionada a fatores multicausais e subjetivos, inteiramente associados às questões sociais, históricas e culturais, entre elas a interface com a submissão feminina e o modelo de gênero nas relações homem-mulher. Em 2020, no Brasil, foram registradas 105.821 denúncias de violência contra a mulher, segundo os dados do Ministério da Saúde, houve um aumento de 59% comparado ao ano de 2019, neste dado, também, estão inclusas as mulheres em situação de rua (BRASIL, 2020).

Partindo do pressuposto de que a saúde das mulheres é afetada pela situação socioeconômica, é notório que as mulheres em situação de rua estejam mais propensas a sofrerem todos os tipos de violência (verbal, física, sexual, psicológica). Assim, a presente pesquisa teve como questão norteadora: quais as violências vivenciadas pelas mulheres em situação de rua? Para responder esta pergunta de pesquisa, o objetivo geral foi descrever o enfrentamento da violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo que se utilizou do método de revisão integrativa para obtenção de dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para a construção desta revisão integrativa



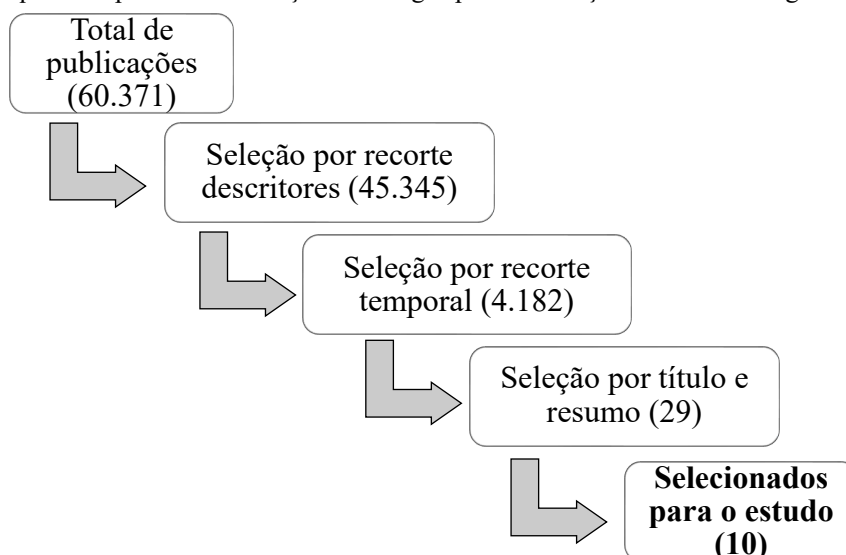
foi necessário percorrer seis etapas metodológicas, similares às etapas de uma pesquisa convencional.

Na primeira etapa do estudo foi feita a identificação do objeto, seleção da questão norteadora da pesquisa para a revisão integrativa. Delimitou-se o objeto “Análise da violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua: revisão integrativa” propondo responder a questão norteadora: Como são enfrentadas as violências vivenciadas pelas mulheres em situação de rua?

Em seguida, na segunda etapa, foi realizada busca criteriosa, com base nos descritores, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) especificamente no Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação da Saúde (LILACS), na Scientific Electronic Library Online (Scielo), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados foram: pessoas em situação de rua, atenção integral à saúde, saúde da mulher.

Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações na íntegra inseridas nas bases de dados escolhidas, artigos relacionados com os descritores utilizados população em situação de rua, mulher, violência contra a mulher, e publicações dos últimos cinco anos. As este recorte temporal se justifica a medida em que preferiu-se publicações recentes. Os critérios de exclusão foram publicações duplicadas, e aqueles que o título e o resumo não tinham relação com o tema.

**Figura 1:** Esquema explicativo de seleção dos artigos para construção da revisão integrativa.



**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

Após a seleção dos estudos, a terceira etapa foi realizada com extração das informações dos estudos selecionados. A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada por meio da elaboração de dois instrumentos que continham os

seguintes itens: Instrumento 01 - título, autores, fonte de informação, periódico e ano de publicação, nível de evidência, e metodologia empregada. Instrumento 02- objetivo e principais resultados de cada estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Posteriormente, na quarta etapa foi realizada uma análise dos estudos selecionados, observando os aspectos metodológicos, e à similaridade entre os resultados encontrados. Na quinta etapa, realizou-se discussão dos principais resultados na pesquisa convencional e os resultados foram fundamentados na avaliação dos estudos selecionados, tendo realizado comparação dos estudos e das temáticas abordadas frente ao objeto de pesquisa proposto. Por fim, na sexta etapa, foi apresentada a síntese da revisão de literatura com base na análise de dados.

## RESULTADOS

Foi possível analisar que a população em situação de rua é um assunto amplamente publicado na literatura científica, principalmente no que tange ao acesso à saúde e necessidades básicas. Ao todo foram 45.345 publicações encontradas, entre os anos 2015-2020, relacionadas aos descritores definidos. A seguir será apresentado um panorama geral dos estudos selecionados (Quadro1).

**Quadro 1:** Descrição dos estudos selecionados segundo, ano, título, autores, periódico publicado, local do estudo, método e nível de evidência.

Nº	Título/Autores	Periódico/Local /Ano	Método e Nível de evidência
E1	A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. ROSA, A.S.; BRÊTAS, A. C. P.	Interface (São Paulo) 2015	Cartografia 4
E2	Genêro, violência e viver na rua: Vivência de mulheres que fazem uso problemático de drogas. SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F; CHAGAS, M.C.G; CARVALHO, E.S.S	Revista Gaúcha de Enfermagem (Salvador) 2021	Qualitativa 4
E3	Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. BISCOTTO, P. R.; JESUS, M. C. P.; SILVA, M. H.; OLIVEIRA, D. M.; MERIGH, M. A.B	Revista da Escola de Enfermagem da USP (Minas Gerais) 2016	Fenomenologia social 5
E4	Violência como fator de vulnerabilidade para a saúde de mulheres usuárias de crack do centro do município de São Paulo SPIASSI, A.	Tese (São Paulo) 2016	Qualitativo exploratório 4
E5	Vivências de cuidados de mulheres que gestam em situação de rua. BARROS, K.C.C; MOREIRA, R.C.R, LEAL M.S.; BISPO, T.C.F; AZEVEDO, R.F.	Revista Rene (Feira de Santana) 2020	Qualitativa 4
E6	Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas COSTA, S. L et al.	Saúde Sociedade (São Paulo) 2015	Qualitativa 4

<b>E7</b>	Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. ROSO, A.; SANTOS, B. V.	Psicologia LatinoAmericana (Rio Grande do Sul) 2017	Revisão integrativa 4
<b>E8</b>	Narrativas de modos de vida na rua: histórias e Percursos. NOBRE, M, T, et.al.	Psicologia & Sociedade (Rio Grande do Norte) 2018	Qualitativa- etnográfica 4
<b>E9</b>	MARIA, MARIA: concepções sobre ser mulher em situação de rua SANCHOTENE, I, P.; ANTONI, C.; MUNHÓS, A, A, R.;	Textos & Contextos (Porto Alegre) 2019	Qualitativa 4
<b>E10</b>	Histórico de violência entre mulheres que fazem uso de crack no estado de Pernambuco, Brasil SANTOS, D, P et al.	Saúde Debate (Pernambuco) 2018	Transversal 4

**Fonte:** elaborado pela autora, 2021.

Dentre os dez artigos incluídos no estudo, seis foram extraídos da base de dados Scielo, dois do MEDLINE, e dois da base BDENF. Com relação ao nível de evidência e o tipo de metodologia utilizada, cinco estudos com nível de evidência 4, que utilizaram o método de pesquisa qualitativa exploratória e cartográfica, duas publicações, nível de evidência 5, método de pesquisa, revisão de literatura e fenomenologia social.

Com relação ao periódico nos quais os estudos foram publicados, identificou-se que cinco ocorreram em revistas de saúde pública e interdisciplinar, três em periódicos de enfermagem e dois em revistas de psicologia. Esta quantidade de profissionais de diferentes áreas da saúde, pesquisando sobre a população em situação de rua, se justifica à medida que a equipe do consultório na rua, que presta assistência à esta população é multiprofissional, segundo a portaria nº122/ 2011 (BRASIL, 2011).

Outro fator identificado, foi a data de publicação dos estudos. De acordo, com o observado todos os estudos foram publicados nos últimos cinco anos, (2015 - 2020) revelando que, apesar de esta ser uma problemática social antiga, passou a ter reconhecimento somente, recentemente. Diante do cenário de invisibilidade, a população em situação de rua passa a ter reconhecimento, ainda com iniquidades, com a aprovação da Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída em 2009 (BRASIL, 2009).

Sobre o local da realização dos estudos, cinco foram realizados na região nordeste, dois na sudeste, dois na sul. Na região nordeste, os cenários dos estudos foram: Rio Grande do Norte, Salvador, Feira de Santana, Pernambuco; na região sudeste as localidades São Paulo e Minas Gerais; na região sul, Rio Grande do Sul e Porto Alegre. Percebe-se que todos os locais onde foram realizados os estudos, são grandes capitais e nelas existem concentração populacional densa, frisando a região sudeste.

Segue abaixo a descrição no quadro 2, os principais resultados de cada artigo, em relação as percepções das mulheres em situação de rua, acerca da violência vivenciada, assim como seus respectivos objetivos para elucidar os cenários.

**Quadro 2:** Descrição dos estudos segundo objetivos e principais resultados.

Nº	Objetvos	Principais Resultados
E1	Trazer à reflexão situações de violência na vida de mulheres em condição de rua na cidade de São Paulo.	As trajetórias de vida de mulheres em situação de rua assemelham-se em alguns pontos: ruptura de laços familiares, abandono do lar em decorrência de relações matrimoniais abusivas e violentas, e a renda insuficiente para manterem suas casas. Viver em situação de rua para as mulheres significa um novo recomeço, que perpassa por situações inerentes a esta, como: violência por demarcação de território, violência (física, verbal, sexual), uso de substância psicoativa, trágico de drogas, prostituição.
E2	Descrever vivências de mulheres, em situação de rua, que fazem uso problemático de drogas.	A violência paternal e/ou matrimonial esteve presente na vida de todas as mulheres em situação de rua usuárias de drogas. A família tem um papel primordial de amparo e orientação dessas mulheres. Viver em situação de rua, ser mulher e usuária de droga torna-se umatriade complexa que perpassa pelo machismo, gênero, e vulnerabilidade social.
E3	Compreender a vivência de mulheres em situação de rua de Minas Gerais.	A vida na rua exige que as mulheres lidem, cotidianamente, com uma diversidade de situações que envolvem diretamente a relação com o seu corpo (privacidade, higiene, alimentação), sexualidade, distanciamento dos seus filhos, violência de cunho físico, verbal, sexual e higienista, uso de álcool e outras drogas. A violência sexual é praticada por outros moradores (homens) de rua ou não, podendo causar inúmeros danos psicológicos e físicos nestas mulheres.
E4	Descrever situações de violência sofridas e perpetradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas que se encontram em situação de rua, e buscar entender a percepção das mulheres em relação a violência que sofrem.	As mulheres em situação de rua estão, na grande maioria das vezes, expostas à violência do seu parceiro íntimo das forças policiais, da segurança do tráfico de drogas, dos usuários (as) de drogas, que coexistem na região. E por medo não acessam aos serviços de proteção social disponíveis direcionados a população em situação de rua e as vítimas de violência de gênero, como consequência, essas mulheres ficam desassistidas, tendo seus direitos negados e sua dignidade violada.
E5	Compreender a vivência do cuidado à saúde, na ótica de mulheres que gestam e/ou gestaram em situação de rua.	O existir de mulheres que gestam em situação de rua representa dificuldades, discriminação, violência, preconceito, racismo e vulnerabilidade. Configura violação da dignidade humana, desvelando singularidades e nuances da tríade mulher- maternidade-rua. A gestante em situação de rua vive uma realidade singular e possui necessidades específicas, que vão de encontro a ineficiência do poder público.
E6	Investigar o cotidiano de gestantes em situação de rua e sua relação com as políticas públicas na cidade de Santos.	As narrativas revelam mulheres com capacidade criativa para desejar uma vida melhor a partir da possibilidade de ter um filho. Entretanto, a condição social em que vivem, envolvendo a luta diária pela sobrevivência e, em alguns casos, a dependência química e cenário de violência, dificultam o planejamento de estratégias que transformem o desejo em um projeto de vida.
E7	Descrever as vivências das mulheres em situação de rua	De modo geral, as mulheres em situação de rua parecem passar por graves condições de risco à saúde física e mental. A rua é tida, para as mulheres, como um refúgio para as violências domiciliares, em contrapartida, nela se desenvolvem relações opressivas e violentas de domínio psíquico e físico, deixando a mulher vulnerável.

<b>E8</b>	Conhecer os modos de vida de mulheres em situação de rua do Rio Grando do Norte, suas táticas de sobrevivência e as práticas de resistência frente às diárias violações de direitos.	A vivência das mulheres em situação de rua compartilha de situações semelhantes: rupturas familiares, da resistência, de violência, de liberdade, de sexualidade, da solidariedade com outras moradoras de rua, das disputas e conflitos por território, dos medos, da produção do corpo, da confiança.
<b>E9</b>	Investigar as concepções de mulheres em situação de rua em Porto Alegre, RS, Brasil, sobre ser mulher nesse contexto.	Ser mulher em situação de rua refere-se às violências as quais estão submetidas devido as desigualdades de gênero e à impossibilidade de exercerem a maternidade da forma idealizada. Dentre as violências vivenciadas, são denunciados casos de abusos físicos, verbais e sexuais, sendo provindos de cônjuges, ex-companheiros, desconhecidos ou instituições protetivas, como a polícia local.
<b>E10</b>	Analisar o histórico de violência entre as mulheres usuárias de crack.	Homens e mulheres se comportam de maneira diferente no que diz respeito aos índices de mortalidade e morbidade, sendo, por exemplo, as mulheres mais afetadas quando se fala em morbidade por violência, principalmente a doméstica e a sexual.

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2021.

## DISCUSSÃO

Neste contexto e após a análise dos serão apresentadas as categorias emergentes: Trajetórias de mulheres em situação de rua: a busca por um novo “(re)começo” e “Violências vivenciadas por mulheres em situação de rua”.

### TRAJETÓRIAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA: A BUSCA POR UM NOVO “(RE)COMEÇO”

O silêncio e a invisibilidade são temas associados à violência. Vivenciar situações de violência, especialmente quando esta é de natureza física e/ou sexual, tem se mostrado experiência difícil, quer no âmbito da pesquisa científica, quer no âmbito de práticas sociais de assistência, entre elas a saúde.

Emergindo como questão social importante mediante estudo dos conflitos familiares, a violência doméstica é mais conhecida por referência aos abusos e maus-tratos que sofrem as crianças, os idosos e principalmente as mulheres. É possível ver nas agressões físicas e nos maus tratos de ordem psicológica, castigos ou punições corporais e a desqualificação moral ou a humilhação da pessoa como recursos de socialização e práticas educativas.

Neste cenário, o ingresso das mulheres nas ruas se dá, na grande maioria dos casos, devido a contextos de violência nos quais estavam inseridas em seus ambientes domésticos e familiares, como retratam os estudos (E1, E2, E6 e E7). Na pesquisa realizada por Rosa e Brêtas (2015) antes da situação de rua, as mulheres viviam em realidade de extrema violência praticada pelo parceiro íntimo, e em sua maioria adquiriram certa tolerância a formas não físicas de violência como: psicológica e matrimonial.





O estudo desenvolvido por Souza e colaboradores (2016) demonstrou que as mulheres em situação de rua e usuária de drogas tiveram uma trajetória de vida pautada pela supremacia masculina, seja na figura paterna ou do companheiro. Evidenciando, dessa maneira, a relação desigual entre os sexos, a ideia de posse que o homem tem sob a mulher, além de reforçar a construção social da mulher de pertencimento e figura submissa, tendo que fazer as vontades e desejos do homem.


Entender a sujeição, às vezes prolongada, de um relacionamento conjugal pautado pela violência exige uma análise cuidadosa das condições de vida que agem sobre a respectiva família. Apesar da violência e do sofrimento, a maioria das mulheres tem dificuldade de enfrentar e reverter sua própria situação de vida (ROSA; BRÊTAS, 2015). A grande maioria tem a falta de independência financeira, e a falta de apoio familiar e/ou institucional para enfrentar essa situação. Além das dificuldades para trabalhar, seja pela proibição do parceiro ou pela necessidade de cuidar dos filhos.

Além disso, vivem sob ameaças de violência e até de morte, fato que as imobilizam e perpetuam seus sofrimentos ao lado do agressor. Também foi identificado que o amor que possuíam ou que possuíam pelo parceiro nutria a esperança de que a violência era um fato passageiro e que seria superado pelo casal. Para algumas dessas mulheres, a vida na rua foi a saída encontrada para se libertar da violência doméstica.

Pesquisa realizada com mulheres usuárias de crack e em situação de rua, trouxe resultado similar. As mulheres possuíam uma história de vida pregressa marcada por violência doméstica, envolvendo parentes e parceiros íntimos e encontraram na rua uma saída, ou seja, um escape para violência familiar. Entretanto, ao estarem nas ruas, foram novamente vulneradas pela violência, com outros moldes de agressão e perpetradores. Nesse contexto, são frequentes as agressões decorrentes da coerção policial e os conflitos entre os próprios moradores de rua (SANTOS et al., 2018).

O estudo de Costa e colaboradores (2015) trouxeram resultados semelhantes, as mulheres, enxergam nas ruas um refúgio para as violências sofridas nos seus domicílios. Em contrapartida, a rua também pode ser opressiva e violenta. Além disso, ao passo que uma companhia (masculina) pode representar segurança e companheirismo à mulher em situação de rua, também podem estar se estabelecendo vínculos de violência, similares aos de violência doméstica observadas em algumas famílias que vivem em domicílio, em decorrência de fatores inerentes à rua.





Estudo realizado por Rosa e Brêtas (2015) teve um desfecho distinto, pois metade das participantes, mulheres em situação de rua, se relacionava com os homens, apenas no caso de sentirem atração sexual, quando queriam proteção, construíam laços de amizade. E uma minoria buscava proteção junto à companhia masculina. Subvertendo, de certa forma, estereótipos de frágeis e dependentes que estão ligados à figura feminina.


Por serem minoria, as mulheres em situação de rua estão mais vulneráveis às violências inerentes a este cenário, com isto para sobreviver a tais exposições buscam diferentes artifícios, sendo dois principais. O primeiro diz respeito àquelas mulheres que na tentativa de um novo recomeço, se aliam a um novo companheiro e incorporam um papel doce e fiel que perpassa pela submissão, buscando a proteção de um provedor. O segundo refere-se àquelas mulheres que optam por ficarem sozinhas tornando-se agressivas, adotando essa postura para impedir sua apropriação por outros homens.

Outra forma de enfrentamento contra a violência nas ruas, pelas mulheres, identificada no estudo de Costa e colaboradores (2015) é através da adroginia, ou seja, as mulheres adquirem características masculinas, como: roupas mais largas, a voz e o jeito de andar se tornam mais viris, dessa maneira essa travestilidade surge não como expressão de sua sexualidade, mas como forma de proteção.

Mesmo quando as mulheres encaminham o processo de separação e afastamento dos companheiros abusivos, a violência segue as perseguindo. Estudo realizado por Sanchotene e outros (2019), evidenciou resultado semelhante, mesmo quando há o rompimento do padrão de violência doméstico sofrida, as mulheres acabam reencontrando o abuso em outros espaços. Nota-se uma repetição do abuso nos ambientes ocupados pela mulher: onde quer que estejam, estão vulneráveis à violência. Ocupando as calçadas e as vias públicas, seguem sem amparo.

Nesse contexto, um dos principais desafios no combate a esse tipo de violência é o reconhecimento da própria violência, pois ainda se tem uma sociedade que naturaliza muitos tipos de agressão como típicas e inevitáveis dos relacionamentos conjugais. Por isso, apenas a criação de uma lei mostra-se insuficiente para superar esse problema. Muitas das condutas que já são criminalizadas continuam sendo praticadas, o que demonstra que usar o Direito Penal como estratégia principal traz poucos resultados.

Sob esse aspecto, sinaliza-se uma possível incompletude nas políticas públicas quando deixam de levar em conta aspectos singulares da própria violência (ARISTIDES; LIMA, 2017). Ou seja, ao ser a rua um espaço onde se realizam atos de violência conjugal contra a mulher, é



necessário que os serviços olhem para essa questão, além de todos os outros espaços possíveis, e não apenas os restrinjam ao doméstico.

## VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS POR MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. Para melhor entendimento a OMS propõe a divisão das tipologias das violências em três amplas categorias segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva. A categorização estabelece uma diferença entre a violência que uma pessoa inflige a si mesma, infligida por outro indivíduo ou por um pequeno grupo de indivíduos e grupos maiores, como estados, grupos políticos organizados, grupos de milícia e organizações terroristas (DAHLBERG; KRUG, 2012).

A violência autorrigida compreende comportamento suicida e agressão auto-infligida, onde o próprio indivíduo pratica atos violentos contra si (ex: automutilação). Relacionada à violência interpessoal, é aquela praticada entre familiares e parceiros íntimos que ocorre usualmente nos ambientes domésticos (as vítimas que mais sofrem a violência interpessoal são crianças, mulheres e idosos). Referente a violência coletiva perpassa pelo âmbito social, econômico e político (DAHLBERG; KRUG, 2012).

A vida nas ruas faz com que as mulheres, cotidianamente, se deparem com uma diversidade de situações que envolvem desafios, como o acesso à alimentação e ao transporte, dificuldades financeiras, vícios e estigma social. Embora em menor número vivendo nas ruas, a mulher se torna mais vulnerável por viver em um contexto permeado por preconceitos, violência, desigualdade de gênero e de direitos sociais.

A mulher em situação de rua está exposta a diversos tipos de violência, como: física, sexual, a de cunho higienista e psicológica. No contexto da rua, essas violências, na maioria dos casos acontecem de maneira associada como evidenciaram os estudos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10) selecionados para esta revisão. Foram identificadas como mais predominantes a violência sexual, física, seguida da higienista, institucional e simbólica.

A violência sexual contra mulheres é uma questão histórica e cultural. Afeta crianças, adolescentes e mulheres adultas, independente de cor, religião, etnia, nacionalidade, opção sexual ou condição social. A violência sexual foi amplamente discutida nos estudos selecionados para esta revisão (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10) evidenciando ser uma problemática vivenciada no cotidiano das mulheres em situação de rua.



As mulheres em situação de rua por estarem em menor quantitativo e por questões ligadas ao gênero possuem maior risco de sofrerem violências, dentre elas a sexual. Pesquisa realizada por Biscoto e outros (2016) no estado de São Paulo evidenciou que o maior medo das mulheres, sobretudo pelas mais jovens, é a violência sexual – estupro, por este motivo buscam meios para sua auto-defesa: indicaram dormir em grupo quando estão ao ar livre, além de portar armas (armas brancas e armas de fogo).


Pesquisa realizada por Souza e outros (2016) retrata uma realidade sexista. A violência sexual nas ruas pode ocorrer em associação ou não, com o uso abusivo de substância psicoativa. Segundo as participantes do estudo as mulheres em situação de rua, sem companheiro e sob efeito de substâncias depressoras como o álcool e/ou medicamentos tem maior risco de sofrerem violência física e sexual. Isso por que as mulheres que consomem álcool são vistas como promíscuas, enquanto as que consomem crack são vistas como agressivas.

Paralelamente, o estudo de Rosa e Brêtas (2015) identificou que o medo de sofrerem novamente violência sexual era presente na rotina das mulheres em situação de rua, e por isso ficavam sempre alerta nas madrugadas (período considerado de maior risco), tanto por homens, quanto por outras mulheres.

A transmissão do discurso machista e sexista dá ideia de que o poder sexual está no homem, e que este tem o direito de realizar esse poder sobre a mulher ou sobre outros homens como quiser e sempre que julgar necessário (SOUSA et al., 2015). Tais valores são repassados para toda a sociedade, que revitimiza a mulher principalmente por, segundo a concepção geral, colocar-se nas chamadas ‘situações de risco’, nas quais ela é culpada por não seguir as chamadas regras de conduta, e a situação se agrava ainda mais para as mulheres em situação de rua.

A violência sexual em alguns casos está presente na vida das mulheres em situação de rua desde a infância como é retratado no estudo de Sanchotene e outros (2019), algumas mulheres vivem esse drama desde os 09 (nove) de idade e carregam consigo consequências e marcas irreparáveis. Em decorrência do trauma as mulheres, iniciam uso de drogas para tentar amenizar o seu sofrimento, além do aparecimento de ISTs e/ou gravidez indesejada, porém não interrompida.

O estudo de Santos e outros (2018) com 375 mulheres em situação de rua usuárias de crack em situação de rua obteve resultado semelhante revelando o início precoce da vida sexual, antes dos 15 anos (76,1%), e a multiplicidade de parceiros, 10 ou mais nos últimos 12 meses. Dessa maneira, a violência sexual sofrida ainda na infância ou na idade adulta tem repercussões



na vida das mulheres, sendo um fator determinante para o início do uso de drogas e substâncias psicoativas, além de influenciar nas práticas sexuais precoces.

O consumo de álcool surgiu como fator de risco para a ocorrência de violência sexual contra mulheres que vivem nas ruas, como é evidenciado no estudo de Souza e outros (2016), sendo o álcool uma substância depressora do sistema nervoso central, que pode ocasionalmente rebaixar os reflexos corporais, deixando quem consome mais vulnerável.


No que tange a violência física, foi identificado que as mulheres em situação de rua são vítimas de agressões envolvendo espancamento (murros, tapas), armas brancas, (facas, canivetes e outros objetos perfuro cortantes), armas de fogo e queimaduras (SANTOS, et al., 2018). Os agressores, em sua maioria, são pessoas ligadas às vítimas como: ex-companheiros, amigos, familiares (ROSA; BRÊTAS, 2015; SANTOS, et al., 2018).

Para as mulheres que foram vítimas de múltiplas agressões, observou-se um desenvolvimento maior de doenças psicológicas. Também foi observado que mulheres que sofreram violência por espancamento foram ameaçadas por arma branca e outros objetos, bem como verificou-se comportamento parecido para a violência sexual, com o envolvimento da violência física por espancamento (SANTOS et al., 2018). Identificou-se que na maioria das agressões registradas, o agressor tinha algum grau de proximidade com a vítima seja: ex-cônjuge, familiares e/ou amigos.

Para as mulheres que foram vítimas de múltiplas agressões, foi observada uma maior tendência de desenvolvimento de doenças psicológicas. Também foi constatado que as mulheres que sofreram violência por espancamento, anteriormente houve a violência por ameaça por arma branca e outros objetos, bem como se verificou comportamento parecido para a violência sexual, com o envolvimento da violência física por espancamento.

Os estudos selecionados não abordaram especificamente a violência física de maneira isolada. Porém, trouxeram como alguma das violências que as mulheres em situação de rua estão expostas. A violência sexual foi a mais predominante, e pode ser atribuído a objetificação do corpo da mulher e ao poder do masculino sobre o feminino. A violência física e sexual geralmente ocorre de maneira associadas.

Outra violência identificada contra as mulheres em situação de rua é a institucional praticada pela força policial e profissionais de saúde (COSTA et al., 2015; ROSA; BRÊTAS, 2015; SANCHOTENE, ANTONI, MUNHOS, 2019; SOUZA et al., 2016; SANTOS et al., 2018; BARROS et al., 2020). Este tipo de violência diz respeito àquela praticada por agentes



de instituições que deveriam, teoricamente, oferecer ordem, proteção e cuidado ao cidadão, como: os serviços de saúde, escolas, delegacias, judiciário.


Considerando as peculiaridades próprias das vivências das mulheres em situação de rua, incluindo o risco inerente de violência ao qual estão expostas, quando sofrem a violência institucional as mulheres têm todos os seus direitos como cidadãs violados, seja no acesso ao serviço de saúde, ou quando procuram assistência em casos de violência física/sexual, revelando a ineficiência do poder público.

Estudo realizado por Barros e outros (2020) com gestantes em situação de rua revelou que estas mulheres sofreram agressões físicas, como empurrões, de policiais e guardas municipais durante abordagens. Tendo em vista, que a polícia seria o órgão destinado à proteção da população, essas mulheres ficam desamparadas pelo Estado, recebendo ajuda de estranhos devido a sua condição (gravidez).

Para estas gestantes em situação de rua a violência institucional também é vivenciada dentro dos serviços de saúde ou até mesmo antes de adentrá-los, dificultando o acompanhamento pré-natal, tornando a gravidez de alto risco, gerando muitas vezes consequências para mãe e bebê. Pela dificuldade de acesso ao serviço devido as suas condições de higiene precárias, falta de documentação, falta de articulação e comunicação com as eCR (BARROS et al., 2020) as gestantes desistem do serviço de saúde e realizam seu parto na rua sem as mínimas condições de assistência, recebem ajuda dos próprios moradores também, em situação de rua.

Devido ao contexto de invisibilidade no qual a rua carrega, a violência simbólica também faz parte do contexto de vida das mulheres em situação de rua, porém os estudos não exploraram muito este tema, foi identificado em apenas dois artigos (E6 e E8). Trata-se de uma violência que é exercida pelo corpo sem coação física, causando danos morais e psicológicos (COSTA et al., 2015) no cenário da rua, as mulheres com o tempo perdem sua identidade e passam a adquirir características de inúteis, fracassadas e indesejadas, até se tornarem ignoradas perante a sociedade e Estado.

Confrontando a realidade de violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua com os serviços sócio assistências oferecidas à essa população, percebe-se que os resultados obtidos são distintos daqueles que foram inicialmente propostos, pois as mulheres, ao invés de conseguirem atendimento e acolhimento nos serviços, continuam com este direito negado. Ou seja, os serviços que objetivavam assegurar inclusão da PSR geram a sua exclusão.



Grande parte das discussões da nossa sociedade gira em torno da democracia, da cidadania e dos direitos garantidos. Entretanto, sabe-se que tais princípios não são vivenciados por todas as pessoas de maneira igualitária. Parte da população não tem acesso à educação, saúde, emprego formal, moradia, entre outros direitos essenciais para o desenvolvimento pessoal e social (SPIASSI, 2016). Para as mulheres em situação de rua, além dessas ausências, as questões de gênero, a falta de documentação e moradia fixa, torna ainda mais difícil a acessibilidade a essas políticas estruturantes, muitas das quais organizadas a partir do território de moradia dos usuários, violando todos os seus direitos como cidadãs.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo alcançou o objetivo proposto, pois, foi possível analisar a produção científica nacional, dos últimos 05 (cinco) anos acerca do enfrentamento da violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua. Analisa-se que as mulheres em situação de rua possuem, em sua maioria, um histórico familiar marcado pela violência doméstica, sempre praticada por uma pessoa do sexo masculino, seja na posição de pai ou companheiro. Demarcando a relação desigual do masculino sobre o feminino e as repercussões negativas que isso traz para a vida da mulher.


Importante ressaltar que apesar de atingindo o objetivo proposto, foram poucos os estudos encontrados relacionados à violência vivenciada pelas mulheres em situação de rua revelando a marginalização e invisibilidade desta população. É indispensável à realização de pesquisas atuais que busquem conhecer a realidade específica de mulheres nesta situação, para que possa contribuir para construção de ações resolutivas e principalmente protetivas.

Os profissionais que prestarão assistência às mulheres em situação de rua, devem estar atentos ao impacto que os modos de vida na rua têm sobre o processo saúde-doença-cuidado para estas mulheres. A complexidade da situação de rua para as mulheres demanda a ampliação do próprio conceito de cuidado, incorporando o cuidado multiprofissional e intersetorial e desprovido de preconceitos.

## REFERÊNCIAS

ARISTIDES, J.; LIMA, J. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e do adoecer. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2017.





BARROS, K. C. C. *et al.* Vivências de cuidado por mulheres que gestam em situação de rua. **Rev Rene.**, v. 21, 2020.

BISCOTTO, P. *et al.* Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. **Rev. Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 749-755, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Programa ‘Mulher Viver sem violência’. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012.

BRASIL. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2020

CHEUNG, A. M.; HWANG, S. W. Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. **CMAJ**, v. 70, n. 8, p. 1243-7, 2004.

CORREA, S.; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista. **PHYSYS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>. Acesso em 23 de maio 2021.

COSTA, S. L. da. *et al.* Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1089-1102, 2015.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc.saúde coletiva**, v. 11, 2012.


DIAS, A *et al.* Mulheres em situação de rua: **trajetórias de invisibilidade e exclusão na construção de identidades**. (Projeto de pesquisa) - Universidade Estadual da Bahia, 2015. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/enl31.pdf>. Acesso em 23 de maio 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento**: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto de Enfermagem**, 2008.

ROSA, A.; BRÊTAS, A. Violência na vida das mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 275-85, 2015.

ROSO, A.; SANTOS, V. B. Saúde e relações de gênero: notas de um diário de campo sobre vivência de rua. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 283-299, 2017.



SANCHOTENE, I. P.; ANTONI, C.; MUNHOS, A. A. R. Maria, Maria: concepções sobre ser mulher em situação de rua. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 18, n. 1, p. 146-160, 2019.

SANTOS, D. P. *et al.* Histórico de violência entre mulheres que fazem uso de crack no estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 119, p. 862-875, 2018.

SILVA, A. D. **Ser homem, ser mulher: as reflexões acerca do entendimento de gênero**. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

SOUSA, M. F. *et al.* Mulheres em situação de rua: Práticas de cuidados em saúde. **Anais do V Seminário Intercional Enlaçando Sexualidades**, 2015. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/30650>. Acesso em: 22 jun.2021.

SOUZA, M. R. R. *et al.* Genêro, violência e viver na rua: Vivência de mulheres que fazem uso problemático de drogas. **RevGaúcha de Enf.**, v. 37, n. 3, 2016.

SPIASSI, A. L. **Violência como fator de vulnerabilidade para a saúde de mulheres usuárias de drogas do centro do município de São Paulo**. 2016. 168f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 2016.

VILA, E. *et al.* Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de rua e a vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas. **Revenferm UFPE online**, Recife, v. 11, p. 2122-31, 2017.

# CAPÍTULO 23

## INCLUSÃO DOS ACOMPANHANTES NA SEGURANÇA DO PACIENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Diana Cardeal do Nascimento**  
**Ericka Santana Borges Santos**  
**Micaela Santa Rosa da Silva**  
**Raquel Vieira Farias**  
**Sara Daniele de Araujo Nogueira**  
**Vivian Ranyelle Soares de Almeida**  
**Kleize Araújo de Oliveira Souza**

### RESUMO


A Segurança do Paciente é conceituada como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No caso da pediatria, pela criança possuir maior potencial de fragilidade no processo saúde-doença e por demandar acompanhamento e vigilância frequente, é necessária a inclusão do acompanhante para a promoção de um cuidado seguro, para que se possa garantir a prevenção da ocorrência de eventos adversos nessa população. O trabalho tem como objetivo relatar a experiência de estudantes de Enfermagem sobre a inclusão dos acompanhantes nas ações que visam promover a segurança do paciente em um hospital público baiano. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por seis estudantes de Enfermagem em um hospital estadual pediátrico localizado no estado da Bahia, no período de março a junho de 2022. Durante o período de estágio, percebeu-se que muitos acompanhantes não sabiam da importância da utilização da pulseira de identificação, além disso, muitos dos cuidados para prevenção de quedas estavam sendo negligenciados pelos mesmos. Em relação à administração de medicamentos, os familiares relataram positivamente a conduta da equipe. Após a ação educativa realizada, foram analisadas mudanças nos comportamentos dos acompanhantes com relação à segurança do paciente, sendo que algumas das metas trabalhadas tiveram maior adesão. Portanto, compreende-se que a segurança do paciente é um elemento fundamental em qualquer âmbito da saúde e quando se trata da assistência pediátrica, se torna ainda mais necessária mediante as peculiaridades do cuidado inerentes à pediatria.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do Paciente; Pediatria; Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente (SP) é considerada uma importante questão de saúde pública e vem sendo discutida de forma ampla no cenário atual. Entende-se por SP a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (ANVISA, 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a estimativa de danos à saúde é alta a nível mundial anualmente (ANVISA, 2021).

Em 2013, nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo demonstrou que a estimativa de mortes prematuras associadas a danos evitáveis decorrentes do cuidado hospitalar




estaria entre 210.000 e 400.000 americanos por ano, indicando que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais. Já no Brasil, estudos recentes mostraram que a incidência de Eventos Adversos (EAs) também é considerada alta, chegando a uma ocorrência de 7,6%, dos quais 66% são considerados evitáveis (ANVISA, 2016).

Diante disso, os danos evitáveis podem ser de diversos tipos, como por exemplo, lesões, sofrimentos, incapacidades e mortes. Já os eventos adversos são incidentes ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário à saúde, podendo causar prejuízos ao paciente, como o aumento do tempo de permanência hospitalar ou incapacidade (ANVISA, 2016; 2021).

De fato, o ambiente hospitalar é um lugar propício para que possíveis danos ou eventos adversos decorrentes da assistência à saúde aconteçam, tanto na população adulta quanto na pediátrica. No caso da pediatria, por ser uma área da saúde que necessita de uma atenção minuciosa, frente ao reconhecimento da criança como ser que possui maior potencial de fragilidade no processo saúde-doença e por demandar acompanhamento e vigilância frequente, necessita de um olhar voltado para o cuidado seguro, para que se possa garantir a prevenção da ocorrência de eventos adversos a esta população (OKAGAWAE; CUNHA, 2018; GALVÃO et al., 2020).

Visando minimizar esses eventos, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), propõem um conjunto de protocolos para prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, eventos ou circunstâncias que poderiam resultar ou que resultaram em dano desnecessário para o paciente. Essas ações estão baseadas nas seguintes metas: prática de higiene das mãos, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, identificação dos pacientes, prevenção de quedas e úlceras (lesões) por pressão e cirurgia segura (ANVISA, 2016).

Na discussão sobre iniciativas de promoção da segurança e de qualidade no cuidado, um dos eixos desse programa é o “Paciente pela segurança do paciente”, uma vez que a participação destes e dos acompanhantes durante o processo de hospitalização tem sido de extrema importância no incremento da SP, bem como na redução de eventos adversos. Sendo assim, encorajar a participação dos acompanhantes no cuidado à criança tem favorecido a



educação em saúde e a coprodução do cuidado entre aqueles e os profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2021).

Uma forma de envolver a participação da família no cuidado à saúde da criança é através da educação em saúde no ambiente hospitalar. Segundo o MS (BRASIL, 2012), o processo educativo de construção de conhecimento possibilita à população um maior empoderamento de determinada temática, contribuindo com o fortalecimento da autonomia no cuidado e com o desenvolvimento de um ser reflexivo, capaz de propor e opinar nas deliberações acerca da sua saúde e a da sua família.

Diante do exposto, essa pesquisa tem por objetivo relatar a experiência de estudantes de Enfermagem sobre a inclusão dos acompanhantes nas ações que visam promover a segurança do paciente em um hospital público baiano. Vale salientar que durante o período de estágio das estudantes, observou-se que os acompanhantes tinham pouco conhecimento da importância da sua participação para a promoção de um cuidado seguro. Assim, houve a necessidade de reforçar a importância desses cuidados e incentivar a participação da família na promoção do cuidado seguro para as crianças internadas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, que busca descrever por meio de uma narrativa as vivências de um grupo, contribuindo para a formação do conhecimento sobre diversas temáticas (MUSSI; FLORES; ALMEIDA, 2021).

O referido estudo foi realizado por seis estudantes de Enfermagem de uma universidade pública, durante o componente curricular Estágio Supervisionado II composto por uma carga horária prática de 450 horas, no período de março a junho de 2022. As vivências relatadas ocorreram nos setores da Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Sala de Observação e Internamento da Emergência de um hospital estadual pediátrico, localizado no estado da Bahia.

Após o levantamento do problema, das suas causas e consequências, visando a inserção dos acompanhantes na SP, foram realizadas atividades de educação em saúde com os mesmos e com a equipe. Sendo assim, para o planejamento das ações foi utilizado o plano de ação baseado no 5W2H, que consiste em uma sigla com as iniciais de sete perguntas na língua inglesa (Figura 1) que, ao serem respondidas de forma correta conseguem solucionar possíveis dúvidas que possam surgir durante a execução das ações (IMBS, 2018).



**Figura 1:** Fluxograma dos 5W2H.



Fonte: IMBS, 2018.

Nesse sentido, durante a utilização da ferramenta do 5W2H foram respondidas sete perguntas, sendo definido um mapa de atividades que possibilitou resolver os problemas identificados (Quadro 1). Dessa forma, foi possível encontrar o melhor caminho a ser percorrido para alcançar o objetivo (IMBS, 2018).

**Quadro 1:** Planejamento das ações por meio da metodologia 5W2H.

<b>Metodologia 5W2H</b>	
<b>Problema</b>	Baixa participação dos acompanhantes nas ações que visam promover a segurança do paciente em um hospital público pediátrico, na Bahia, no ano de 2022.
<b>What?</b>	Orientar os acompanhantes sobre a importância das ações que promovem a segurança do paciente.
<b>Who?</b>	Enfermeirandas e docente supervisora do componente curricular Estágio Supervisionado II, coordenadora da educação permanente do e equipe de design gráfico do hospital.
<b>Where?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínica Cirúrgica</li> <li>• Clínica Médica</li> <li>• Sala de Observação e Internamento da Emergência</li> </ul>
<b>When?</b>	Mês de maio e junho de 2022.



<b>Why?</b>	Déficit no conhecimento dos acompanhantes sobre as ações de segurança do paciente.
<b>How?</b>	Distribuição de guia informativo. Educação em saúde com os acompanhantes.
<b>How Much?</b>	Não houve custo para o hospital, a impressão foi realizada pela Universidade, gratuitamente.

**Fonte:** Elaboração própria, 2022.

Posteriormente, foram realizadas pesquisas sobre o tema para construção de um referencial teórico que fundamentou a confecção de material didático, compartilhado com as enfermeiras coordenadoras dos setores referidos, com o Núcleo de Educação Permanente e com a equipe de design gráfico do hospital.

Por se tratar de um relato de experiência, esta pesquisa não precisou ser avaliada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Foram considerados os autores mencionados, referenciados de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).


## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as ações, foi utilizada uma cartilha ilustrativa que apresentava as seis metas de SP priorizadas pela instituição de saúde, sendo elas: pulseira de identificação, comunicação com a equipe, administração de medicamentos, cirurgia segura, controle de infecções, redução de riscos de queda e lesões por pressão (Figura 2).

**Figura 2:** Cartilha ilustrativa sobre as 06 metas de segurança do paciente.



**Fonte:** Elaboração própria, 2022.



A cartilha foi elaborada de forma didática, com uma linguagem simples para que a informação fosse compreendida por todos os acompanhantes, tendo como ideia inicial o embarque seguro da criança atendida na instituição. Nesse sentido, além da explicação das metas, foi apresentado um *checklist* onde o acompanhante verificaria se a “sua criança” estaria cumprindo todas as metas, para que assim pudesse embarcar em uma viagem espacial para o cuidado.

A apresentação da cartilha foi feita à beira leito, durante as visitas aos pacientes, uma vez que as crianças não podem ficar sozinhas na enfermaria. Nesse momento, foi criado um espaço de conversa com os familiares, que se sentiram confortáveis para retirarem dúvidas e relataram experiências vivenciadas durante o processo de hospitalização. Destaca-se que 102 pessoas participaram das ações realizadas.


Alguns pontos foram notados através dos relatos dos acompanhantes. Em relação à pulseira de identificação, muitos não sabiam da importância da sua utilização, informando que os mesmos retiravam por receio de machucar a criança. Além disso, em alguns casos, as pulseiras eram retiradas pelos próprios funcionários para realizarem punções venosas ou porque estavam sujas demais, sem a substituição imediata.

Outro ponto destacado por alguns acompanhantes foi a respeito da fragilidade na comunicação por parte da equipe multiprofissional para com eles, uma vez que os mesmos tinham receio de questionarem e terem suas dúvidas não respondidas.

Observou-se também que os cuidados para prevenção de quedas estavam sendo negligenciados pelos próprios acompanhantes, que estavam deixando as grades dos leitos abaixadas, sendo esta uma meta bastante enfatizada pelas enfermeiras, já que houve relatos de queda do leito decorrente desse descuido.

Quanto à cirurgia segura, foi percebido que a equipe profissional dá as devidas orientações para os acompanhantes sobre os procedimentos cirúrgicos, principalmente sobre a necessidade de respeitar o período de jejum, no entanto, alguns familiares acabavam não acatando a solicitação e ofertavam alimentos e água para as crianças, ocasionando assim o atraso na realização do procedimento cirúrgico, prolongamento do internamento e, conseqüentemente, aumento dos custos hospitalares.

Além disso, foi observado que os acompanhantes e os pacientes circulavam nas enfermarias de outras crianças internadas e que algumas delas ficavam brincando no mesmo leito, mesmo sendo orientados pela equipe sobre o risco de infecção cruzada no setor.



Sobre a administração de medicamentos, a maioria relatou que os profissionais informam qual fármaco será administrado no momento e isso mostrou-se como um ponto positivo para os familiares, pois sentiam-se seguros e satisfeitos em relação à equipe de Enfermagem.

Após as ações educativas realizadas, foram percebidas mudanças nos comportamentos dos acompanhantes com relação a SP. Sobre a prevenção de quedas, foi notório que os mesmos passaram a ter mais cautela ao se ausentar do leito, elevando as grades para deixar a criança segura, sendo assim, esse cenário passou a acontecer com menos frequência.

No que diz respeito à pulseira de identificação, notou-se ainda grande dificuldade na adesão de seu uso por parte dos acompanhantes, visto que após a realização das visitas de Enfermagem, muitas crianças continuavam sem pulseira, demandando um enfoque maior da equipe com relação a importância de seu uso contínuo.


Vale salientar que o projeto “Paciente pela Segurança do Paciente” continuará sendo desenvolvido pelo Núcleo de Educação Permanente, juntamente com o Serviço Social, o qual será responsável por orientar as famílias das crianças admitidas na instituição. Além disso, todas coordenadoras de enfermagem dos setores assistenciais estão cientes do projeto e da importância de promover ações de educação em saúde para os acompanhantes com vistas à promoção da segurança dos pacientes.

Percebe-se que as questões relativas à segurança da saúde da criança são de grande relevância, uma vez que permeiam preocupações distintas nos diversos setores hospitalares. Desse modo, é necessária a inserção da equipe e dos acompanhantes no processo de promoção da segurança do paciente a fim de reduzir os danos na instituição de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreende-se que a SP é um elemento fundamental em qualquer âmbito da saúde e, quando se trata da assistência pediátrica, se torna ainda mais necessária mediante as peculiaridades da assistência a este público. Nesta perspectiva, é essencial que os profissionais de saúde, juntamente com os acompanhantes responsáveis, atuem visando garantir o seguimento das metas trabalhadas.

Neste sentido, o trabalho possuiu como objetivo relatar a experiência de enfermeiras sobre a inclusão dos acompanhantes na SP, onde realizou-se ações educativas com os familiares, individualmente a beira leito, através de cartilha ilustrativa sobre as metas de SP. Durante a ação, foi possível identificar através da conversa realizada que alguns acompanhantes



já conheciam algumas das metas expressas porém, ainda assim a prática das mesmas acabava sendo negligenciada por eles e também por parte dos profissionais.

A ausência da pulseira de identificação devido a retirada e/ou a não troca da mesma, a não elevação das grades dos leitos das crianças, a frágil comunicação entre acompanhantes com a equipe multiprofissional, e a circulação dos acompanhantes e pacientes entre as enfermarias vizinhas aumentando o risco de contaminação cruzada, foram as metas mais negligenciadas tanto por parte da equipe, quanto dos acompanhantes.

Observou-se que algumas das metas possuíam uma adesão maior, como as orientações para cirurgia segura e administração de medicamentos, onde foi relatado por parte dos responsáveis o cuidado que a equipe tem em passar as informações.

Como fatores limitadores do presente relato, destacam-se a não adesão de todos os acompanhantes para a realização das metas de segurança do paciente e a escala das enfermeiras nos setores, resultando em uma menor abrangência dos familiares orientados.

Compreende-se assim que, apesar dos acompanhantes entenderem a importância das metas de segurança, as mesmas ainda não são seguidas de forma efetiva, cabendo a unidade de saúde juntamente com seu núcleo de segurança do paciente pensarem e implementarem estratégias que contribuam para o exercício positivo das ações.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) **Plano Integrado para Gestão Sanitária de Segurança do Paciente**. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025**. Brasília: ANVISA, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_gestao\\_trabalho\\_2ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf). Acesso em: 18 maio 2022.



GALVÃO, V. T. L. S. *et al.*, Permanent education to promote pediatric patient safety: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15, 2020.

INTAGRATED MANAGEMENT BUSINESS SOLUTIONS (IMBS). **Metodologia dos 5W2H**. Lisboa, 2018. Disponível em: <http://imbs.pt/wp-content/uploads/2018/02/Metodologia-5W2H.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022.

MUSSI, R. F. de F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021. DOI: 10.22481/praxisedu.v17i48.9010. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/9010>. Acesso em: 21 abr. 2022.

OLIVEIRA, T. G. P. de *et al.* Envolvimento dos acompanhantes na segurança do paciente em unidades pediátricas e neonatais: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2022.

OKAGAWA, F. S.; CUNHA, I. C. K. O. A atuação de enfermeiros de unidades pediátricas hospitalares na Educação em Saúde. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 1-2-3, p. 3-10, 2018.

# CAPÍTULO 24


## TECNOLOGIAS EM SAÚDE PARA A OBTENÇÃO DE UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UMA ABORDAGEM SOBRE A SAÚDE COLETIVA

Vitória Fernanda Fernandes Nascimento  
Beatriz de Freitas Nogueira  
Elyssanda Keila da Costa Veloso  
Glória Stéphany Silva de Araújo  
Joice Pereira Carvalho  
Lísia Andrade Probo  
Mayara Natália Sousa dos Santos  
Mauro Roberto Biá da Silva

### RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, a saúde mental tem sido diagnosticada como uma das principais preocupações de saúde pública, sendo a depressão considerada um problema mundialmente conhecido, evidenciada pelo sentimento de tristeza, pensamentos negativos, perda de interesse em atividades e perturbação do sono e apetite. Estudos sugerem que metade de todos os transtornos mentais ao longo da vida começarão durante a adolescência, mas a maioria deles não será reconhecida e devidamente tratada. Desse modo, como as demais políticas de saúde, a efetivação da política de saúde mental depende da articulação entre os entes federativos que compartilham responsabilidade desde a criação até a execução das ações em saúde. Entre as competências da direção estadual do Sistema Único de Saúde, encontra-se, por exemplo, o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. Assim, tecnologias em saúde são imprescindíveis no contexto da saúde mental, haja vista a necessidade de efetividade dos direitos do paciente psiquiátrico. Objetivo: Evidenciar e analisar as tecnologias em saúde para uma melhor obtenção na assistência de pacientes psiquiátricos. Métodos: Trata-se de uma revisão narrativa, caracterizada por ser um método que proporciona a síntese do conhecimento, o qual foi desenvolvida e fundamentada em análise de bases de dados relacionados a seguinte temática: Tecnologias Em Saúde Para A Obtenção De Uma Assistência De Qualidade Aos Pacientes Psiquiátricos: Uma Abordagem Sobre A Saúde Coletiva. Em vista disso, a coleta de dados utilizados para a revisão foi realizada on-line com os seguintes descritores: assistência, saúde mental, saúde coletiva no banco de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Resultados: Através das buscas realizadas na BVS (Biblioteca Virtual sem saúde), obteve-se inicialmente 60 artigos; com a utilização dos filtros, foram encontrados os mesmos 60 artigos. Após a leitura, 46 artigos foram excluídos por apresentarem o foco diferente do objetivo procurado. Então, restaram 13 artigos incluídos. Discussão: A expansão para coberturas de tratamento para indivíduos que sofrem de problemas relacionados a saúde mental, ao longo da contemporaneidade, vem aumentando, pois, planos privados apresentam os seus benefícios para a inserção desses tratamentos e necessitam de cuidados especiais. A saúde coletiva está intrinsecamente relacionada com transtornos mentais que afetam a qualidade de vida da população. Nesse sentido, um estudo mostrou que o Appreciative Inquiry com o Boot Camp Translation (AI/BCT) é um método para abordar questões de saúde que são importantes para as comunidades, mas para as quais faltam evidências de como abordar o tópico ou são inadequadas devido às circunstâncias únicas de uma determinada comunidade. Dessa forma, o método auxilia os indivíduos que sofrem de problemas de saúde mental a reconhecer sua necessidade de ajuda e, em seguida, obter acesso a cuidados de saúde mental.





Com isso, os cuidados de saúde mental dentro da comunidade levaram ao desenvolvimento de estudos focados em um método que pudesse alavancar sucessos isolados de membros da comunidade para criar abordagens que pudessem ser aplicadas em toda a comunidade. Conclusão: A utilização de instrumentos tecnológicos demonstrou-se de grande valia, pois permitiu não somente uma análise ampla da necessidade de cuidados, como também de manejo profissional diante dos casos. Enfatiza-se ainda os poucos estudos a respeito da temática, o que se constitui como uma lacuna do trabalho em questão, assim, evidencia-se a necessidade de intensificá-los.


**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental; Assistência; Tecnologias; Saúde Coletiva.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, conforme Orth (2020), Wyk (2020) e Missiatto (2019), a saúde mental tem sido diagnosticada como uma das principais preocupações de saúde pública, sendo a depressão considerada um problema mundialmente conhecido caracterizado por sentimento de tristeza, falta de confiança, opiniões e pensamentos negativos de si, dos outros e do futuro, perda de interesse em atividades que antes eram valorizadas, alteração ano padrão do sono e mudança de apetite. Estudos sugerem que metade de todos os transtornos mentais ao longo da vida começarão durante a adolescência, mas a maioria deles não será reconhecida e tratada (ORTH; WYK, 2020, MISSIATTO et al., 2019).

Assim, de acordo com Champman (2018), tem – se os profissionais de enfermagem de saúde mental psiquiátrica que ajudam a lidar com a escassez de força de trabalho em saúde comportamental. Esses profissionais são enfermeiros registrados com formação em saúde mental de pós-graduação, sua prática pode ser comparada à dos psiquiatras, e inclui avaliação diagnóstica, manejo psicoterapêutico e farmacológico de transtornos psiquiátricos e avaliação de condições de saúde física. Diversos estudos descobriram que o atendimento prestado por esses enfermeiros é de alta qualidade e leva a resultados positivos de saúde comportamental (CHAMPMAN et al., 2018).

Nesse contexto, segundo Bruggman (2019), no cenário brasileiro, a década de 1970 se apresenta como marco histórico dos movimentos que questionavam a assistência em saúde mental, indicando a necessidade do levantamento de abordagens sobre a urgência de políticas públicas referentes a esse âmbito da saúde no Brasil. Foi por meio das diversas denúncias sobre o descaso e violência às pessoas com transtornos mentais que tais movimentos surgiram, ganhando mais força quando se certificou da realização de cuidados desarticulados nos hospitais psiquiátricos, institucionalizando essa população (BRUGGMANN et al., 2019).



A luta pelo acesso à saúde pública deu-se concomitante ao movimento da busca pelos direitos dos usuários da saúde mental. Nesse aspecto, segundo Bianchini (2017), a Reforma Psiquiátrica foi um movimento internacional de protesto ao tratamento ofertado à loucura nos hospitais psiquiátricos e teve, no Brasil, importantes reverberações, onde foi instalada a Política de Saúde Mental Brasileira que garante o cuidado do usuário no território, em redes de atenção e proteção à saúde, com a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico (BIANCHINI, 2017).

Além da reforma em questão, conforme Bruggmann (2019), outro marco histórico no contexto da saúde mental no Brasil foi a aprovação da Lei Federal nº 10.216, que estabeleceu ao governo federal o dever de elaborar políticas públicas em defesa da autonomia e da garantia do direito das pessoas com doenças mentais. Nesse movimento evolutivo da assistência psiquiátrica, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011,10 como parte da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando construir, expandir e alcançar todos os pontos de atenção da rede às pessoas com transtornos mentais e àquelas com necessidades de usar substâncias psicoativas. (BRUGGMANN et al., 2019).

Desse modo, ainda sob a ótica dos estudos de Bianchini (2017), como as demais políticas de saúde, a efetivação da política de saúde mental depende da articulação entre os entes federativos que compartilham responsabilidade desde a criação até a execução das ações em saúde. Entre as competências da direção estadual do Sistema Único de Saúde, encontra-se, por exemplo, o acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS (BIANCHINI, 2017). Assim, tecnologias em saúde são imprescindíveis no contexto da saúde mental, haja vista a necessidade de efetividade dos direitos do paciente psiquiátrico.

## **OBJETIVO**

Evidenciar e analisar as tecnologias em saúde para uma melhor obtenção na assistência de pacientes psiquiátricos.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão narrativa, caracterizada por ser um método que proporciona a síntese do conhecimento, o qual foi desenvolvida e fundamentada em análise de bases de dados relacionados a seguinte temática: Tecnologias Em Saúde Para A Obtenção De Uma Assistência De Qualidade Aos Pacientes Psiquiátricos: Uma Abordagem Sobre A Saúde Coletiva. Em vista disso, a coleta de dados utilizados para a revisão foi realizada on-line com os seguintes

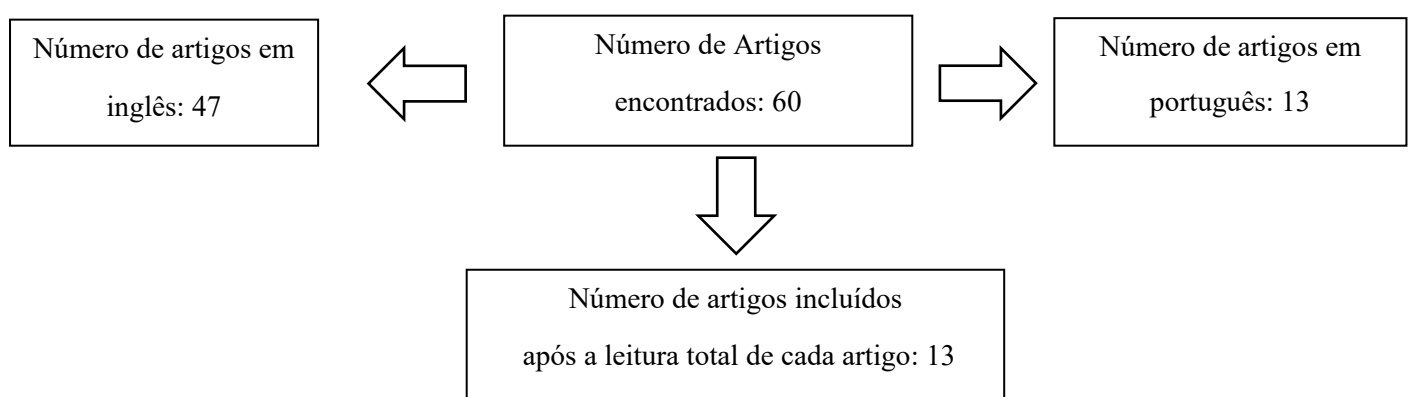
descritores: assistência, saúde mental, saúde coletiva no banco de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os critérios de inclusão dos artigos foram: texto completo, disponíveis nas bases de dados MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica), BDNF-enfermagem (Biblioteca J. Baeta Vianna), LILACS(Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde),e HISA (Base bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe) os quais foram utilizados os seguintes assuntos principais: saúde pública, saúde mental, política de saúde, serviço de saúde mental. Ademais, os estudos deveriam se enquadrar nos devidos tipos tais como, estudo de prevalência, estudo de rastreamento, avaliação econômica em saúde, estudo de avaliação, pesquisa qualitativa. Se enquadrando ainda os devidos textos deveriam estar em inglês ou português. Com base nos resultados encontrados e obedecendo-se aos critérios de inclusão e exclusão citados, realizou-se a leitura exaustiva do título e do resumo de cada artigo científico para verificar seu enquadramento com a questão norteadora da presente revisão. Além disso, a busca nas bases de dados resultou em treze artigos científicos, atendendo o critério estabelecido para a presente revisão. Para análise dos dados resultantes desse processo, foram apresentadas informações gerais de caracterização dos estudos e de cada categoria especificamente.

## RESULTADOS

Através das buscas realizadas na BVS (Biblioteca Virtual sem saúde), obteve-se inicialmente 60 artigos; com a utilização dos filtros, foram encontrados os mesmos 60 artigos. Após a leitura, 46 artigos foram excluídos por apresentarem o foco diferente do objetivo procurado.

Abaixo, o fluxograma da apuração e seleção dos artigos, a tabela 2: caracterização geral dos artigos e tabela 3: características específicas dos artigos selecionados.

**Figura 1 - Fluxograma da Apuração dos Artigos**



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

**Figura 2** - Caracterização Geral dos Artigos.

Características Gerais	2 artigos que relacionam a assistência aos pacientes com transtornos mentais a diferentes temas, além dos desafios de cuidados a esses pacientes no Sistema Único de Saúde.
Achado principal	12 artigos que estão relacionados aos desafios para uma obtenção de uma assistência de qualidade aos pacientes com transtornos mentais no Sistema Único de saúde
Outros achados	44 artigos não têm como foco o tema a ser tratado

**Fonte:** Elaborado pelas autoras, 2022.

**Figura 3:** Características Específicas dos Artigos Selecionados.

Autor/ Ano	Metodologia	Título
ORTH; WYK / 2020	Pesquisa qualitativa	Adolescent mental wellness: a systematic review protocol of instruments measuring general mental health and well-being.
NEASE et al./ 2020	Síntese de evidências / Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa	Making the Random the Usual: Appreciative Inquiry/Boot Camp Translation—Developing Community Oriented Evidence That Matters
CAYRES / 2020	Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa	Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas / Advances and setbacks in the implementation of the Psychosocial Care Network in the State of São Paulo: health regions and inter-federative agreements
MISSIATTO et al./ 2019	Estudo de prevalência / Fatores de risco / Estudo de rastreamento	Prevalência de depressão em servidores do Instituto Nacional de Seguridade Social / Prevalence of depression in servers of the National Institute of Social Security / Prevalencia de depresión en servidores del Instituto Nacional de Seguridad Social

BAILEY et al./ 2019	Estudo de rastreamento	Early Check: translational science at the intersection of public health and newborn screening.
BRUGGMANN et al./ 2019	Pesquisa qualitativa	Construção de um saber coletivo para implantação do processo de enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado / Development of a collective knowledge for implementation of the nursing process in a specialized psychiatric hospital / Construcción de conocimiento colectivo para la aplicación del proceso de enfermería en un hospital psiquiátrico especializado
BLIKSTEIN / 2019	Estudo de prevalência/ Estudo prognóstico / Pesquisa qualitativa	Políticas públicas em saúde mental infantojuvenil e filantropia: estudo sobre as instituições de acolhimento para pessoas com deficiência que atendem crianças e adolescentes no estado de São Paulo / Not available
CHAPMAN et.al / 2018	Avaliação econômica em saúde	Utilization and Economic Contribution of Psychiatric Mental Health Nurse Practitioners in Public Behavioral Health Services.
CZAJA et.al /2018	Estudo avaliação Implementation research / Síntese e evidências Revisão sistemática de estudos observacionais	Community REACH: An Implementation of an Evidence-Based Caregiver Program.
LIM et.al / 2018	Estudo de avaliação Avaliação econômica em saúde	Impact of a New York City supportive housing program on Medicaid expenditure patterns among people with serious mental illness and chronic homelessness.
Santos et.al / 2018	Avaliação econômica em saúde / Estudo de prevalência	Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador / Community Health Worker: Implications of human labor costs on worker's health

Einloft / 2017	Guia de prática clínica / Pesquisa qualitativa	Grupo de gestão autônoma da medicação na atenção primária à de: uma tecnologia para o empoderamento de pessoas com diabetes melito tipo 2 / Autonomous medication management group in primary health care: a technology for empowering people with type 2 diabetes mellitus
Bianchini / 2017	Estudo de avaliação / Avaliação de tecnologias de saúde	Gestão regional da rede de atenção psicossocial: desenvolvendo tecnologias para a avaliação do processo de implementação da política de saúde mental na 15ª CRS / Regional Management of the Psychosocial Care Network: Developing Technologies for the Evaluation of the Mental Health Policy Implementation Process at the 15th CRS


Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

## DISCUSSÃO

De acordo com Chapman (2018), a expansão para coberturas de tratamento para indivíduos que sofrem de problemas relacionados a saúde mental por consequência ao longo da contemporaneidade vem aumentando, pois, planos privados apresentam-se os seus benefícios para a inserção desses tratamentos e necessitam de cuidados especiais. (CHAPMAN et al. 2018).

A saúde coletiva está intrinsecamente relacionada com transtornos mentais que afetam a qualidade de vida da população. Nesse sentido, um estudo mostrou que o Appreciative Inquiry com o Boot Camp Translation (AI/BCT) é um método para abordar questões de saúde que são importantes para as comunidades, mas para as quais faltam evidências de como abordar o tópico ou são inadequadas devido às circunstâncias únicas de uma determinada comunidade. Dessa forma, pesquisas de Nease (2020) mostram que o método auxilia os indivíduos que sofrem de problemas de saúde mental a reconhecer sua necessidade de ajuda e, posteriormente, obter acesso a cuidados de saúde mental. Com isso, os cuidados de saúde mental dentro da comunidade levaram ao desenvolvimento de estudos focados em um método que pudesse aumentar sucessos isolados de membros da comunidade para criar abordagens que pudessem ser aplicadas em toda a comunidade (NEASE et al., 2020).






No estudo em questão, segundo Nease (2020), usou-se a IA para gerar histórias de sucesso de membros da comunidade que lutam com problemas de saúde. Estes formaram a base de temas que foram traduzidos com sucesso pelos participantes do BCT em intervenções que podem ser amplamente utilizadas em suas comunidades para abordar os tópicos e preocupações de saúde. A AI/BCT aborda uma lacuna de métodos, fornecendo um método para gerar e traduzir evidências promissoras localmente relevantes relacionadas a um problema de saúde específico. AI/BCT é um método para transformar esses sucessos “aleatórios” em práticas “usuais” em nível comunitário. AI/BCT identifica e acelera a tradução de descobertas locais bem-sucedidas na prática diária, reduz o sofrimento e melhora a saúde das comunidades locais, impactando positivamente na melhoria da saúde mental coletiva (NEASE et al., 2020).

Ademais, conforme pesquisas de Passos (2020), outra tecnologia em saúde no âmbito da saúde mental é a inflexão da pesquisa-intervenção participativa realizada na abordagem da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), a qual denominou-se Pesquisa-apoio. Esta denominação diz respeito aos conceitos de Apoio Matricial e Apoio Institucional, mas a Pesquisa-apoio possui especificidades relacionadas tanto à abordagem da GAM quanto ao seu compromisso com a produção de conhecimento. O Apoio Matricial e o Apoio Institucional são ferramentas úteis à atenção e à gestão dos serviços de saúde, com os objetivos de promover a troca de saberes e de habilidades entre os trabalhadores, fortalecer e potencializar a democratização das instituições e promover senso de responsabilidade entre todos. São instrumentos voltados aos trabalhadores dos serviços, no contexto de suas práticas de trabalho (PASSOS et al., 2020). Em um estudo, examinou-se diversos papéis que programas preventivos de saúde mental pelas secretarias locais de saúde (LHDs) desempenham:

Usando um multinível ecológico modelo para delinear os papéis dos LHDs, a equipe descobriu que os LHDs desempenham atividades de promoção da saúde mental e cuidados preventivos, que foram significativamente associados a reduções em internações evitáveis para indivíduos com condições sensíveis à atenção ambulatorial e saúde mental com concomitantes problemas (CHEN; NOVAK; GOLDMAN, 2018).

Desse modo, sob o prisma de Chen, Novak e Goldman (2018), percebe-se que os LHDs, conhecidos como departamentos locais de saúde, proporcionam em seus espaços educação, triagem, e encaminhar os membros da comunidade para cuidados de saúde mental, além de apresentarem melhoras significativas na saúde da população vulnerável (CHEN; NOVAK; GOLDMAN, 2018).

Por fim, ainda sob o viés de estudos de Passos (2020), a Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma abordagem de origem canadense que tem como objetivo discutir criticamente o uso de medicamentos Psiquiátricos nos tratamentos em saúde mental, promovendo a ampliação



da autonomia dos usuários. Entende-se a partir da experiência de campo que a GAM, como estratégia na saúde mental, visa o compartilhamento de experiência, protagonismo distribuído, união e cooperação entre usuários, trabalhadores e familiares e, sobretudo, contração de autonomia coletiva, é desde o início apoio ao processo de produção de saúde (PASSOS et al., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes psiquiátricos demandam cuidados direcionados no seu processo de saúde, uma vez que esses pacientes possuem quadros sintomatológicos específicos e de nuances variadas como é o caso de transtornos mentais que não foram aceitos pelos pacientes e que, assim, torna difícil o tratamento. Com isso a utilização de instrumentos tecnológicos citados demonstrou-se de grande valia, pois permitiu não somente uma análise ampla da necessidade de cuidados, como também de manejo profissional diante dos casos. Enfatiza-se ainda os poucos estudos a respeito da temática, o que se constitui como uma lacuna do trabalho em questão, assim, evidencia-se a necessidade de intensificá-los, visto sua relevância.

## REFERÊNCIAS

BIANCHINI, M.P. **Gestão Regional da Rede de Atenção Psicossocial: Desenvolvendo tecnologias para a avaliação do processo de implementação da política de saúde mental na 15ª crs.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2017.

BRUGGMANN, M.S. et al. Development of a collective knowledge for implementation of the nursing process in a specialized psychiatric hospital. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. -10, 2019. Disponível em: <http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1416/e1270.pdf>. Acesso em: 04 mar 2022.

CHAPMAN, S.A. et al. Utilization and Economic Contribution of Psychiatric Mental Health Nurse Practitioners in Public Behavioral Health Services. **American Journal Of Preventive Medicine**, v. 54, n. 6, p. 243-249, 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379718316039>. Acesso em: 04 mar 2022.

CHEN, J.; NOVAK, P.; GOLDMAN, H. Public Health System-Delivered Mental Health Preventive Care Links to Significant Reduction of Health Care Costs. **Gestão da Saúde da População**, vol. 21, nº 6, 2018. Disponível: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2018.0010>. Acesso em 12/03/2022.

MISSIATTO, L.A.F, et al. Prevalence of depression in servers of the National Institute of Social Security. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 15, n.3, p. 1-6. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v15n3/v15n3a04.pdf>. Acesso em: 04 mar 2022.



NEASE, D. et al. Making the Random the Usual: Appreciative Inquiry/Boot Camp Translation-Developing Community-Oriented Evidence That Matters. **Journal of primary care & community health**, v. 11, n. 2150132720904176, 2020.

ORTH, Z.; WYK, B. **Adolescent mental wellness: a systematic review protocol of instruments measuring general mental health and well-being**. *BMJ Open* 2020.

PASSOS, E. et al. A gestão autônoma da medicação e o dispositivo da pesquisa-apoio. **Revista polis psique**, v. 10, n. 2, p. 143-165, 2020.



www.editorapublicar.com.br  
contato@editorapublicar.com.br  
@epublicar  
facebook.com.br/epublicar

# ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS  
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ROGER GOULART MELLO  
ORGANIZADORES



2022



www.editorapublicar.com.br  
contato@editorapublicar.com.br  
@epublicar  
facebook.com.br/epublicar

# ENFERMAGEM:

PESQUISAS E PRÁTICAS  
NO CUIDADO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

3

INALDO KLEY DO NASCIMENTO MORAES  
ROGER GOULART MELLO  
ORGANIZADORES



2022

