



ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES



PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORA)



2021

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES



PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORA)



2021

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

Editora Chefe

Patrícia Gonçalves de Freitas

Editor

Roger Goulart Mello

Diagramação

Roger Goulart Mello

Projeto gráfico e Edição de Arte

Patrícia Gonçalves de Freitas

Revisão

Os Autores

ENFERMAGEM: ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES, VOL. 1

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

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

Conselho Editorial

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

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

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

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

Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

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

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

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

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense

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

Inaldo Kley do Nascimento Moraes - Universidade CEUMA

João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas



2021

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

Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo

Milson dos Santos Barbosa – Universidade Tiradentes

Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará

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

Rita Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Paulista

Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

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

E56 Enfermagem [livro eletrônico] : atuação e inovação no cuidado aos
 pacientes, volume 1 / Organizadora Patrícia Gonçalves de
 Freitas. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-89340-49-2

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática.
3. Saúde. I. Freitas, Patrícia Gonçalves de, 1992-.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora e-Publicar
Rio de Janeiro – RJ – Brasil
contato@editorapublicar.com.br
www.editorapublicar.com.br



2021

Sumário

CAPÍTULO 1	14
À RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA VERTEBRAL COMO PREVENÇÃO DE LESÃO MEDULAR NO TRAUMA: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR.....	14
	Adriano de Souza Gomes Aldineia de Jesus Cristiane Moraes de Sá Mesquita Monaliza Marques Sabba Kadmiel Cândido Fabiane Veloso Soares
CAPÍTULO 2	27
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO NO PERÍODO PUERPERAL.....	27
	Patrícia Suely Vieira da Silva Clovis Gabriel Moreira da Silva Alexandre Bezerra Silva
CAPÍTULO 3	36
A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DIGITAL DE IDOSOS: AS REDES SOCIAIS COMO FERRAMENTAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO QUANTO AOS CUIDADOS COM A SAÚDE.....	36
	Leticia Maria Hoffmann Lucas Souza Santos Aline Silva de Bona
CAPÍTULO 4	51
O USO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS COMO RECURSO EM SAÚDE E ENFERMAGEM COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	51
	Karolina Alves de Matos da Silva Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres
CAPÍTULO 5	64
QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA SOB A PERSPECTIVA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	64
	Lorena Oliveira Alves Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres Diane Maria Scherer Kuhn Lago

CAPÍTULO 6	79
INTERPRETAÇÃO DO HEMOGRAMA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DAS UBSs/PARNAÍBA NA DETECÇÃO DA ANEMIA MACROCÍTICA	79
	Cleison Bruno Machado Lima Cassandra Mirtes de Andrade Rêgo Barros Leiliane Cristina de Aguiar Marilyse de Oliveira Meneses Aline Cardoso Torres
CAPÍTULO 7	91
DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE.....	91
	Elaine Cristina de Souza Ferreira
CAPÍTULO 8	98
PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO AO CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS NA UBS ORESTE GONÇALVES MARQUITO, NO MUNICÍPIO DE APUCARANA-PR	98
	Luciano Simplício Sobrinho Clodoaldo Penha Antoniassi Fabio José Antonio da Silva
CAPÍTULO 9	118
CONDUTA DE ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ADMISSÃO DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	118
	Esiquel Batista Lopes Gianfábio Pimentel Franco Alexa Pupiará Flores Coelho Renato Vargas Fernandes Andressa de Andrade
CAPÍTULO 10	134
QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS- INFILTRATIVAS	134
	Jaciane Santos Marques Elyrose Sousa Brito Rocha
CAPÍTULO 11	144
PERSPECTIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO AO IDOSO	144
	Jefferson Nascimento dos Santos Lizandra Tereza de Souza Vasconcelos Maria Erisnilda Nunes Irineu Jonas Loiola Gonçalves Rafaele Teixeira Borges

CAPÍTULO 12 152

O ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE COM HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA..... 152

Rayrane Clarah Chaveiro Moraes
João Vitor Andrade
Aline Alves Fernandes
Juliana Cristina Martins de Souza
Luma Nunes Camilo
Karen de Oliveira Santana
Shirley Aparecida da Silveira
Letícia Marques da Silva Neto

CAPÍTULO 13 164

AMBULATÓRIO INTEGRAL: AMPLIANDO A PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E REABILITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL..... 164

Juliana Cristina Martins de Souza
João Vitor Andrade
Débora Passareli da Silva
Geovana Caroline Batoni de Souza
Karen de Oliveira Santana
Letícia Marques Silva
Luara Venturini Abile
José Gilberto Prates

CAPÍTULO 14 173

SENTIMENTOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS QUANTO AO RISCO DE MICROCEFALIA173

Karolinny Évans de Araújo Severo
Marília Rute de Souto Medeiros
Juliana Iscarlaty Freire de Araújo
Marcos Jonathan Lino dos Santos
Heleni Aires Clemente
Lúcia Emanuelle Silva de Carvalho
Astha Oliveira Catônio de Araújo
José Adailton da Silva

CAPÍTULO 15 187

O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR: PRONTO SOCORRO..... 187

Márcia Neves Da Costa
Ingrid de Souza Freire

CAPÍTULO 16	201
REFLEXÃO SOBRE O MANEJO FAMILIAR DA CRIANÇA COM DOENÇAS CRÔNICAS	201
	Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira Fabiola Pereira Paixão Farias Sara Souza Lemos, Enfermeira Laís Barreto Ferreira Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira Roseanne Montargil Rocha Vitória Solange Coelho Ferreira
CAPÍTULO 17	212
PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ESTUDO DE CASO	212
	Matheus Fernandes Carvalho Marcelino Maia Bessa Samara Wiliane dos Santos Silva Joyce Oliveira de Souza Rodrigo Jacob Moreira de Freitas Jaira Gonçalves Trigueiro
CAPÍTULO 18	224
GESTÃO DA QUALIDADE E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: FERRAMENTAS EFICAZES NO ATENDIMENTO E CUIDADO AO PACIENTE	224
	Thamires de Mesquita de Freitas Ana Greyce Alegre Capella Fabiane Veloso Soares
CAPÍTULO 19	233
RESILIÊNCIA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA: OS DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	233
	Adryane Karyne de Oliveira Silva Gilmara Marques Rodrigues Luciana Dilane dos Santos Barbosa Maria Cecília Lira de Albuquerque Maria de Fatima Lima Barbosa Michella Galindo de Albuquerque Paulo Isaac de Souza Campos Querubina Sonaly de Araujo Bezerra
CAPÍTULO 20	252
INTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN	252
	Paulo Daniel Maria Wanderson Rocha Oliveira Márcio Fraiberg Machado

CAPÍTULO 21 265

INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE: ESCLARECENDO
CONCEITOS 265

Allana Evelyn Dias
Mariza Dias Xavier
Renê Ferreira da Silva Junior
Cássia Pérola dos Anjos B. Pires
Jéssica Camila Santos Silveira
Danielle Ladeia Santos
Simone de Melo Costa
Orlene Veloso Dias

CAPÍTULO 22 277

A AÇÃO DA SHIATSUTERAPIA NAS DORES DE COLUNA VERTEBRAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA..... 277

Daniele Mendes da Silva
Edilene Castro Santos
Maria Samara Caetano de Araújo

CAPÍTULO 23 295

EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM DESAFIO ENFRENTADO PELOS ENFERMEIROS EM
UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA 295

Maria Samara Caetano de Araújo
Andressa Mônica Gomes Fernandes
Daniele Mendes da Silva

CAPÍTULO 24 308

O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MANEJO DA DOR
ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA..... 308

DOI 10.47402/ed.ep.b202168224492

Débora Ferreira
Luciana Dilane S.Barbosa
Kaline Santiago Ramos
Graciellen Silva de Lima
Gilmara Marques Rodrigues
Priscila Sales Ferraz Neri
Flávia Thays de Moura Silva
Maria Zélia Araújo

CAPÍTULO 25 319

FRAGILIDADES NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E SUAS REPERCUSSÕES NA FILA DE ESPERA
..... 319

Elaine Cristina dos Santos
Fabio José Antonio da Silva

CAPÍTULO 26	339
CONDUTA PREVENTIVA E CONHECIMENTO DE HOMENS UNIVERSITÁRIOS ACERCA DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO	339
	Cassia Alves da Silva Franciely Alves da Silva Leticia Pinho Gomes
CAPÍTULO 27	351
SAÚDE CONTEMPORÂNEA E AS TECNOLOGIAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SÉCULO XXI.....	351
	Francisco Bruno Silva Cardozo Fabiano Santos Pinho Glécio Gregório da Silva Gomes Lady Mara Sena da Rocha Michelle Souza Tribuzy Fabiane Veloso Soares
CAPÍTULO 28	364
EFICÁCIA DA FITOTERAPIA NA RECONSTITUIÇÃO TECIDUAL DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	364
	Giani Maria Cavalcante Santiago José da Silva Tatiane Tavares Silva
CAPÍTULO 29	374
O CONHECIMENTO CIENTÍFICO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO FILOSÓFICA SOBRE A CONSTITUIÇÃO DE UMA CIÊNCIA	374
DOI 10.47402/ed.ep.c202140129492	Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa
CAPÍTULO 30	383
O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRANSPLANTADOS CARDÍACOS À LUZ DA TEORIA DE ROY: UMA ANÁLISE TEÓRICA-REFLEXIVA.....	383
DOI 10.47402/ed.ep.c202140230492	Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

CAPÍTULO 31	391
REGISTRO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO PARA A QUALIDADE DO CUIDADO	391
	Marcelo Flávio Batista da Silva Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva Davi Roni da Silva Gabriel Evélin Anjos Alves Jefferson da Silva Santana Rennan Braz de Freitas Thaís Siqueira Freitas de Lima
CAPÍTULO 32	402
ADESÃO AO USO DOS EPI'S PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	402
	Marcelo Flávio Batista da Silva Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva Davi Roni da Silva Gabriel Evélin Anjos Alves Jefferson da Silva Santana Rennan Braz de Freitas
CAPÍTULO 33	412
ACONSELHAMENTO NO CTA: A CONFIDENCIALIDADE DA INTIMIDADE PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS IST'S/HIV/AIDS	412
	Marcelo Flávio Batista da Silva Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva Davi Roni da Silva Gabriel Evélin Anjos Alves Jefferson da Silva Santana Maria Bianca Leite Rennan Braz de Freitas Ruy de Barros Correia Valdirene Pereira da Silva Carvalho
CAPÍTULO 34	422
AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA DE ATENÇÃO BÁSICA “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL”: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	422
	Rafaela Siqueira de Oliveira Silva Samuel Rodrigues Ferreira Maria Clara da Paz Dias Diego Dias de Araújo Danielle Ladeia Santos Orlene Veloso Dias Cássia Pérola dos Anjos Braga Pires



CAPÍTULO 35	435
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO JUNTO AO INDIVÍDUO COM IDEAÇÃO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	435

Deysiane da Silva Sobrinho
Janieire Lemos Nobre Vieira
João Victor Marcilli da Silva
Cristina Costa Bessa
Juliana Alencar Moreira Borges
Izaildo Tavares Luna

CAPÍTULO 36	448
CAPACITAÇÃO SOBRE O MANEJO DE FERIDAS E CURATIVOS PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL REGIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	448

Palloma Rayane Alves de Oliveira Sinezio
Leilane Alice Moura da Silva
Luiz Carlos Pinheiro Barrozo
Deysiane Avelino da Silva
Kalidia Felipe de Lima Costa



CAPÍTULO 1

À RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DA COLUNA VERTEBRAL COMO PREVENÇÃO DE LESÃO MEDULAR NO TRAUMA: ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Adriano de Souza Gomes, Graduando de Enfermagem, UNINORTE

Aldineia de Jesus, Graduanda em Enfermagem, UNINORTE

Cristiane Moraes de Sá Mesquita, Graduanda em Enfermagem, UNINORTE

Monaliza Marques Sabba, Graduanda em Enfermagem, UNINORTE

Kadmiel Cândido, Professor, Enfermeiro, Mestre e Docente do UNINORTE

Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente do UNINORTE


RESUMO

O trauma é um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, o que se reflete em questões sociais e econômicas da atualidade devido a isso, deve ser tratado com toda atenção e cuidado nos níveis de atenção do sistema único de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a eficácia da aplicabilidade de restrição de movimentos da coluna vertebral como instrumento de atendimento em pacientes vítimas de trauma na redução da lesão medular traumática. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva. Foram utilizados artigos publicados na íntegra em inglês e português publicados nas bases de PUBMED, SCIELO, BIREME, BVS. Foi construída uma planilha para tabulação dos artigos incluídos no estudo e para análise dos dados. Em estudos evidenciados recentemente 3-25% das lesões da coluna são decorrentes ao atendimento realizado e não ao trauma em si, sendo estes resultantes de falta de conhecimento do profissional envolvido no atendimento, vale lembrar que mesmo com atendimento adequado da equipe cerca de 5% a 6%, dos pacientes ainda assim apresentarão déficit neurológico, ou seja, rebaixamento do nível de consciência sendo evidenciado pela escala de coma de Glasgow quando avaliado. Portanto, para estes casos aconselha-se seguir critérios individualizados para cada vítima, particularizando cada caso e orientando a equipe quanto a materiais e métodos a serem empregados.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma na Coluna Vertebral, Colar Cervical, Atendimento Pré-Hospitalar (APH), Lesão da Vertebro-Medular, Restrição de Movimento da Coluna.

INTRODUÇÃO

A principal causa dos traumas está diretamente ligada aos acidentes de trânsito, envolvendo carros, motocicletas, condutores e pedestres. Primeira causa de morte no mundo entre pessoas na faixa etária entre 15 e 29 anos, os acidentes foram responsáveis por ceifar a vida de 1,24 milhão de pessoas em 182 países, só em 2010. No Brasil, a cada ano, são registrados mais de 1 milhão de acidentes, matando cerca de 40 mil pessoas e deixando mais de 370 mil feridos, segundo o Ministério da Saúde. Armas de fogo e armas brancas também têm grande representatividade nas estatísticas, assim como, no caso dos idosos, as quedas de própria altura (BRASIL, 2017).



No Brasil os traumas são considerados crescente problema de saúde pública, onde este índice causa um impacto de grandes proporções em índices de morbidades e mortalidade da população Brasileira. As principais causas de trauma são por causa externa, acidentes e violência, podendo ser acidentais ou intencionais, considerados conjuntos de agravos a saúde, constam na Classificação Internacional de Doenças – CID, denominadas causas externas (SBAIT, 2014). Com isto novas evidências e diretrizes estão sendo desenvolvidas para que se tenha uma resposta adequada e melhor evidenciada pela equipe junto a vítima.

A imobilização da coluna em geral e da coluna cervical em particular tem sido um procedimento padrão no tratamento pré-hospitalar de pacientes traumatizados por muitas décadas. No entanto, devido ao potencial de complicações, a imobilização da coluna vertebral não deve ser realizada rotineiramente, mas apenas se houver indicações, como também é exigido pelas diretrizes atuais (KREINEST et al., 2016).


Segundo o PHTLS em 2017:

Lesão primária medular ocorre no momento do impacto na aplicação da força e pode causar compressão medular, lesão direta da medula e interrupção de suprimento de sangue para medula. Lesão secundária ocorre após o traumatismo inicial e pode incluir edema, isquemia ou movimentação dos fragmentos ósseos.

No mundo atual em que vivemos com diversos meios de comunicação e diversas formas de busca por este tipo de informação faz-se de suma importância que profissionais que atuam tanto meio pré-hospitalar quanto no intra-hospitalar assim como a sociedade acadêmica em si, para que esteja informada e atualizada sobre do que se trata a restrição de movimentos da coluna, principalmente quando temos o dever de levar a melhoria no atendimento ao paciente vítima de lesão vertebro-medular. É por isso fundamental estabelecer protocolos que permitam identificar correta e rapidamente uma lesão cervical, particularmente se instável, e instituir prontamente o tratamento mais adequado (NEVES; NUNO, 2012).

Esta possível contribuição pode vir a provocar reflexões, debates e discussões, não apenas para o meio acadêmico, mas de uma forma contributiva aos envolvidos. Outro motivo com o envolvimento da pesquisa se tornou pela inquietude acadêmica para compreender o tema do referido estudo, seus procedimentos adequados, não em sua plenitude, mas em sua particularidade, já que a o tema trauma no âmbito da urgência e emergência é muito extenso e de várias subdivisões.

Assim, esse trabalho busca analisar a eficácia da aplicabilidade de restrição de movimentos da coluna vertebral como instrumento de atendimento em pacientes vítimas de



trauma na redução da lesão medular traumática para contribuir com a comunidade acadêmica sobre a importância e como é utilizado a abordagem de trauma em coluna vertebral.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo exploratório-descritiva, envolvendo as atividades de identificação, compilação, fichamento e análise das fontes bibliográficas, para no período de 2010 a 2020. As referências foram localizadas através de busca ativa nas principais bases de consulta nas bases de dados Medline, Pubmed, Bireme e Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, publicados na íntegra em inglês e português. Os descritores utilizados foram: *cervical collar*, *spine trauma*, *injury spine*, *pré hospital*, *nexus*, *ccr*, *marshall*, *rigid stretcher*, *Immobilization of the cervical spine*, *coluna vertebral*, *colar cervical*.

A pesquisa iniciou-se pela definição do tema, do problema e dos objetivos, na sequência, foram lidos protocolos e conteúdos referentes aos assuntos e depois os textos de estudo sobre o tema. Além da investigação literária que serviu de embasamento para a formulação dos propósitos dessa pesquisa, definido sua aplicação em função da posição ocupada em relação à pesquisa.

RESULTADOS

Foram encontrados 35 artigos, 15 (quinze) textos completos e disponíveis, assim como livros escritos no período de 2010 a 2020. Após a leitura dos resumos, 17 foram selecionados para comporem inicialmente a pesquisa. Foi constituída uma planilha para tabulação e análise dos dados onde continham: autores, ano de publicação do artigo, tipo de estudo, revista e principal resultado do artigo (Quadro).

Quadro. Síntese dos artigos.

Autores	Ano	Tipo de estudo	Principal resultado
Berry et al.	2016	Descritivo	Nos últimos anos, o uso frequente de tabelas e dispositivos de imobilização cervical EMS atuais tem sido examinado. A National Association of EMS Physicians (NAEMSP) e o American College of Emergency Physicians (ACEP) estão desafiando o uso rotineiro desses dispositivos e recomendando que a imobilização da coluna seja limitada porque as estratégias atuais carecem de evidências.

ngsberg et al.	2013	Quantitativo	Os resultados indicaram uma diminuição significativa do movimento para todos os movimentos quando o motorista saiu do veículo sem ajuda com a proteção CC, em comparação com a saída sem ajuda e sem proteção. Diminuições no movimento também foram observadas para um evento (p. Ex., Pivô no assento) durante a retirada com assistência e proteção paramédica. No entanto, nenhuma redução de movimento foi observada em outro evento (ou seja, reclinar a bordo) com a assistência e proteção do paramédico.
Gante	2017	Qualitativo	Com os recentes avanços muitas destas evidências já estão preconizadas nas recomendações de abordagem às vítimas de lesão traumática, mas, ainda assim, por força do hábito, por receio ou pelo ambiente austero que é o trauma e a emergência médica, não são raras as vezes em que se opta por uma imobilização completa sistemática em vítimas que não necessitam.
Gaudêncio et al.	2019	Quantitativo	Tenho realizado uma pesquisa nas bases eletrônicas da Biblioteca Cochrane e Pubmed através do host EBSCO e também bancos de dados CINAHL Plus, MEDLINE, Medic Latina, SPORTDiscus, PsycBras, PsycBOOKS, Coleção Psicologia e Ciências do Comportamento, Acadêmico Pesquisa completa. Doze artigos foram obtidos e após aplicação dos critérios de inclusão e Exclusão, cinco artigos constituem a amostra.
Hernandez et al.	2019	Descritivo	O desequilíbrio foi 3,12 (SD 34,62) graus maior com o colar STIFNECK (SN) (IC 95% -15,33 a 21,57; p = 0,7234) do que com AE e também 5,95 (SD 31,76) graus mais elevados com o colar X-COLLAR (XC) (IC de 95% de -10,98 a 22,87; p = 0,4654) do que com EA. Quando comparamos AE com os diferentes tipos de colares, observamos que com o colar XC havia 2,83 (SD 12,10) mais graus de desalinhamento do que com o colar SN (IC 95% de -3,62 a 9, 27; p = 0,3650).
Kreinst et al.	2016	Qualitativo	Com base na literatura e nas diretrizes atuais, foi desenvolvido o Protocolo de Imobilização Espinhal de Medicina de Emergência (Protocolo EMS IMMO) para pacientes adultos com trauma. Após um primeiro teste de aplicabilidade envolvendo 21 participantes, a primeira versão do protocolo EMS IMMO deve ser reorganizada graficamente. Um segundo teste de aplicabilidade compreendeu 50 participantes e a versão atual do protocolo confirmou a boa aplicabilidade. Questões relacionadas à imobilização de pacientes com trauma podem ser respondidas adequadamente usando o protocolo EMS IMMO.
Maschman et al.	2019	Qualitativo	Um total de 6484 títulos e resumos foram identificados na revisão sistemática. Destes, quatro estudos observacionais de qualidade metodológica moderada e alta foram incluídos, além da diretriz norueguesa incluída com referências incluídas.
Martin et al.	2017	Quantitativo	A pesquisa mostrou variações marcantes em protocolos, definições e práticas de liberação de Csp entre os centros participantes, embora 100% indicassem disposição para mudar a prática com base nesses dados.
Monte et al.	2019	Quantitativo	Esse estudo consiste na revisão da literatura com objetivo de consolidar conhecimento acerca da adequada imobilização adotada em pacientes vítimas de trauma e descrever a melhor conduta. Para a organização desta revisão, utilizaram-se às principais plataformas de pesquisa U.S. National Library of Medicine, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e UpToDate®, onde selecionaram-se periódicos

			relacionados ao manejo desses pacientes nos últimos cinco anos. A conduta prevista mediante esses casos é concordante quanto a necessidade de seguir um fluxo uniforme para a melhor resolução do caso e menos complicações; portanto, deve-se particularizar cada situação e orientar a equipe para decidir quais utensílios devem ser usados em determinado paciente.
Nolte et al.	2019	Exploratório	Encontramos a melhor restrição de movimento da coluna vertebral usando uma prancha rígida, blocos de cabeça e cintas de imobilização com e sem colar cervical (CC) (MS 45 vs. 27). A restrição de movimento da coluna em um colchão a vácuo com CC e bloqueios de cabeça foi superior a nenhum CC ou bloqueios de cabeça (MS 103 vs. 152). Um colchão a vácuo inclinado foi mais eficaz com blocos de cabeça do que sem (MS 124 vs. 187). A imobilização mínima com maca de ambulância, CC, travesseiro e fita adesiva foi ligeiramente superior a um colchão a vácuo com CC e blocos de cabeça (MS 92 vs. 103). A imobilização mínima sem CC mostrou a menor restrição de movimento da coluna vertebral (MS 517).
Neves	2012	Qualitativo	O tratamento deve ser individualizado, tendo em consideração a estabilidade mecânica da lesão, o estado neurológico e fatores intrínsecos ao próprio acidentado. Os objetivos finais do tratamento, independentemente de ser cirúrgico ou conservador, são: (1) alinhamento e (2) estabilização da coluna vertebral, (3) prevenção da perda de função neurológica, (4) otimização da recuperação neurológica e (5) psicológica, e (6) reabilitação funcional. São muitas as complicações possíveis, mas a mais frequente é falhar a identificação correta da lesão na avaliação inicial, pelo que devemos manter um alto índice de suspeita.
Prasarn et al.	2017	Exploratório	Pacientes com trauma nos Estados Unidos são imobilizados em uma maca rígida, enquanto em muito foram encontrados 35 (trinta e cinco) artigos, 15 (quinze) textos completos e disponíveis, assim como livros texto, escritos no período de 2010 a 2020. Após a leitura dos resumos, 27 (vinte) foram selecionados, para comporem inicialmente a pesquisa. Foi constituído uma planilha para tabulação e análise dos dados onde continham: Nome dos autores, ano de publicação do artigo, tipo de estudo, título, revista, e principal resultado do artigo.
Saragiotto et al.	2018	Qualitativo	Descrever e comparar a precisão diagnóstica da regra canadense da coluna C e do National Emergency X-Radiography Utilization Study (NEXUS) para triagem de lesão da coluna cervical (CSI) clinicamente importante em pacientes após trauma fechado.
Stanton et al.	2017	Qualitativo	Pacientes com trauma precisam ser avaliados adequadamente usando uma lista aprovada de fatores de alto e baixo risco, bem como um exame completo. Eles devem então ser gerenciados de acordo. Estratégias de avaliação validadas internacionalmente foram desenvolvidas e devem ser usadas como parte da avaliação do paciente. O método de restrição de movimento deve ser selecionado de acordo com a situação. O uso de colchão a vácuo é a técnica preferida, sendo o uso de prancha de trauma o menos desejável.
Stiell et al.	2012	Qualitativo	O uso atual de radiografia é ineficiente e variável, em parte porque tem havido uma falta de diretrizes baseadas em evidências para auxiliar os médicos de emergência. As regras de decisão clínica são ferramentas de



			tomada de decisão baseadas em pesquisas que incorporam 3 ou mais variáveis da história, exame físico ou testes simples.
Swartz et al.	2018	Quantitativo	Os participantes experimentaram maior movimento integrado cumulativo no plano transversal durante TSI em comparação com SMR ($F_{1,57} = 4,05$; $P = 0,049$), e maior amplitude de movimento de pico transversal durante o carregamento / descarregamento do participante na condição TSI em comparação com SMR ($F_{1,57} = 17,32$; $P < 0,001$). A dor foi relatada por 40% dos nossos participantes durante o TSI em comparação com 25% dos participantes durante o SMR ($\chi^2 = 1,29$; $P = 0,453$).
Underbrink et al.	2018	Quantitativo	De 15.063 pacientes adultos com trauma admitidos em nove centros de trauma, 7.737 (51%) tinham ≥ 60 anos. Destes, 237 pacientes tiveram lesão da coluna cervical e foram incluídos no estudo; 123 (51,9%) e 114 (48,1%) foram transportados antes e após a implantação do protocolo, respectivamente. Houve uma mudança significativa nos métodos de imobilização usados após a implementação do protocolo, com menos imobilização completa (59,4% a 28,1%, $p < 0,001$) e um aumento no uso de apenas colar cervical (8,9% a 27,2%, $p < 0,001$) e não utilizar nenhum dispositivo de imobilização (15,5% a 31,6%, $p = 0,003$) após a implantação do protocolo.


DISCUSSÃO

Relacionado às fraturas de coluna vertebral com comprometimento medular, metade envolve lesão cervical, sendo 37% devido á lesão de coluna torácica, e 11% de lesão na coluna lombar, na coluna cervical cerca de 50% podem ocorrer na junção C6 e C7 sendo um terceiro na C2 (PHTLS, 2017).

Em estudos evidenciado recentemente postulados mostram que 3-25% das lesões da coluna são decorrentes ao atendimento realizado e não ao trauma em si, sendo estes resultantes de falta de conhecimento do profissional envolvido no atendimento, vale lembrar que mesmo com atendimento adequado da equipe cerca de 5% a 6%, dos pacientes ainda assim apresentarão déficit neurológico ou seja rebaixamento do nível de consciência sendo evidenciado pela escala de coma de Glasgow quando avaliado (PHTLS, 2017).

O Advanced Trauma Life Support (ATLS, defende que os pacientes vítimas de trauma que tenham um potencial envolvimento e risco para lesão de medula sejam atendidos com imediata imobilização do pescoço, porém não há estudos que evidenciem e quantifiquem esta colocação ou seja imobilizar ou não imobilizar não há evidencias de piora do quadro do paciente (ATLS, 2018).

No caso particular do colar cervical percebe-se que, por um lado a estabilização cervical representa um potencial diminuição na probabilidade de uma lesão grave, mas por outro,



estando inserida num protocolo de imobilização total, atrasa o transporte das vítimas para o hospital (GANTE, 2017).

À restrição de movimentos da coluna vertebral quando aplicada deve ser para a coluna inteira, devido ao risco de lesões não contíguas, sendo assim quando o colar cervical for empregado este deve ser do tamanho ideal para o paciente que esteja sendo atendido, porém se pensarmos em serviço em sua grande maioria não há este colar apropriado para todos, até por que a fabricação dos mesmos é feita por tamanho denominado em letras que estão de P ao G.


Segundo Kreinest et al. (2016) a utilização indevida de colar cervical quando está associado ao atendimento de uma vítima com lesão cerebral traumática grave acaba que por aumento de pressão intracraniana, e se houver patologia de coluna vertebral prévia esta medida pode exacerbar estes danos.

Para McCoy et al. (2017), após análise de um estudo retrospectivo com pacientes - durante 5 anos - que sofreram de trauma contuso, a imobilização da coluna apresentou mais déficit neurológico do que não oferecer nenhum tipo de imobilização. Ademais, foi encontrado que o Número Necessário para Tratar (NNT) é de mais de 1030 para aqueles que são imobilizados classicamente e o Número necessário para causar dano (NNH), pela mesma prática, é 66.

Contudo, Cowley et al. (2017) observaram o manejo desnecessário da coluna pode piorar uma lesão espinhal severa e, ainda, que cerca de 9% das lesões espinais podem não ser perceptíveis no atendimento inicial do politraumatizado. Portanto, parece ser racional minimizar o movimento espinal na fase de atendimento pré-hospitalar, mesmo com a vítima acordada.

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas nos determinados serviços de emergência, o Comitê americano de Cirurgiões sobre Trauma e a Associação de Médicos do Serviço de Emergência decidiram publicar uma nota oficial em consenso informando as devidas precauções a serem tomadas em pacientes específicos, onde temos as desvantagens associadas a prancha longa rígida, sendo essas: dor, agitação, dificuldade e comprometimento respiratório devido ao decúbito durante longos períodos de tempo e também risco de lesões por pressão.

Desta forma visando a dividir a triagem em pacientes que *irão necessitar de prancha rígida*: (1) vítimas de trauma contuso e rebaixamento do nível de consciência (RNC); (2) dor na coluna; (3) queixas neurológicas (como a parestesia); (4) deformidade da coluna; (5) trauma



de alta energia associado a: intoxicação por drogas, incapacidade de se comunicar e/ou lesão de distração.


Pacientes que *não necessitam de prancha rígida*: (1) Nível de consciência preservado; (2) nega dor na coluna ou alteração anatômica; (3) ausência de queixas neurológicas; (4) nega intoxicações e (5) trauma penetrante sem evidência de lesão medular. Há também aqueles que só precisam de colar cervical: (1) quando a tábua não for indicada; (2) duração de transporte prolongada; (3) pacientes ambulatoriais. Segundo Stanton et al. (2017) “As diretrizes sul-africanas defendem que se deve usar critérios de avaliação para cada paciente distintamente no que diz respeito a restrição de movimento da coluna e utilização do colar cervical onde devido aos riscos de eventos adversos e falta de evidências que comprovem sua eficácia este não é recomendado em sua plenitude”.

É importante ter presente que a colocação de um colar cervical pode aumentar a pressão intracraniana (PIC) em média 4,5 mmHg através da compressão venosa jugular. Este é um aspecto a considerar nas vítimas com traumatismo crânio encefálico (TCE) uma vez que no seu tratamento é imprescindível evitar ou reduzir a PIC.

A Restrição de Movimento da Coluna (RMC) envolve a manutenção da posição neutra em todos os momentos do atendimento: durante a extricação, o transporte e a transferência do paciente para o leito hospitalar. A técnica requer que a cabeça, o pescoço e o tronco da vítima estejam apropriadamente alinhados isto pode ser obtido manualmente ou com uso de equipamentos comercialmente disponíveis (BRASIL, 2019).

Quanto aos dispositivos para restrição de movimento da coluna (RMC), este considera como primeiro critério de escolha a maca a vácuo, seguido de maca scoop ou tipo colher, e também a utilização de maca exclusivamente da ambulância, sendo está adaptada com os imobilizadores laterais de cabeça (HEAD BLOCK), onde os mesmo se conscientes deve ser orientados verbalmente a evitar movimentos bruscos, este ainda especifica que a utilização de prancha rígida não é fortemente recomendado sendo apenas uma ferramenta de extração rápida de pacientes da cena e não para transportes.

Tendo em vista melhoria no serviço de atendimento a vítimas de trauma os provedores do serviço de emergência alemães também desenvolveram protocolos baseados em critérios para atendimento diferenciado de pacientes de lesão vertebro-medular baseado no ABCDE do trauma, sendo assim chamado Protocolo de Imobilização Espinhal de Medicina de Emergência (Protocolo EMS IMMO) aplicabilidade deste sendo realizada observando alguns critérios



denominados critérios MARSHAL que se resumem da seguinte forma: dor na linha média da coluna, idade maior ou igual 65 anos, sensibilidade ou função motora reduzida, lesões supraclaviculares, acidente em alta velocidade (>100 km/h), acidente com vítima em ejeção do veículo ou capotamento, carga axial ou queda igual ou superior à 2 metros, colisão de motocicleta ou bicicleta.

Segundo Prasarn et al. (2017) em outras vertentes e com estudos realizados com cadáveres, utilizando um dispositivo eletromagnético, houve mais movimento com o uso de uma prancha rígida isolada durante as manobras típicas realizadas durante o manejo inicial do paciente com lesão da coluna do que com o colchão a vácuo. Pode haver benefício do uso do colchão a vácuo em comparação com a maca rígida isoladamente na prevenção do movimento em uma lesão instável da coluna cervical sub-axial.

O Serviço Nacional de Competência de Traumatologia da Noruega disponibilizou um corpo docente para pesquisa e criação de uma diretriz nacional para estabilização da coluna vertebral pré hospitalar no ano de 2017 que se resume na seguinte sistemática:

Recomendação 1: Vítimas com potencial lesão medular devem ter estabilização espinhal.

Recomendação 2: Uma estratégia mínima de manuseio deve ser observada.

Recomendação 3: A estabilização da coluna nunca deve atrasar ou impedir a intervenção que salva vidas na vítima de trauma gravemente ferida.

Recomendação 4: Vítimas de lesão penetrante isolada não devem ser imobilizadas.


Recomendação 5: Ferramentas de triagem baseadas em achados clínicos devem ser implementadas.

Recomendação 6: A estabilização cervical deve ser alcançada utilizando estabilização manual em linha, bloqueios de cabeça, colar rígido, ou suas combinações.

Recomendação 7: A transferência do solo ou entre sistemas de maca deve ser realizada com uma maca de concha (scoop).

Recomendação 8: Pacientes com potencial lesão medular devem ser transportados em decúbito dorsal amarrado em um colchão a vácuo ou em um sistema de maca de ambulância.

Recomendação 9: Os sistemas extensores de superfície dura podem ser usados apenas para transportes de curta duração.



Recomendação 10: Os pacientes devem em algumas circunstâncias, serem orientados a saltarem do veículo.

No estudo relacionado ao protocolo conhecido como CCR ou Canadian C-spine Rule Study de 2001, baseia-se em critérios para tomada de decisão para os pacientes atendidos, que necessitam ou não de imagem radiográfica como: raio -x, tomografia computadorizada. Este estudo utiliza como critérios métodos direcionados para auxiliar os emergencistas no meio intra hospitalar com a finalidade de se evitar radiação em pacientes desnecessariamente em pacientes que tenham possível traumatismo cranioencefálico grave (TCE).

Contudo tem-se utilizado em estudos para inclusão destes critérios no meio pré-hospitalar com a finalidade de auxiliar os profissionais na definição de restrição ou não da coluna vertebral.



O estudo canadense de TC de cabeça e coluna é um grande esforço colaborativo para desenvolver regras de decisão clínica para o uso de TC de cabeça em traumatismo cranioencefálico menor e para o uso de radiografia da coluna cervical em vítimas de trauma em alerta e estáveis (STIELL et al., 2012).

Diante disto enfatizamos a importância do atendimento pré-hospitalar neste contexto, relacionado a Restrição de Movimentos da coluna para prevenção de lesão medular no trauma, onde sugerimos criação de critérios próprios baseados na realidade atual da população brasileira de cada estado individualizado para cada paciente, colocamos ainda que com todas atualizações e estudos evidenciados nos últimos anos, os profissionais do meio pré-hospitalar tem sempre que estar em constante atualização de conteúdo.

CONCLUSÃO

Concluimos com este que os estudos e evidências mais atuais nos mostram, a importância do tema tanto para os profissionais do meio pré-hospitalar, intra- hospitalar e também a sociedade acadêmica como um todo.

Com estes pacientes temos várias complicações possíveis, porém não podemos falhar em identificar corretamente a lesão na avaliação, onde devemos manter um alto índice de suspeita.



Tendo a relevância de atendimento individualizado para todos os pacientes, e não somente um tipo de protocolo universal, possibilitando assim o atendimento menos demorado, com redução de risco de morte ou lesão permanente em vítimas de trauma vertebro-medular.

Com toda certeza a restrição da coluna vertebral no trauma é de suma importância para redução de lesão medular, pois com ela faz – se uso de melhores dispositivos para o atendimento do paciente, usa-se critérios mais adequados e direcionados para cada tipo de vítima e situação em que ela se encontra, tendo assim melhores resultados e podendo proporcionar redução de tempo de atendimento, emprego de recursos direcionados ágeis, visando a melhora no quadro do paciente de trauma vertebro – medular.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. P 68. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf >. Acesso em: 17 ago. 2020.


Berry J, Cage T, Nelson S, et al. Spine Injury for the Prehospital Providers, EMS Reference. May 4, 2016. Disponível em: < <https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://www.emsworld.com/212759/ce-article-spine-injury-prehospital-provider&prev=search&pto=aue> >. Acesso em 15 jun. 2020.

Engsberg JR, Standeven JW, Shurtleff TL, et al. Cervical spine motion during extrication. J Emerg Med. 2013 jan. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23079144/> >. Acesso em 15 fev. 2020.

Gante C, Imobilização com colar cervical: Que evidência? Faculdade de Medicina de Lisboa, jul. 2017. Disponível em: < <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/31192> >. Acesso em 15 fev. 2020.

Gaudêncio Bento, AF e Pontífice Sousa, P. 2019. Estabilização da coluna vertebral na vítima de trauma - revisão integrativa. Enfermagem global . 19, 1 (dezembro de 2019), Disponível em: < <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/358831> >. Acesso em 10 set. 2020.

Hernandez M, Martin R, Martínez F, et al. Comparación biomecânica de la autoextracción con y sin collarín cervical: estudio de simulación. Emergências: Jornal da Sociedade Espanhola de Medicina de Emergência e Emergência, ISSN 1137-6821, Vol. 31, No. 1 (fevereiro), 2019, págs. 36-38. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30656871> >. Acesso em: 11 fev. 2020.



Kreinst M, Gliwitzky B, Schüler S, Grützner PA, Münzberg M. *Development of a new Emergency Medicine Spinal Immobilization Protocol for trauma patients and an applicability test by German emergency care providers*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016; 24: 71. Publicado 2016, 14 de maio. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27180045/>>. Acesso em: 11 fev. 2020.

Maschmann, C., Jeppesen, E., Rubin, MA et al. *New clinical guidelines on spinal stabilization in adult trauma patients - consensus and evidence*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 27, 77 (2019). Disponível em: < <https://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-019-0655-x>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

Martin MJ, Bush LD, Inaba K, Byerly S. et al., *Cervical spine evaluation and clearance in the intoxicated patient: A prospective Western Trauma Association Multi-Institutional Trial and Survey*. J Trauma Acute Care Surg. 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28723840/>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

Monte R, Santos N, Cardoso B, et al. *Necessidade de imobilização em pacientes vítimas de lesão cervical*, Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina – Número 11. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2019 jan. - jul. (p. 10-22). Disponível em: < <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/3382>>. Acesso em: 22 fev. 2020.

NAEMT. *Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado – PHTLS*. 8ª. Ed. São Paulo: Elsevier, (p. 296-297).


Nolte PC, Uzun DD, Haske D, et al *Analysis of Immobilization of the cervical spine during patient transport in emergency medical services*. Published online ahead of print, 2019 Apr 27. Eur J Trauma Emerg Surg. 2019. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31030223/>>. Acesso em: 05 abr. 2020.

NEVES, Nuno. *Lesões da coluna cervical sub-axial*. Rev. Port. Ortop. Trauma. Lisboa, v. 20, n. 3, p. 277-286, set. 2012. Disponível em < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2020.

Prasarn ML, Hyldmo PK, Zdziarski LA, et al. *Comparison of the Vacuum Mattress versus the Spine Board Alone for Immobilization of the Cervical Spine Injured Patient: A Biomechanical Cadaveric Study*. Spine (Phila Pa 1976). 2017. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28591075/>>. Acesso em: 5 abr. 2020.

Protocolo de restrição de movimento da coluna vertebral (RMC), Emergências Traumáticas – Suporte Intermediário de Vida. Protocolo SAMU 192. 2019 fev. (p. 4 – 7). Disponível em: <<https://www.cursodebombeiro.com.br/wp-content/uploads/2019/03/Protocolo-RMC.pdf>>. acesso em: 25 out. 2020.

Saragiotto BT, Maher CG, Lin CWC, Verhagen AP, Goergen S, Michaleff ZA. *The Canadian C-column rule and the National Emergency X-ray Use Study (NEXUS) to detect clinically important cervical spine injuries after blunt trauma*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018. Disponível em: < https://www.cochrane.org/CD012989/MUSKEL_canadian-c-spine-rule-and-national-emergency-x-radiography-utilization-study-nexus-detecting>. Acesso em: 08 ago. 2020.



SBAIT. Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado. Trauma. 2014. Disponível em: < <https://www.sbeit.org.br> >. Acesso em: 11 ago. 2020.

Stanton D, Hardcastle T, Muhlbauer D, van Zyl D. *Cervical collars and immobilization: a South African best practice recommendation*. Afr J Emerg Med. 2017. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X16300878> >. Acesso em: 16 fev. 2020.

Stiell I, Wells G, McKnight R, et al. Canadian C-Spine Rule Study for alert and stable trauma patients: I. Background and rationale. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, vol. 4(2), Mar 2002, p. 84-90. Disponível em: < <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/canadian-cspine-rule-study-for-alert-and-stable-trauma-patients-i-background-and-rationale/3259B7B03B49EA7C3222D915BA0C8350> >. Acesso em: 20 fev. 2020.

Swartz EE, Tucker WS, Nowak M, et al., Prehospital Cervical Spine Motion: Immobilization Versus Spine Motion Restriction. *Prehosp Emerg Care*. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29452031/> >. Acesso em: 12 jan. 2020.

Underbrink L, Dalton AT, Leonard J, et al. *New Immobilization Guidelines Change EMS Critical Thinking in Older Adults With Spine Trauma*. *Prehosp Emerg Care*. 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29405797/> >. Acesso em: 10 jan. 2020.



CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DETECÇÃO PRECOCE DA DEPRESSÃO NO PERÍODO PUERPERAL

Patrícia Suely Vieira da Silva, Esp. em Urgência e Emergência pela Faculdade Maurício de Nassu – Natal/RN; Enfermeira da Secretaria do Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP).

Clovis Gabriel Moreira da Silva, Bacharel em Enfermagem.

Alexandre Bezerra Silva, Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN; Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN);

RESUMO


O estudo tem como objetivo analisar a atuação do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto. Optou-se pela pesquisa do tipo exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, a partir de uma revisão integrativa, tendo como critérios de inclusão os artigos em forma de texto completo, nacionais e dos últimos cinco anos. A coleta de dados ocorreu entre março a outubro de 2018, mediante busca nas bases de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para tanto, utilizou-se as palavras chaves “enfermagem” and “depressão” and “prevenção” and “puerpério”. Para extrair as informações dos artigos selecionados para a pesquisa foi construído um quadro que se encontram nos resultados contendo os seguintes itens: nome dos autores, ano de publicação, revista, metodologia, objetivos e resultados da pesquisa. Os estudos pesquisados resultaram em 09 artigos, sendo perceptível que a temática não é muito explorada dentre os profissionais, principalmente de enfermagem. Conclui-se que os enfermeiros apresentam-se como profissionais importantes no diagnóstico precoce da depressão pós-parto, visto que, é o profissional que mais se aproxima da paciente criando vínculo de confiança o que pode favorecer a detecção precoce da depressão pós-parto, no entanto, necessitam de capacitação para poder detectar possíveis sintomas, para assim instituir medidas preventivas e uma assistência pautada na integralidade em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Prevenção, Depressão, Puerpério, Saúde da Mulher

INTRODUÇÃO

O período gestacional é um momento de várias mudanças na vida da mulher, sejam elas físicas, familiares, sociais, culturais e psicológicas. Nesta ocasião, a mulher está mais sensível, vulnerável, com mais labilidade emocional e muitas dúvidas, por estar vivenciando algo novo e desconhecido. Vários fatores podem contribuir para que a mãe tenha um pós-parto saudável ou não, entre eles destacam-se os fatores socioeconômicos, situação conjugal, gestação indesejada, uso de drogas, violência doméstica, falta do apoio do companheiro ou familiar (CORDEIRO; DARCIONE; RENZO, 2013).

Logo, após o período gestacional, inicia-se a fase do puerpério. O puerpério inicia-se logo após a saída da placenta e se estende até o momento do retorno do organismo materno as condições pré-gravídicas que ocorrem por volta de seis semanas após o parto, essa etapa é




considerada bastante delicada, porque além de englobar mudanças fisiológicas, poderá acarretar mudanças emocionais e psíquicas que podem influenciar na saúde mental dessa mulher, podendo gerar um transtorno ou um distúrbio psiquiátrico (GREINERT; MILANI, 2015).

Nessa linha de reflexão, pode-se confundir tristeza com depressão. A tristeza é uma resposta emocional normal a alguma situação que ocorre na vida de qualquer indivíduo, como a perda de um parente, o término de um relacionamento, a demissão de um emprego, são circunstâncias que podem levar a pessoa a um momento de tristeza, no entanto, o indivíduo geralmente não necessita de apoio médico ou farmacológico. Já a depressão ocorre com mais intensidade, ocasionando desmotivação, angústia, comprometendo a vida pessoal, profissional e familiar do indivíduo. Normalmente, requer um apoio profissional especializado (TEODORO,2010).

A depressão é uma doença grave, sendo considerada um problema de saúde pública, podendo ser crônica ou recorrente, atingindo ambos os sexos, de todas as faixas etárias. Estima-se que a depressão seja uma doença que acomete com mais frequência as mulheres durante o puerpério (DAANDLS; ARBOIT; VAN DER SAND, 2013).

As mulheres grávidas estão mais propensas a desenvolverem a depressão, em virtude da gestação ser um momento de muitas mudanças em sua vida. A depressão pós-parto ocorre geralmente entre a quarta e oitava semana após o parto, sendo considerado um problema de saúde materna podendo atingir entre 10 a 15% das mulheres e apresentando como sintomas sugestivos: irritabilidade, sensação de desamparo, desmotivação, perda da libido, choro frequente, distúrbios alimentares, insônia, medo de encarar novas situações, além dos sintomas mais comuns como cefaleia, dores abdominais e erupções vaginais (MENEZES; PELLENS; LIMA, 2012).

A consulta de pré-natal tornou-se uma ferramenta importante para detectar e atuar na prevenção da depressão pós-parto, tendo o enfermeiro oportunidade no momento da consulta de criar um vínculo de confiança com a gestante. O pré-natal é caracterizado por consultas programadas e agendadas ao longo da gestação, com objetivo de monitorar o desenvolvimento da gestação, preparar a gestante para o parto, orientar sobre aleitamento materno, mudanças fisiológicas que ocorrem nesse período, o cuidado com o bebê, detectar doenças maternas e prevenir complicações, como também, verificar a vitalidade fetal (PEREIRA; GRADIM, 2014).



A consulta puerperal realizada na primeira semana após nascimento do bebê é importante para detecção de problemas de saúde relacionados ao pós-parto, como febre, hemorragia pós-parto, dor, infecção, tristeza, sofrimento psíquico e até depressão, é nesse momento da consulta, que o enfermeiro deve estar atento para os sinais que a puérpera possa apresentar como desânimo, desequilíbrio emocional, insegurança em desenvolver cuidado ao seu filho (BRASIL, 2012).

Uma das medidas preventivas que podem ser adotadas para melhorar o sofrimento mental entre as mulheres no período do pós-parto é promover um apoio emocional durante a gravidez, o parto e o puerpério, fazendo com que esta mulher se sinta acolhida e segura. A partir da identificação dos sinais e sintomas, o enfermeiro pode atuar de forma a abreviar o sofrimento mental e minimizar o impacto familiar, prestando uma atenção diferenciada e buscando sempre a melhoria do quadro de sofrimento mental (GIL, 2012).

Diante do foi exposto, surge a seguinte questão norteadora: como o enfermeiro pode atuar na prevenção da depressão pós-parto? Nesse sentido, o estudo em tela objetiva-se analisar a atuação do enfermeiro na prevenção da depressão pós-parto.


Com o aumento da incidência de depressão no pós-parto, percebe-se a necessidade de capacitar os profissionais para a detecção precoce da depressão desde o nível de atenção primária até o nível de atenção hospitalar, para que possam atuar na prevenção sabendo identificar os sinais e sintomas que podem levar a mulher a um quadro depressivo.

Baseado nessa problemática, bem como na escassez de pesquisas na área da enfermagem que abordem essa temática sentiu-se a necessidade de realizar esse estudo de forma a contribuir para que outras pesquisas sejam desenvolvidas e possam preencher possíveis lacunas nessa área do conhecimento, possibilitando a continuidade da mesma através de novos estudos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa, a partir de uma revisão integrativa.

A pesquisa descritiva descreve as características da população ou fenômeno que se quer estudar, podendo ser características distribuídas de acordo com a idade, sexo, grau de escolaridade, estado de saúde, física e mental, crenças, opiniões da comunidade, pesquisa



eleitorais, coletadas através de técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionários e observação sistemática (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Em relação à abordagem do problema estudado, a pesquisa pode ser qualitativa, sendo utilizada quando se quer estudar, descrever ou obter mais conhecimento sobre o comportamento de uma pessoa ou de um grupo social. É realizada através de levantamento de dados, onde o pesquisador pode influenciar no estudo, de maneira que não fuja da coerência do tema abordado (MASCARENHAS, 2014).

A revisão integrativa tem como primeiro passo a escolha do tema a ser estudado, dos objetivos, formulação dos questionamentos e hipóteses, para então no segundo passo realizar a busca de vários estudos publicados na mesma temática. A partir deste momento, o pesquisador deverá selecionar os artigos publicados que satisfaçam o tema abordado, analisá-los, interpretá-los, sintetizá-los e gerar conclusões de acordo com o que foi pesquisado (LANDIM, AZEVEDO; VELOSO, 2014).

A coleta de dados ocorreu entre março a outubro de 2018, mediante busca nas bases de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Para tanto, utilizou-se as palavras chaves “enfermagem” and “depressão” and “prevenção” and “puerpério”. De todas as referências encontradas foi realizada uma leitura prévia para selecionar o material a ser utilizado e logo após a leitura foram selecionados os artigos que mais informações oferecessem sobre a temática proposta.

Os critérios de inclusão utilizados foram os artigos em forma de texto completo, em língua portuguesa, publicados nos últimos cinco anos e que tivessem relação com a temática proposta, e como critérios de exclusão os artigos em forma de resumo e que fossem em outros idiomas e com anos de publicação inferiores aos últimos cinco anos.

Para extrair as informações dos artigos selecionados para a pesquisa foi construído um quadro que se encontram nos resultados contendo os seguintes itens: nome dos autores, ano de publicação, revista, metodologia, objetivos e resultados da pesquisa.

Os artigos foram organizados, buscando analisá-los para um melhor entendimento da temática, valorizando-os para o enriquecimento bibliográfico desse estudo através dos resultados trabalhados. A discussão foi realizada após junção, análise e comparação de todo o estudo realizado e correlacionando a visão dos autores com os objetivos propostos na pesquisa.

A revisão integrativa resultou, após análise e seleção a partir dos critérios estabelecidos, em 09 (nove) artigos, os quais foram criteriosamente analisados, a fim de atingir os objetivos

dessa pesquisa. O quadro 1 (um) abaixo apresenta a síntese dos artigos pesquisados para a revisão integrativa.

Quadro 1: Publicações científicas que atenderam aos critérios de inclusão previstos no estudo.

AUTORES/ANO REVISTA	METODOLOGIA	OBJETIVOS	RESULTADOS
CORDEIRO et al/ 2012. Revista de Trabalhos Acadêmicos	Pesquisa de revisão integrativa baseada na análise de vários estudos publicados com a mesma temática.	Identificar como os enfermeiros da Atenção Básica atuam sobre a Depressão pós-parto.	Observou que ações básicas da Estratégia Saúde da família podem contribuir para a prevenção e enfrentamento da Depressão pós-parto, como acolhimento, criação de vínculo profissional-paciente, pré-natal de qualidade e atendimento integral e interdisciplinar.
DAANDELS; ARBOIT; VAN DER SAND/ 2012. Revista Cogitare Enfermagem	Revisão bibliográfica do tipo narrativa.	Caracterizar os estudos elaborados por enfermeiros sobre Depressão pós-parto.	Observou-se que um dos interesses centrais dos enfermeiros é a detecção precoce de mulheres com sinais preditivos de Depressão Pós-Parto (DPP).
MENEZES et al/ 2012. Revista Saúde (Santa Maria)	Revisão bibliográfica.	Analisar os procedimentos necessários para diminuir os índices de DPP.	O estudo mostrou que as escalas de autoavaliação podem facilitar o rastreamento dos sintomas da Depressão Pós-Parto.
SOBREIRA; PESSOA/2012 Revista Enfermagem Integrada	Pesquisa qualitativa.	Verificar as ações de enfermagem desenvolvidas para prevenção da DPP nas Unidades de Atenção Primária e qual a situação dos enfermeiros diante desta patologia.	Observou que os enfermeiros tinham conhecimento sobre os fatores desencadeantes da DPP, desenvolviam ações de prevenção, e percebeu-se a necessidade de um trabalho multidisciplinar para este público.
PEREIRA; GRADIM/ 2014. Revista Ciência Cuid. Saúde	É um estudo descritivo qualitativo.	Avaliar a visão do enfermeiro e da puérpera sobre a consulta puerperal.	Verificou se que a consulta puerperal, em domicílio é bem recebida pelas puérperas, ocasionando satisfação e gerando maior valor.
LANDIM; VELOSO; AZEVEDO/2014. Revista Saúde em Foco	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa.	Analisar as principais evidências sobre DPP nos últimos 10 anos.	Constatou-se que a depressão é um problema de saúde pública, que requer diagnóstico precoce, e leva em consideração as singularidades e particularidades de cada paciente.
GREINERT; MILANI/2015.	Pesquisa qualitativa e descritiva realizada por meio de entrevistas a 8 mulheres entre 20 e 38 anos diagnosticadas com Depressão pós-parto.	Identificar os fatores psicossociais que podem favorecer o desenvolvimento da Depressão pós-parto.	Analisou-se que os fatores psicossociais exercem influência sobre a manifestação dessa patologia, como sentimento de despreparo e incapacidade antes da maternidade, preocupação com a vida profissional e situação financeira

Revista Psicologia: Teoria e Prática			contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto.
TOLENTINO; MAXIMINO; SOUTO/2016. Revista Ciência Saúde Nova Esperança	Levantamento bibliográfico em diferentes plataformas de pesquisa, com os temas relacionados sobre os sinais e sintomas da Depressão pós-parto em puérperas.	Discutir os sinais e sintomas da DPP em puérperas e permitir a visibilidade deste assunto para às mães, profissionais da área e sociedade em geral.	Verificou-se que a depressão é uma doença atual que acomete a maioria das puérperas e que muitas das vezes os sintomas passam despercebidos. Os profissionais de enfermagem são extremamente importantes na prevenção, orientação e detecção precoce da DPP, através do atendimento prestado às mães no período gestacional e pós-gravídico.
ABUCHAIM et al/2016. Acta Paulista Enfermagem	Estudo transversal com 208 mulheres, até 60 dias pós-parto, submetidas à Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo e à Escala de Autoeficácia para Amamentar.	Identificar a predominância dos sintomas de depressão pós-parto e o nível de autoeficácia para amamentar, e analisar as possíveis associações.	Identificou-se uma prevalência elevada de sintomas de depressão pós-parto e de autoeficácia para amamentar e a existência de associação de causa e efeito entre si.


Fonte: Os autores

Quanto ao delineamento metodológico, a maioria dos artigos pesquisados são pesquisas descritivas, de abordagem qualitativa. Um dos artigos realizou pesquisa através de uma revisão integrativa, 03 (três) de revisão bibliográfica, 01 (um) estudo transversal com aplicação de um instrumento para identificar os sintomas da depressão em mulheres no pós-parto e 01(um) estudo com entrevistas com mulheres com o objetivo de identificar os fatores que possam favorecer a depressão pós-parto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pode-se constatar que as medidas preventivas podem ser realizadas já se iniciando no pré-natal, através da obtenção do histórico sobre seu convívio familiar e social, orientando-a para uma melhor convivência social e assegurando que ela tenha o apoio não só em seu pré-natal, como também, no parto e puerpério.

Com relação aos sinais e sintomas de depressão, é importante ressaltar que as mulheres com depressão pós-parto apresentam sentimentos negativos e interagem menos com seus filhos. Estes filhos de mães com depressão pós-parto terão maiores dificuldades no desenvolvimento e na relação afetiva e no seu primeiro ano de vida poderão apresentar baixo desempenho em testes e insegurança em relação a sua genitora. Outro problema agravante decorrente da depressão pós-parto é a tentativa aumentada de suicídio, que está entre as principais causas de morte materna, atingindo cerca de 10% dessa população (SOBREIRA; PESSOA, 2014).



Observa-se que a maioria dos sintomas da DPP nem sempre são percebidos pelas puérperas, familiares e profissionais de saúde, sendo esta uma doença que afeta não só a mulher, mas também seus familiares, prejudicando em especial a relação familiar e o desenvolvimento infantil. A detecção precoce muitas vezes torna-se difícil por ser confundida com sintomas de outras doenças, dificultando o diagnóstico precoce e um possível acompanhamento com especialista.

É importante destacar que a equipe de saúde deve atuar preventivamente, iniciando seu diagnóstico ainda na maternidade e realizando as intervenções necessárias com o objetivo de prevenir maiores complicações.


O enfermeiro pode atuar na atenção primária, considerada porta de entrada da gestante no serviço de saúde público, sendo o pré-natal considerado como uma ferramenta primordial no cuidado desta mulher. As consultas têm por objetivo detectar doenças, prevenir, diagnosticar, tratar complicações da gravidez, assim como, acompanhar o desenvolvimento materno-fetal. Este profissional pode atuar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), no acolhimento, reforçando a importância da continuidade do pré-natal e a prevenção de alguma intercorrência clínica ou transtorno mental, podendo desenvolver ações educativas e preventivas, tanto para a gestante como para seus familiares, sempre observando o contexto familiar, socioeconômico, identificando os fatores de risco e realizando as intervenções de enfermagem.

Da mesma forma, outros profissionais podem auxiliar no diagnóstico dessa doença, entre eles destacam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) os quais possuem maior vínculo com as famílias através das visitas domiciliares representando um elo importante entre comunidade e equipe e contribuindo na detecção precoce.

Os enfermeiros têm conhecimentos sobre os fatores que podem levar a uma DPP, podendo assim criar novos programas e ações multidisciplinares de prevenção, levando em consideração todos os fatores psicossociais obtidos durante as consultas de pré-natal (LANDIM, AZEVEDO; VELOSO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados percebe-se a dificuldade que os profissionais de saúde apresentam para detectar uma possível depressão pós-parto, seja pela dificuldade de diferenciar os sinais e



sintomas, que são bem parecidos com outras patologias, seja pelo desconhecimento dos fatores de riscos, ou até mesmo pela falta de sensibilidade do profissional em relação à patologia.

Evidencia-se que a depressão pós-parto é um grave problema de saúde pública, e os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, podem contribuir para que seja minimizadas a ocorrência da referida patologia durante a fase puerperal.

Percebe-se que o aconselhamento e medidas preventivas se tornam imprescindíveis para que não venham acometer gestantes com depressão pós-parto, havendo necessidade de se desenvolver ações de promoção a saúde envolvendo todas as gestantes que estejam sendo acompanhadas pelo enfermeiro e também pela equipe multiprofissional, podendo assim diminuir a incidência de DPP.

Diante de tudo isto, este estudo buscou apresentar de forma clara e suscita, quais são os sinais e sintomas de uma DPP, quais os fatores desencadeantes e de risco, e como o enfermeiro pode atuar na prevenção da depressão pós-parto.


Portanto, pode-se inferir que o enfermeiro pode e deve atuar na atenção primária à saúde até no nível terciário, através do acolhimento desta gestante, realização das consultas de pré-natal, assistência a mulher no parto e pós-parto e na consulta puerperal, observando, criando vínculo afetivo de confiança, desenvolvendo ações de educação em saúde com as gestante e sua família, tornando-os mais confiantes, atuando também nas visitas domiciliares, norteados pelos princípio da integralidade em saúde.

Destarte, se faz necessário que os profissionais da saúde durante o atendimento à mulher durante o círculo grávido puerperal adquiram habilidades e conhecimentos para a detecção precoce da depressão durante essa fase para que possam atuar tanto no âmbito da prevenção com também na promoção da saúde dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Cordeiro EL, Silva LRP, Darcyone MS, Mendonça SS, Renzo SA. Estratégias dos Enfermeiros da atenção básica frente à depressão pós-parto: uma revisão integrativa. **Rev de Trab Acadêmicos** [Internet]. 2013 [Acesso em: 2017 Abr 17]. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=view&path%5B%5D=863&path%5B%5D=657>.



Daandls N, Arboit E.L, Vander Sand ICP. Produção de enfermagem sobre a depressão pós-parto. **Cogit Enferm** [Internet]. 2013 [Acesso em 2017 Abri 15]; 18(4): 01-07. Disponível em:http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000400023&lng=pt&nrm=isso.

Greinert BRM, Milani RG. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Rev Psicologia: Teor Prat**[Internet]. 2015 [Acesso em 2017 Abri 15]; 17(1): 26-36. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000100003&lng=pt&nrm=isso.

Gil, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2012.

Landim LS, Veloso LS, Azevedo FHC. Depressão pós-parto: Uma reflexão teórica. **Rev Saúde em Foco** [Internet].2014 [Acesso em 2017 Out 16]; 1(2): 41-59. Disponível em: <http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/274/425>

Menezes FL, Pellenz NLK, Lima SS, Sarturi F. Depressão puerperal no âmbito da saúde pública. **Rev Saúde (Santa Maria) [Internet]**.2012 [Acesso em 2017 Set 14]; 38(1): 21-30. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822>.

Mascarenhas SA. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2014.

Mendes KDS, Silveira R.C.P, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Text Conte Enferm** [Internet]. 2008 [Acesso em 2017 Abr 23]; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104607072008000400018&lng=en&nrm=iso.

Pereira M.C, Gradim CVC. Consulta puerperal: a visão do Enfermeiro e da puérpera. **Rev Ciênc Cuid. Saúde** [Internet].2014 [Acesso em 2017 Set 14]; 13(1): 35-42. Disponível em: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article>

Prodanov CC, Freits EC. **Metodologia do trabalho Científico**: métodos e técnicas do trabalho acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.

Sobreira NAP, Pessôa CGO. Assistência de Enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Rev enfermagem Integrada**[Internet]. 2012 [Acesso em 2017 Out 17]; 5(1). Disponível em:<https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5/04-assistencia-de-enfermagem-na-deteccao-da-depressao-pos-parto.pdf>

Teodoro WLG. **Depressão**: corpo, mente e alma.3 ed. Uberlândia, Minas Gerais; 2010.

Tolentino C, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão Pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Rev Ciênc Saúde Nov Esper**[Internet]. 2016 [Acesso em 2017 Abr 23]; 14(1): 59-66. Disponível em:<https://docplayer.com.br/23328414-Depressao-pos-parto-conhecimento-sobre-os-sinais-e-sintomas-em-puerperas-palavras-chave-depressao-enfermagem-obstetricia-parto-gestacao.html>.



CAPÍTULO 3

A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DIGITAL DE IDOSOS: AS REDES SOCIAIS COMO FERRAMENTAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO QUANTO AOS CUIDADOS COM A SAÚDE

[Leticia Maria Hoffmann](#), Mestranda em Enfermagem – UFRGS

[Lucas Souza Santos](#), Mestrando em Diversidade Cultural e Inclusão Social – FEEVALE

[Aline Silva de Bona](#), Pós Doutora em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem - USP.

RESUMO


O crescente aumento da população idosa é um desafio para profissionais da enfermagem e serviços de saúde. A utilização das redes sociais pode ser uma ferramenta eficaz para a divulgação de informações e serviços sobre cuidados de saúde. No entanto é necessário identificar as redes que os idosos têm acesso e suas facilidades. O objetivo desse estudo foi refletir como a inclusão através das redes sociais digitais, pode proporcionar para os idosos melhorias nos cuidados e nas informações fidedignas sobre sua saúde. Os principais recursos digitais para idosos foram blogs, páginas de redes sociais e portais de notícias que abordam temas gerais para idosos, aplicativos móveis, grupos de *Whatsapp*, dentre outros. As plataformas virtuais de conferência também são um recurso utilizado por idosos para encontros e terapias. Os desafios frente às redes sociais digitais e ferramentas tecnológicas são inúmeros, sobretudo aos profissionais da enfermagem que têm seus cuidados muito centrados na promoção da saúde através dos métodos tradicionais. As ferramentas tecnológicas permitem o acesso a informações em saúde ilimitadas e que perpassa os ambientes de saúde convencionais.

PALAVRAS-CHAVES: Rede social online; Idoso; Serviços de saúde para idosos; Cuidados de Enfermagem; Tecnologia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano vem sendo um tema debatido com frequência na atualidade. Dados da Organização Mundial da Saúde (2025) mostram que o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. O aumento da população idosa brasileira e mundial traz consigo diversos fatores complexos para análises e perspectivas, por exemplo, sabe-se que a expectativa de vida aumenta ano após ano, mas como essa população está envelhecendo em aspectos relacionados à saúde? Pois não basta viver mais, é preciso viver mais com qualidade de vida.

Dessa maneira, tem-se visto uma busca por melhorias no processo de envelhecimento populacional, objetivando uma velhice com maior saúde e inclusão social. Os idosos que em tempos anteriores estavam em seus domicílios, “em seus aposentos”, hoje não caracterizam mais esse público. Há um olhar heterogêneo quando falamos em idosos, sendo que ao analisarmos de maneira simplificadora este processo estaremos retirando diversas possibilidades de posituação desses indivíduos.




Nos últimos anos houve uma privatização da saúde e uma descronologização da vida, ou seja, respectivamente, há uma necessidade de cuidado pessoal para com sua saúde, de auto-responsabilidade de bem-estar e de hábitos saudáveis, e da “liberdade” de se inserir em campos onde antes não eram vistos como “coisa de velho”, devido ao preconceito e estigmatização existentes frente à pessoa idosa. Esse dois fenômenos, trouxeram entre outros fatores, uma busca por inserção em grupos de convivência, em práticas de atividades físicas, em universidades, no uso de tecnologias de informação e comunicação e nas redes sociais.

Frente às mudanças decorrentes do envelhecimento ativo e dos paradigmas da população idosa nos últimos anos, os serviços de saúde necessitam repensar sua oferta de serviços de forma a contemplar efetivamente essa população. A proposta de agendamento de consultas por telefone para os idosos foi um serviço pensado para contemplar as limitações que essa população pode apresentar diante de certas comorbidades ou limitações próprias da idade, evitando as filas para agendamentos. Os serviços também se remodelaram para abordar demandas tais como a sexualidade na terceira idade e as doenças sexualmente transmissíveis, que cada vez mais atingem esse público. Da mesma forma, cada vez mais tem surgido aplicativos móveis para idosos que auxiliam nos cuidados de saúde e aos profissionais da enfermagem e da área, como exemplo, os aplicativos que auxiliam no controle da pressão arterial e lembretes sobre horários de medicações.

Os profissionais da saúde também necessitaram repensar seus cuidados, sobretudo profissionais da enfermagem que se relacionam de forma direta e realizam grande parte dos cuidados de saúde, tanto de promoção quanto prevenção da saúde. Esses profissionais tem o desafio de implantar estratégias de cuidado mais inclusivas para com os idosos e que utilizem as redes sociais as quais os idosos estão inseridos para divulgar serviços de saúde, cuidados ou informações necessárias para essa população.

Além disso, neste ano de 2020, devido à pandemia do novo corona vírus, que hoje (04/11/2020) já somam em óbitos 160.496, sendo o número de casos confirmados 5.566.049, tem os idosos (pessoas a partir de 60 anos) como faixa-etária com números mais elevados de hospitalização por síndromes respiratórias agudas graves, segundo o Ministério da Saúde (covid.saude.gov.br). Neste cenário, emergem práticas e relatos mostrando a importância do uso das redes sociais e aplicativos de mensagens para o atendimento e acompanhamento de idosos que precisam ficar em isolamento, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde.



Partindo disso, sabendo que 75% dos idosos brasileiros utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, em pesquisas recentes, tem se mostrado que 60% dos idosos brasileiros usam *internet*, em sua grande maioria para uso de redes sociais, como o *Facebook*, e aplicativos de envio de mensagens instantâneas, como o *Whatsapp*.

O trabalho tem o objetivo de fazer pensar, refletir sobre o quanto é importante a informação como prevenção, e por meio das tecnologias digitais online, em particular, as redes sociais, é dinâmica a comunicação, além de ser um espaço familiar aos idosos, pois usam para ter notícias de familiares (netos e filhos, por exemplo), e atividades que gostam (como croche, e outras), então este "lugar" deve ser melhor explorado pelos profissionais da saúde, e sugere-se aqui inclusive uma parceria entre profissionais da educação e da saúde para se criar parcerias e construir canais de materiais de divulgação, informação de qualidade como prevenção e qualidade de vida.


DESENVOLVIMENTO

ENVELHECER E AS DEMANDAS DA SOCIEDADE CONTEMPORANEA

O processo de envelhecimento é um triunfo da humanidade e deve ser comemorado, porém, deve ser observado de maneira complexa. Este não modifica apenas a população idosa em si, mas suas estruturas familiares, as políticas públicas e a distribuição de recursos. Especificamente para a pessoa idosa, esse processo traz inúmeras vulnerabilidades físicas, cognitivas e mentais, além do impacto em suas relações e papéis sociais, como a perda do cônjuge, amigos e familiares, os aspectos físicos na aparência, atividades laborais e econômicas (FREITAS; PY, 2017).

Todavia, ser idoso não caracteriza dependência. Embora uma parcela desta população necessite de cuidados especiais, discriminar os indivíduos apenas por sua idade, em um processo de homogeneização e estereotipização generalizada é largar um fardo pesado nos ombros dos longevos. Soma-se a este tipo de pensamento, a ideia de que os idosos são um gasto elevado, geram custos para o Estado, estigmatizando-os (OMS, 2015). Sendo que se sabe o importante papel econômico dos idosos em famílias de vulnerabilidade social na manutenção de dependentes e auxílio no montante mensal da família (SANTOS *et al.*, 2018).

Esses estigmas frente ao público idoso, como nos fala a OMS (2005) cria um novo paradigma, entre uma estereotipização negativa (associada à aposentadoria, doença e dependência) e uma *nova geração* de idosos que permanecem independentes na idade mais




avançada. A OMS (2005) coloca que em países caracterizado como em desenvolvimento como o Brasil, os idosos são:

Ativos no setor de trabalho informal (por exemplo, trabalho doméstico e atividades autônomas, de pequena escala) embora isto não seja reconhecido nas estatísticas do mercado de trabalho. A contribuição não remunerada das pessoas idosas em casa (tais como tomar conta de crianças ou de pessoas doentes) permite que os jovens da família tenham atividades remuneradas. Em todos os países, as atividades voluntárias dos idosos são uma importante contribuição social e econômica para a sociedade (OMS, p. 44, 2005).

Desta forma, refletir e pensar políticas que rompam com essa estereótipo negativo da velhice se faz necessário. O Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde da OMS (2015), coloca três abordagens que atravessam quase todos os setores como prioridades para a implementação de um “*Envelhecimento Saudável*”, são elas: Combater a discriminação etária; Permitir a autonomia; e, Apoiar o Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo. Visando assim, uma construção de pensamento de todas as gerações, de maneira a positivar e compreender processo de envelhecimento, tomando ações como: campanhas de comunicação, promulgar leis contra discriminação, garantias de um equilíbrio nas visões apresentadas pelos meios de comunicação, entre outros (OMS, 2015).

Como falado anteriormente, o envelhecimento populacional vêm se mostrando um fenômeno atual e complexo, de grande relevância em todo mundo. Não obstante deste fenômeno, o cuidado com a saúde também sofre reflexões frente aos desafios dos sistemas de saúde e de seguridade social. Cabe salientar que, o cuidado em sua integralidade é constituído não apenas pelo cuidado com a saúde propriamente dita, mas as singularidades que á rodeia (indivíduo, ambiente, sistemas de saúde, políticas públicas, entre outros). Segundo Pucci *et al.* (2019) a integralidade deve envolver espaços de destaque nos cuidados em saúde, pode-se a compreende “*sob a perspectiva de articulação entre ações de promoção à saúde, preventivas e curativas, e sob a visão holística do ser humano biopsicossocial*” (PUCCI *et al.*, p. 1558, 2019). Sendo este cuidado de forma continuada, com objetivo de assegurar apoio durante a trajetória de vida, visando a qualidade de vida e a dignidade da pessoa idosa, analisando as necessidades individuais e de cada território.

Especificamente sobre o Brasil, não há serviços públicos intermediários, focalizando assim em dois cenários, o hospitalar e o serviço ambulatorial, sendo que alguns serviços de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo têm estudado e desenvolvido programas de transição de cuidados a domicílio. Os autores colocam ainda, que na maioria das vezes há reinternações e os pacientes necessitam de uma equipe multiprofissional para seu atendimento, havendo uma necessidade de cuidado domiciliar mais humanizado, sendo esta




uma tendência mundial. O único documento em geral preenchido é a alta hospitalar, com informações sobre a evolução do paciente no intra-hospitalar. Carece desta maneira de um sistema informatizado, conectado e eficaz, aumentando a comunicação técnica entre os profissionais, além disso, dificulta a continuidade do plano terapêutico dos pacientes e familiares, contribuindo para a exacerbação dos erros e acarreta na readmissões hospitalares (KAIRALLA; BERETTA, 2017).

Em um estudo feito por Veras (2020), refletindo a cerca de um modelo de assistência contemporâneo e inovador para os idosos, o autor traça algumas reflexões interessantes, como por exemplo, a sobrecarga do atual sistema de prestação de serviços de saúde. O autor enfatiza na prevenção, no autocuidado do paciente, no retardo da ocorrência de enfermidade, sejam doenças transmissíveis e não transmissíveis mantendo a capacidade funcional do idoso, pois a maioria das doenças podem ser prevenidas ou postergadas através de cuidados relacionados à idade, aos maus hábitos alimentares, ao sedentarismo e ao estresse (VERAS, 2020).

Seguindo nesta linha de pensamento de Veras (2020, 2018), há de se enfatizar ações educativas, de promoção da saúde, prevenção e cuidado precoce, planejando uma rede articulada e integralizada, dando protagonismo aos profissionais da saúde, utilizando as tecnológicas e trabalhando com informações. Também há necessidade da utilização de um aplicativo para celular para essa melhor assistência ao idoso, apontando possibilidades de inserção tecnológica na melhoria da saúde de idosos, inovando de forma a buscar resgatar cuidados e valores simples que acabaram perdidos em meio ao sistema de saúde, deve-se construir uma nova forma de cuidar das pessoas (VERAS, 2020).

Em um estudo feito por Lubenow e Silva (2019), entrevistando 119 idosos nas Unidades de Saúde da Família (USF) e 119 idosos no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), compondo uma amostra de 238 idosos, em João Pessoa, Paraíba, Brasil, buscando identificar o que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde, os autores relatam que para os idosos o bom atendimento está ligado ao tratamento dado aos mesmos (respeito, atenção e educação), além de uma boa comunicação. Segundo Cunha, Nascimento, Lima e Leite (2019), a enfermagem possui um papel principal no alcance de longevidade, formulando e atuando nas ações de promoção e estratégias de saúde e bem-estar de idosos, incentivando aos cuidados, práticas diárias e alimentação saudável por meio de palestras educativas e diálogos para conscientização da população.




Corroborando com o estudo anterior, levantando reflexões sobre a assistência de enfermagem na atenção básica à saúde dos idosos nos dias atuais, os autores reforçam a importância dos enfermeiros em se tornarem cada vez mais capacitados na atuação em promoção da saúde, prevenção e reabilitação das doenças, constituindo ações de prevenção voltadas para atividades sociais, cognitivas e físicas. Dando como exemplo os grupos de convivência de idosos, como estímulo a vida social e saudável, realizando atividades recreativas, físicas e culturais, possibilitando mudanças no comportamento e hábitos de vida desses idosos. Objetivando não apenas com a relação saúde e doença, mas com toda uma multifatorialidade, focada na promoção e prevenção, não só curativa (SOUSA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, Melo, Paixão, Rosa Xavier e Amorim (2018) buscaram através de uma revisão bibliográfica quais seriam as contribuições do enfermeiro para o envelhecimento ativo na estratégia de saúde da família (ESF), identificando que há avanço nas políticas públicas voltadas ao envelhecimento, bem como os direitos do idoso, por exemplo, o Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Estatuto do Idoso. Enfatiza que é na ESF que há o destaque do enfermeiro frente às demandas da pessoa idosa, seja na adequação de planos de cuidados, seja promoção de envelhecimento ativo ou na manutenção de capacidades funcionais, mesmo sendo acometido por comorbidades que consiga conviver e aprender com suas limitações. Todavia, ainda há o que melhorar, há uma necessidade de capacitações (conhecimento científico), sendo a Enfermagem Gerontogeriátrica um dos caminhos para isso, *caracteriza-se “por uma especialidade que proporciona conhecimentos do processo de envelhecimento para a valorização das necessidades bio-psico-sócio-culturais e espirituais do idoso”* (MELO; PAIXÃO; ROSA; XAVIER; AMORIM, p. 67, 2018). E, considerando a própria Política de Saúde do Idoso, preconizada por práticas de educação permanente, falta de recursos humanos envolvidos no processo.

Analisando este panorama, de novas necessidades e demandas de cuidado juntamente com o aumento populacional de idosos, cria-se uma oportunidade propiciada pelas mudanças tecnológicas, pois as mesmas vêm acompanhando o cotidiano dos idosos. A OMS cita alguns exemplos:

A Internet pode permitir conexão contínua para a família, apesar da distância, ou acesso a informações que podem orientar o autocuidado de uma pessoa mais velha ou prestar apoio aos cuidadores. Os recursos de apoio, como aparelhos de audição, são mais funcionais e acessíveis do que no passado, e os dispositivos portáteis fornecem novas oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados. (OMS, p. 11, 2015)




Tem-se como oportunidade significativa de melhora no cuidado e na saúde das pessoas idosas a inserção digital, ultrapassando modelos anteriores, inovando e construindo capacidades para que os idosos possam usufruir das ferramentas tecnológicas, visando melhorias em sua saúde como um todo, em seus aspectos funcionais e bem-estar (OMS, 2015).

INSERÇÃO DIGITAL COMO PROPOSTA DE CUIDADO A SAÚDE: SEGURANÇA E COMPETÊNCIAS A SE TRABALHAR

Em uma revisão feita por Lima e Barbosa (2019), os autores destacam a importância dos profissionais terem experiências e aplicações de conhecimento via tecnologias móveis, visando a melhoria de seus cuidados e atendimentos. Além disso, foi identificado dentro dos programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil estudos desenvolvendo aplicativos móveis voltados a saúde, seja em dissertações ou em teses, o que evidencia avanço nas produções acadêmicas em pesquisas sobre tecnologias e saúde.

Também vem ocorrendo uma mudança no perfil de comunicação dos indivíduos, de todas as faixas-etárias, causada pela evolução das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (SALCEDO-BARRIENTOS; SILVA PAIVA; SILVA, 2020). Desde modo, é adequada a inserção nas novas tecnologias, linguagens, interações e comunicações das pessoas idosas. É preciso valorizar as interações intersubjetivas dos cuidados em saúde, os espaços tecnológicos precisam ser compreendidos como espaços de conversação, produzindo redes de comunicação e interações, inovando em aspectos relacionados ao vínculo e acolhimento. De maneira que consigo dar consciência dos diagnósticos, noções básicas de uso de medicações e cuidados.

Torna-se necessário possibilitar um cuidado de longa duração, centrado no idoso, coordenado e monitorado por diversos setores, foco no alinhamento dos sistemas de saúde à necessidade dos idosos, na criação de ambientes amigáveis e a ampliação do conhecimento e monitoramento das condições de saúde dos mesmos deve ser cada vez mais objetivado (OMS, 2015). Desta maneira, faz-se necessário a incorporação de novas tecnologias no processo de cuidado, além de equipamentos de monitoramento ambiental e de doenças como diabetes, demência, entre outras, estes são denominados *mHealth* (*mobile health*) (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2017), o uso das redes sociais e aplicativos de mensagens instantâneas, os quais são popularmente utilizados pelos idosos. Pesquisas recente apontam que 60% dos idosos brasileiros utilizam dispositivos móveis, em sua maioria com foco de usabilidade nas redes sociais, como *facebook* e *instagram*, e aplicativos de envio de mensagens, como o *whatsapp*



(IRIGARAY, 2020). Dentre alguns exemplos de redes sociais digitais, *sites* e *blog* que possibilitam informações e comunicações sobre cuidados, saúde e bem-esta de idosos, pode-se citar:

A. *Aproveitando a Terceira Idade*: seus colaboradores têm como objetivo levar a todos o que entendem por e como Terceira Idade, sendo um momento da vida que por cultura ou falta de esclarecimento é visto negativamente. No site é possível encontrar tópicos como arte e cultura (turismo e viagens), cuidados (cuidador familiar e cuidador do idoso), desenvolvimento pessoal (finanças e espiritualidade), diversos (direitos, dia-a-dia, tecnologias, curiosidades), relacionamentos, saúde (doença, longevidade, emagrecimento, qualidade de vida e bem-estar). A página do Facebook conta com 505.646 seguidores.


B. *Portal da Terceira Idade* (da Associação Cultural Cidadão Brasil®, entidade cultural de utilidade pública, sem fins lucrativos, fundada em 20 de Julho de 1984): o portal conta com notícias, artigos (saúde, direitos na 3ª idade, esporte e lazer, turismo, meio ambiente, cidadania, sexualidade na 3ª idade, arte e cultura, cinema e curiosidades, informática e internet), agendas culturais (show, eventos, cursos e atividades), murais (vagas de emprego para 3ª idade, publique seu currículo, amizades e cara-metade, cuidadores voluntários, mural de receitas), entre outros recursos. Sua página do Facebook conta com 142.518 seguidores.

C. *Portal do Envelhecimento* (Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento – NEPE, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUCSP): organizado por profissionais de diversas áreas e de diversos pais, tendo como filosofia e atitude o desenvolvimento de uma contínua construção da “cultura da longevidade”. Sua missão é: transferir informações qualificadas sobre a velhice e o envelhecimento possibilitando o acesso democrático ao conhecimento sobre esta instigante fase da vida. O Portal oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento sobre o longeviver ao público proporciona, além de maior democratização do conhecimento, a consolidação da cultura da longevidade. Sua página do Facebook conta com 53.135 seguidores.

D. *Programa UNATI - Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro* (UERJ): busca com esse programa visando à população com idade mínima de 60 anos, sendo as suas atividades inteiramente gratuitas, contribuir para a melhoria dos níveis de saúde físico-mental e social das pessoas idosas, utilizando as possibilidades existentes na instituição universitária. Seguindo o seu objetivo único de ser um Centro de ensino, pesquisa, extensão, estudos, debates e assistência voltados para questões inerentes ao envelhecimento da nossa população, e formar recursos humanos. A página do Facebook contém 3.876 seguidores. Além disso, a página do Facebook da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia da UNATI – UERJ conta com 4.338 seguidores.

E. *Programa UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)* - Guarapuava: este programa de extensão conta com várias áreas do conhecimento, buscando-se um equilíbrio entre atividades cognitivas e físicas, como dança, tai-chi, hidroterapia, canto, alongamento, fortalecimento, jogos esportivos e de tabuleiro, nutrição, informática, espanhol, inglês, cinema, psicologia, dança do ventre e projetos diversos propostos pela comunidade acadêmica. Além disso, conta com atividades extras, como: delícias de tortas, grupo de danças outono dourado, grupo de dança do ventre, passeios e viagens, eventos e projetos acadêmicos e campo de estágio para cursos de graduação. Contando com 2.225 amigos em sua página do pessoal do Facebook.

Ao compartilharem uma experiência vivenciada junto às pessoas idosas durante a pandemia (covid-19), Salcedo-Barrientos, Silva Paiva e Silva (2020), onde utilizaram rodas de



terapia comunitária integrativa em uma plataforma virtual, os autores relataram o retorno positivo dos idosos e as melhorias propostas por essa prática. Mostrando, novamente, exemplos de possibilidades de engajamento em atividades virtuais positivas a saúde dos idosos.

Por outro lado, sabe-se que os idosos constituem muitas vezes uma parcela da população que adentrou tardiamente nas vivências com tecnologias digitais, devendo os mesmo ter uma atenção especial. Por exemplo: campanhas de governos, universidades e instituições de ensino em realizarem pesquisas na área (FREITAS; PY, 2017). Além de programas e políticas públicas que auxiliem e incentivem a inserção social a partir da linguagem da comunicação das novas tecnologias, agregando outras demandas, como atividades físicas e atividades de prevenção à saúde (SALCEDO-BARRIENTOS; SILVA PAIVA; SILVA, 2020).

Partindo deste pensamento, planejar práticas pedagógicas para uma inclusão digital de idosos é importante, visando uma utilização dos mesmos para melhoras em informações sobre saúde e acompanhamentos de informações sobre atendimentos, algumas propostas são feitas por Doll, Machado e Cachioni (p. 3592, 2017) podem ser:


Oficinas: geralmente nesta modalidade são trabalhados especificamente alguns recursos de software mais usuais pelo público, em que o tempo é determinado em horas. Este tipo de prática basicamente é voltado para o aprimoramento no uso de determinados recursos de algum software que a demanda exige

Curso de curta duração: podem ser cursos introdutórios ou divididos por módulos, possibilitando que os idosos aprendam a utilizar tanto hardware como software. Geralmente cada módulo é pré-requisito para o próximo, e o tempo necessário para a realização dos mesmos é em meses ou mesmo semestres.

Curso de longa duração: são cursos que não possuem tempo determinado para o seu término. Iniciam com a introdução da informática e, no decorrer do processo, a partir da demanda exigida pelo público-alvo, são criados os módulos seguintes a partir das necessidades emergentes dos alunos. Este tipo de curso permite a criação de laços afetivos e de amizades entre os integrantes, possibilitando maior socialização.

Curso no formato de educação a distância: esta modalidade de curso ainda é recente. São cursos virtuais oferecidos que exigem um mínimo de conhecimento de informática. Utilizam-se, nestes cursos, ambientes virtuais de aprendizagem como apoio para a realização das atividades, ferramentas de comunicação entre os integrantes, disponibilização de materiais como tutoriais, apostilas e vídeos explicativos. Apesar de se tratar de cursos virtuais, há a necessidade de o professor mediar o processo, bem como de encontros presenciais no decorrer do processo.

Estas estratégias devem focar na competência digital destes idosos, formulando habilidades para que o mesmo consiga de forma segura usufruir de todos os recursos dos dispositivos tecnológicos. Batista *et al.* (2019) mostram a importância de projetos extensionistas de universidades para a inclusão digital de idoso. Essas ações ocorreram por meio de aulas teóricas e práticas semanais, e contaram com a participação de docentes enfermeiras. O foco foi integrar digitalmente os idosos, proporcionar uma vivência dos idosos



com as tecnologias, possibilitar a autonomia dos idosos no manuseio das tecnologias e avaliar as consequências no desenvolvimento psicomotor e social dos idosos.


Outros vieses interessantes para a inclusão digital de idosos são os centros de estudos e atividades para terceira idade, uma universidade aberta de educação não formal. Em um estudo feito por Silveira *et al.* (2013), analisando a qualidade de vida de idosos frequentadores de oficinas de informática, notaram uma melhora no convívio e relacionamento social e educacional, contribuindo para progresso da qualidade de vida e da autoestima.

Em um viés intergeracional, Patrício e Osório (2017), apresentaram e analisaram três intervenções socioeducativas de aprendizagem intergeracional com TIC's, em contexto não formal:

- O projeto Tecnologias de Informação para Netos e Avós (Projeto TINA) foi o primeiro estudo, ocorreu no mês de julho de 2011 e consistiu em três oficinas de formação TIC: uma para avós, outra para netos e uma terceira intergeracional (avós e netos).
- Em 2012 desenvolvemos um segundo estudo - Oficinas TIC Intergeracionais com jovens e adultos idosos - direcionado para um público-alvo mais diversificado em termos geracionais e sem ligação familiar, com o intuito de alcançar os objetivos delineados.
- O terceiro estudo - Oficinas TIC Intergeracionais com adultos e idosos - realizou-se em 2013, integrou a maioria dos participantes adultos e idosos do estudo anterior, por manifesto interesse destes, bem como novas pessoas da comunidade local.

Conclui-se nestas análises, que o desenvolvimento e utilização das TICs se dará ao longo de toda a vida, sendo assim há muitas oportunidades de aprendizagem e educação aos idosos, sendo importantíssima para sua socialização, integração e participação ativa. Sendo a intergeracionalidade uma ferramenta importante para aquisições de conhecimentos e aperfeiçoamentos digitais, além de uma convivência harmoniosa entre as gerações.


Sabe-se que para a pessoa idosa as tecnologias são um desafio, porém cabe pensar as oportunidades que esse desafio trará para a qualidade de vida dos mesmos. Tem-se falado sobre gerontotecnologia., TIC's (tecnologias de informação e comunicação), *m-learning*, tecnologia assistida, AAL (ambiente *assistedliving*), EADL (*electronic aids to daily living*), entre outros, mostrando que diversos são os caminhos para a busca por uma inclusão digital das pessoas idosas (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2017). Assim cabe buscar primeiramente um aprendizado destes recursos, para uma utilização confortável, segura e independente. Levando em consideração declínios de visão, audição, capacidades de memorização e da velocidade de processamento de informações, diminuição do controle motor, entre outros fatores que afetaram a interação com as TICs.



Através de um estudo feito por Machado, Grande, Behar e Luna (2016), pode-se entender competências digitais como sendo uma mobilização de recursos cognitivos específicos frente a uma situação problema, de maneira a tentar resolvê-la, conjecturando três elementos: o conhecimento (saber), as habilidades (saber fazer) e as atitudes (saber ser). Sendo as competências essenciais a serem desenvolvidas, segundo Machado e Behar (2013): 1) a alfabetização digital, ou seja, dominar de maneira funcional as tecnologias; 2) o letramento digital, ou seja, pesquisar, avaliar, refletir e ter criticidade frente às informações disponíveis; e, a fluência digital, que relaciona as competências antes expostas, seria de forma sucinta, a combinação dos usos de diferentes ferramentas digitais para suas utilizações. Deste modo, articulando estas competências, pretende-se utilizar as redes sociais, plataformas e tecnologias digitais de forma “*crítica, segura e consciente, tanto no trabalho como no lazer*” (MACHADO; MENDES; KRIMBERG; SILVEIRA; BEHAR, p. 942, 2019). Além disso, Machado, Mendes, Krimberg, Silveira e Behar (2019), enfatizam a importância de se trabalhar a longo prazo com Segurança e Privacidade na Internet junto ao público idoso, sendo importante a criação e aplicação de novas estratégias pedagógicas, como a utilização de materiais educacionais digitais.

Em uma prática relatada por Oliveira (2020) relacionando a educação em saúde de idosos e as *fakenews* em saúde, o autor coloca como de grande relevância a intervenção do profissional em saúde para a utilização com segurança do idoso, pois há nas redes sociais digitais grandes veiculações de informações e notícias, que podem ser nocivas ao idoso. Sendo que a intervenção feita pelo enfermeiro possibilitará conhecimentos melhores dos termos, troca de experiências, construção de um pensamento mais crítico sobre as informações tratadas, o que preparará a população idosa para que possa usufruir de novas linguagens tecnológicas (FREITAS; PY, 2017), sejam essas ferramentas computadores, smartphones, *tablets*, entre outras, focado nas necessidades e interesses dos idosos. Abrindo reflexões importantes em relação aos desafios de práticas relacionando plataformas digitais e idosos, autores descrevem algumas dificuldades como o baixo poder aquisitivo, falta de habilidades no uso das tecnologias, falta de aparelhos para acesso a internet e de condições para pagar um plano de internet (SALCEDO-BARRIENTOS; SILVA PAIVA; SILVA, 2020).

Partindo do exposto, Lima e Oliveira (2019) colocam que não exista uma “*fórmula mágica*”, que há inúmeros desafios para a construção de uma gestão eficiente, pois a realidade estrutural e econômica do sistema de saúde pública brasileira é frágil, por isso, propõe uma reestruturação os modelos de gestão existentes, voltados a realidade de cada instituição de




saúde, oferecendo assistência personalizada, multidisciplinar e humanizada em seu atendimento (LIMA; OLIVEIRA, 2019). Soma-se a isto, a reflexão que fez Silva *et al.* (2019), referente aos contextos do Brasil, os “brasis” existentes, ou seja, “*uma multidiversidade de contextos regionais, culturais, geográficos entre outros aspectos, [...] histórico político, econômico, social e de meio ambiente deste país*” (Silva *et al.*, p. 30, 2019), os quais devem ser levados em conta na formulação de futuras políticas públicas, porém, não adentraremos nestes conceitos.

Haja vista, não se pode esquecer de que as propostas aqui neste texto seguem um objetivo, de mostrar as possibilidades da utilização das redes sociais para os cuidados com a saúde, porém, não são todos os idosos que almejam essa inserção no meio digital, e este posicionamento deve ser respeitado, atenta-se ao fato de não generalizar e nem cair na homogeneização da velhice, como foi tratado anteriormente neste trabalho. Tem-se consciência dos desafios desta proposta, bem como do processo longitudinal que precisará ser feito para que se possa identificar o manuseio competente e seguro dos idosos. O planejamento, instruções por escrito, material didático e explicativo para os mesmos, suas famílias e seus cuidadores, além dos profissionais da saúde (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2017).

Outra demanda a pensar é a capacitação de profissionais da saúde em relação aos conhecimentos em geriatria e gerontologia, além de conhecimentos sobre ferramentas digitais, para que assim possa atender os interesses do público idoso. O estudo feito por Silva *et al.* (2019) serve como exemplo, usando as ferramentas tecnológicas como estratégia à avaliação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto a profissionais fisioterapeutas. Utilizou-se o dispositivo Google Drive e o Correio Eletrônico particular, evidenciando uma excelente ferramenta de pesquisa. Porém, há necessidade de um domínio das ferramentas tecnológicas.

A OMS (2015) ressalta a importância de uma “*força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada*”, que além de conhecimentos sobre os processos de envelhecimento, que trabalhe com um sistema integrado em saúde, relacionando comunicação, trabalho em equipe e tecnologias de informação e comunicação. A OMS (p. 17, 2015) ainda coloca as principais ações a serem tomadas:

- Fornecer treinamento básico sobre questões geriátricas e gerontológicas durante o treinamento antes do serviço e em cursos de desenvolvimento profissional continuado para todos os profissionais da saúde;
- Incluir competências geriátricas e gerontológicas fundamentais em todos os currículos de saúde;
- Garantir que o fornecimento de geriatras atenda às necessidades da população e incentivar o desenvolvimento de unidades geriátricas para a gestão de casos complexos;


- 
- Considerar a necessidade de novos quadros de funcionários (como coordenadores de saúde e conselheiros de autogestão) e ampliar as funções dos funcionários existentes, como agentes comunitários de saúde, a fim de coordenar os cuidados de saúde de adultos maiores no nível da comunidade.

Em um estudo intitulado “*o envelhecimento populacional e os desafios para gestão do sistema único de saúde*”, dos autores Lima e Oliveira (2019), nota-se, corroborando com as ações elencadas pela OMS (2015), que há uma necessidade de formação adequada de multiprofissionais na saúde, visando um planejamento de ações voltadas a manutenção da capacidade funcional do idoso, na detecção precoce de doenças e no monitoramento das doenças crônicas e complexas. Esse processo de constituição de mecanismos que possibilitem um melhor aproveitamento das redes sociais para a saúde de idosos deve visar um Envelhecimento Saudável (OMS, 2015), com foco em aperfeiçoar a capacidade funcional dos idosos, buscando que os mesmos consigam “*atender às suas necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; movimentarem-se; construir e manter relacionamentos; e contribuir*” (OMS, p. 20, 2015).

CONCLUSÃO

As ferramentas digitais possibilitam ao idoso maior inserção social e autocuidado em saúde através do acesso a informação que os aplicativos móveis, redes sociais e portais de notícias ou até mesmo grupos de convivência online podem oferecer a esse público. Os profissionais da enfermagem e da saúde possuem com essas ferramentas um campo ainda pouco explorado devido às limitações estruturais e tecnológicas dos sistemas de saúde, limitações do próprio profissional, que por vezes não possui uma formação voltada ao desenvolvimento de habilidades de computação e bom uso das tecnologias digitais, e as limitações do próprio idoso em relação ao uso dessas ferramentas e recursos sociais para acesso.

No que tange as políticas públicas, faz-se necessário maior inserção dos idosos através de cursos, oficinas e educação continuada de idosos e profissionais para aproximação desse público com os mecanismos digitais, desenvolvimento de competências e com as ferramentas de segurança para bom uso das redes sociais, de forma a obterem informações verídicas e que possam auxiliá-los. E aos profissionais cabe o desafio da promoção e prevenção da saúde através da utilização dos recursos supracitados, sem desconsiderar a utilização dos instrumentos já conhecidos para os idosos que não almejam a sua inserção tecnológica.



Diante do exposto, cabe aos profissionais da saúde e outras áreas, como a educação, repensar e refletir sobre como produzir e divulgar materiais informativos ao público idoso através de canais de comunicação online, e sobre a importância que a parceria educação/saúde pode propiciar ao idoso uma melhor qualidade de vida e inclusão digital.

Portanto, cabe salientar a importância de novos estudos sobre estas ideias e propostas, refletindo sobre: como fazer estes informativos? Quais seriam fatores importantes devem estar contidos no mesmo? Como criar canal de comunicação online especificamente para a pessoa idosa? Como a parceria Educação e Saúde pode promover uma melhor qualidade de vida aos idosos e suas famílias?

REFERÊNCIAS

BATISTA, E. B., *et al.* **Inclusão Digital como ferramenta ao envelhecimento ativo: um relato de experiência.** PRISMA.COM, (38): 69-81, 2019.

CUNHA JS., *et al.* **Produção científica acerca da assistência de enfermagem no envelhecimento saudável da pessoa idosa: revisão integrativa.** Temas em Saúde. Edição Especial. 2019.

DOLL, J; MACHADO, LR; CACHIONI, M. **O Idoso e as Novas Tecnologias.** In: Freitas, Elizabete Viana de Tratado de geriatria e gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FREITAS EV, PY L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

IRIGARAY, TQ. **Cartilha para idosos para enfrentamento do Coronavírus (COVID-19)** [recurso eletrônico] – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2020.


KAIRALLA, MC; BERRETTA, J. **Cuidados ao Idoso e à Velhice Transição de Cuidados.** In: Freitas, Elizabete Viana de Tratado de geriatria e gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

LIMA AR, OLIVEIRA AA. **O envelhecimento populacional e os desafios para gestão do Sistema Único de Saúde.** REVISTA INSPIRAR- gestão & desenvolvimento, 2(3), 2019.

LIMA CSP, BARBOSA, SFF. **Aplicativos móveis em saúde: caracterização da produção científica da enfermagem brasileira.** Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 2019.

LUBENOW, JAM; SILVA, AO. **O que os idosos pensam sobre o atendimento de saúde.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 22(2):e180195, 2019.

MACHADO, LR., *et al.* Mapeamento de competências digitais: a inclusão social dos idosos. **ETD - Educação Temática Digital**, 18(4):903-921; 2016.



MACHADO, LR; BEHAR, PA. **Educação a Distância e Cybersênior: um foco nas estratégias pedagógicas.** Educação & Realidade, 40(1): 129-148; 2015.

MACHADO, LR., *et al.* **COMPETÊNCIA DIGITAL DE IDOSOS: MAPEAMENTO E AVALIAÇÃO.** ETD - Educação Temática Digital, 21(4):941-959; 2019.

MELO, A., *et al.* **A contribuição do enfermeiro para o envelhecimento ativo na estratégia de saúde- Revisão bibliográfica.** Revista IBGM Científica, 7(7); 2018.

OLIVEIRA, GT. **Educação em saúde: falando de fake news em saúde com idosos: relato de experiência.** In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 146-153; 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde: Resumo.** Genebra: Autor. 2015.

PATRÍCIO, MR; OSÓRIO, A. **Literacia digital intergeracional: desafios e oportunidades para a educação ao longo da vida.** EDUSER: revista de educação. 9(1); 2017.

PUCCI, VR., *et al.* **Integralidade da saúde do idoso na atenção primária à saúde.** Revista Saúde.Com,15(3):1553-1562; 2019.

SALCEDO-BARRIENTOS, DM; SILVA, MVP; SILVA, ALP. **Terapia Comunitária Integrativa para idosos em plataforma virtual durante a pandemia associada a Covid-19.** Temas em Educação e Saúde, 16(1): 360-375; 2020.

SANTOS, VP., *et al.* **Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade.** Revista Cuidar, 9(3): 2322-37; 2018.

SILVA, LWS., *et al.* **Ferramentas Tecnológicas – Uma Estratégia à Avaliação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** 39: 29-42; 2019.

SILVEIRA, MM., *et al.* **informática.** ConScientiae Saúde;12(4):598-603, 2013.

SOUSA, FEO., *et al.* **Assistência de enfermagem na atenção básica à saúde dos idosos nos dias atuais.** Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde - ReBIS [Internet].1(4):8-16; 2019.

VERAS, R. **O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 23(1):e200061; 2020.

VERAS, RP; OLIVEIRA, M. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Ciência e Saúde Coletiva, 23(6):1929-36; 2018.



CAPÍTULO 4

O USO DA LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS COMO RECURSO EM SAÚDE E ENFERMAGEM COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Karolina Alves de Matos da Silva, enfermeira, Pós graduanda em enfermagem pela UnB
Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres, enfermeira psiquiátrica, Profª Drª UnB

RESUMO


O objetivo do capítulo foi de identificar e discutir uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) como recurso em saúde com crianças e adolescentes e relacionar os efeitos descritos e eventuais explicações propostas pelos estudos. Trata-se de uma revisão bibliográfica e a busca foi realizada pelo acesso on-line ao portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foi possível identificar que o uso da LIBRAS como recurso em saúde com crianças e adolescentes ainda é escasso, todavia já existem estudos relacionados com a temática da importância na área da comunicação para a pessoa deficiente auditiva no ambiente de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: LIBRAS, Saúde, Revisão, Infantojuvenil, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Programas de terapia integrativa pediátrica são de extrema importância para o tratamento e para o bem-estar dos pacientes (MISSY et al., 2018). Portanto, sabe-se que a formação do enfermeiro tem um princípio fundamental, que é centrado no cuidado individualizado ao ser humano, no acolhimento às necessidades biopsicossociais e não apenas mantendo o foco na doença, como é concebido pelo modelo biomédico. É papel do enfermeiro, também, envolver-se com seus pacientes e familiares, com o objetivo de criar vínculo e confiança, para melhor conhecimento sobre o paciente e sobre suas reais necessidades, ou seja, para desenvolvimento da relação terapêutica promissora e duradoura (LONE et al., 2019).

Materiais e publicações relacionados à Enfermagem com o uso da LIBRAS são escassos, então, um dos objetivos do projeto é despertar o interesse desses profissionais sobre a LIBRAS (BARBOSA et al., 2003). Segundo o Código de Ética do Profissional Enfermeiro (CEPE), é direito do enfermeiro o aprimoramento de seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, que são os alicerces de uma boa prática profissional. O enfermeiro tem o dever de ofertar uma assistência livre de preconceito de qualquer natureza (COFEN, 2007), em especial ao público infantojuvenil.



Em razão de ser uma prática de certa forma atual, entretanto crescente no País, torna-se emergente um pensar teórico e prático sobre esse tipo de atividade, de modo a poder respaldar atuações de profissionais em alguns aspectos, ao aliar a prática de tradução e de interpretação em língua de sinais em contextos da saúde (RIGO, 2018). Ao unir as temáticas inéditas e inovadoras, como a LIBRAS e a saúde em pediatria, acredita-se que em muito auxiliaria a trazer mais bem-estar a esse público-alvo.

Utilizando a revisão integrativa, este estudo tem como objetivo identificar e discutir uso da LIBRAS como recurso em saúde no atendimento a crianças e/ou adolescentes, relacionando os efeitos descritos a eventuais explicações propostas pelos estudos. A revisão se justifica, pela necessidade de se consolidar o corpo de evidências nesse campo inovador.

INTRODUÇÃO


Trata-se de uma revisão bibliográfica que permitiu buscar, avaliar e sintetizar os diferentes estudos publicados sobre o uso da LIBRAS como recurso em saúde no atendimento a crianças e/ou adolescentes. A pesquisa nas bases de dados ocorreu entre os meses de março a abril de 2020.

A revisão integrativa da literatura é um método que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais. Proporciona uma síntese do conhecimento para a compreensão de determinado fenômeno analisado. Dessa maneira, a revisão integrativa da literatura gera um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes e possibilita a aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Buscou-se desenvolver, neste estudo, as fases descritas por Souza, Silva e Carvalho (2010) no processo de elaboração de uma revisão integrativa: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados e (6) apresentação da revisão integrativa.

Foram analisados documentos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO, INDEX Psi e PePSIC. Cabe ressaltar que não foram utilizadas bases de dados estrangeiras mais amplas, como PubMed e MEDLINE, considerando que o foco deste estudo é a LIBRAS, que é brasileira.

Os descritores que foram utilizados para a busca nas bases de dados: LIBRAS, saúde e criança(s) ou adolescente(s).



Os critérios estabelecidos para inclusão dos estudos na pesquisa: (1) artigos de periódicos, publicados nos últimos cinco anos e (2) estudos que abordam o uso da LIBRAS como recurso em saúde com crianças e/ou adolescentes. Os critérios de exclusão incluem: (1) dissertações e teses, (2) livros, (3) artigos que não mantêm relação com o objetivo deste estudo e (4) artigos repetidos.

Os artigos foram distribuídos em quadros e separados em categorias temáticas semelhantes. A análise completa obteve-se a partir de uma leitura crítica e detalhada do artigo completo ou do resumo, extraindo-se deles os resultados e recomendações mais relevantes no tocante ao uso da LIBRAS como recurso em atendimento à saúde de crianças e/ou adolescentes. Dessa maneira, a apresentação e a discussão dos dados obtidos foram realizadas de forma descritiva, de modo a congregar os conhecimentos produzidos no mundo sobre o tema explorado nessa revisão, com o intuito de validar os objetivos propostos.

O início das buscas por descritores na base de dados ocorreu em março/2020. O resultado inicial obtido foi de 166 publicações; após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, foram excluídos 156 artigos, e obteve-se, na amostra final da revisão, um total de dez artigos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO, INDEX Psi e PePSIC.

De acordo com o Quadro 1, a seguir, foram obtidos os seguintes resultados em cada base de dados: os descritores utilizados, a quantidade de referências encontradas e o critério de exclusão aplicado.

Quadro 1. Seleção dos artigos de pesquisa nas bases de dados após avaliação inicial. Brasília, DF, 2021.

Avaliação	Scielo	PePsic	Lilacs	INDEX Psi	Total
Produção encontrada	27	01	57	03	88
Não é artigo de pesquisa	01	-	-	-	01
Não tem cunho intervencionista	-	-	02	-	02
Artigo de Revisão	01	-	01	-	02
Artigo que não respondem à questão norteadora	13	01	28	03	45
Não está disponível eletronicamente (integral)	-	-	02	-	02
Artigos repetidos	03	-	09	-	12
Ano de publicação	05	-	09	-	14
Total selecionado	04	00	06	00	10

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Para reunir e sintetizar as informações extraídas das publicações selecionadas para análise utilizou-se o Quadro 2, com a distribuição dos fatores gerais encontrados em cada artigo. Apresenta um panorama geral dos textos avaliados nesta revisão.

Quadro 2. Compilação de artigos da amostra final. Síntese dos artigos sobre o uso da LIBRAS como recurso em saúde com crianças e/ou adolescentes e selecionados para a revisão sistemática em ordem decrescente. Brasília-DF, 2021.

Nº	Base de Dados	Periódico	Autor	Ano	Título	Resumo/Resultados
A1	Scielo	Acta Paulista de Enfermagem	Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães, Inácia Sátiro Xavier de França, Alexsandro Silva Coura, Jamilly da Silva Aragão, Arthur Felipe Rodrigues Silva, Sérgio Ribeiro dos Santos, Emerson Eduardo Farias Basílio,	2019	Validação de tecnologia em LIBRAS para educação em saúde de surdos.	O artigo teve como objetivo construir e validar um vídeo educativo em LIBRAS para educação em saúde de surdos acerca da AIDS e suas formas de transmissão. O vídeo educativo demonstrou evidências de validade e de representatividade para ser utilizado na assistência.



			Francisco Stélio de Sousa l.			
A2	Lilacs	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Valéria Maria Azevedo Guimarães, Fábio Santos, Bruno Felipe de Santana Santos, Joilson Pereira da Silva.	2019	Surdez e sexualidade: uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos	O objetivo do estudo foi analisar as representações sociais dos surdos universitários acerca da sexualidade. Foi identificado que os participantes tiveram preocupação com a afetividade, o bem-estar, a atividade sexual e a satisfação em seus relacionamentos. No entanto, percebe-se a necessidade de desmistificar a temática entre os jovens surdos, para que eles desenvolvam a sexualidade com autonomia.
A3	Lilacs	Distúrbios da Comunicação	Natália Caroline Rovere, Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima, Ivani Rodrigues Silva.	2018	A comunicação entre sujeitos surdos com diagnóstico precoce e com diagnóstico tardio e seus pares	Os objetivos do presente estudo foram observar dois grupos de crianças e adolescentes surdos que iniciaram a reabilitação precoce e tardiamente, no que diz respeito ao uso da linguagem oral e língua de sinais e verificar como vem ocorrendo a comunicação dos sujeitos com seus familiares. Trata-se de um estudo qualitativo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com as mães dos surdos e observações da interação das díades mãe ouvinte e criança ou adolescente surdo. Verificou-se que alguns fatores dificultaram o processo do diagnóstico de surdez e o início da reabilitação auditiva, tais como acesso rápido aos recursos adequados e postura profissional, pois os pais têm uma melhor assimilação do diagnóstico quando o profissional os acolhe e utiliza linguagem acessível. Observou-se, também, que as crianças que iniciaram a reabilitação precocemente demonstraram comunicação mais efetiva.
A4	Lilacs	Revista Baiana de Enfermagem	Verônica Rancisqueti Marquete, Maria Antônia Ramos Costa, Elen Ferraz Teston.	2018	Comunicação com deficientes auditivos na ótica de profissionais de saúde	O artigo tem como objetivo escrever o conhecimento e a capacitação dos profissionais de saúde quanto à comunicação com os deficientes auditivos. Como resultado na percepção dos profissionais de saúde, a barreira de comunicação com os deficientes auditivos ocorria por não saberem comunicar-se em LIBRAS; por isso, utilizavam mecanismos como gestos e mímicas para tentar a comunicação.
A5	Lilacs	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Juliana Donato Nobrega, Marilene Calderano Munguba, Ricardo José Soares Pontes.	2017	Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência	O estudo possibilitou conhecer as peculiaridades da assistência à saúde às pessoas surdas, usuárias da língua de sinais, percebendo-se desafios durante o atendimento em virtude de uma comunicação restrita, de forma que a língua de sinais possa ser um dos caminhos para uma efetiva comunicação com esses usuários nos serviços de saúde.
A6	Lilacs	Saúde e Pesquisa	Raphaella Marques Lopes Karsten, Nubia Garcia Vianna, Eliete Maria Silva.	2017	Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade	O objetivo deste artigo é problematizar e identificar a concepção do surdo quanto à comunicação com os profissionais de saúde. Concluiu-se que existem barreiras para os surdos devido à dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde e que o conhecimento de LIBRAS pela equipe de saúde facilitaria a relação profissional-paciente.
A7	Scielo	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Jamilly da Silva Aragão, Inacia Sátiro Xavier de França, Alexsandro Silva Coura,	2015	Um estudo da validade de conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde	O artigo teve como objetivo validar o conteúdo de sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS por pessoas com surdez. Método: estudo de desenvolvimento metodológico, no qual participaram 36 pessoas com surdez e três especialistas em LIBRAS. O estudo foi desenvolvido em três etapas:




			Francisco Stélio de Sousa, Joana D'Arc Lyra Batista, Isabella Medeiros de Oliveira, Magalhães.		expressos em LIBRAS	investigação dos sinais, sintomas e doenças/agravs em saúde, referidos pelas pessoas com surdez, assinalados em um questionário; registros em vídeo sobre como as pessoas com surdez expressam-se por meio da LIBRAS, os sinais, sintomas e doenças/agravs em saúde; e validação do conteúdo dos registros das expressões por especialistas em LIBRAS. Resultados: avaliaram-se 33 expressões em LIBRAS, de sinais, sintomas e doenças/agravs em saúde, e 28 expressões obtiveram IVC satisfatório (1,00). Conclusões: os sinais, sintomas e doenças/agravs em saúde expressos em LIBRAS apresentam validade, na região do estudo, para profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para utilização na anamnese clínica da consulta de Enfermagem à pessoa com surdez.
A8	Scielo	Pro-Posições	Vanessa Regina de Oliveira Martins, Neiva de Aquino Albres, Wilma Pastor de Andrade Sousa.	2015	Contribuições da Educação Infantil e do brincar na aquisição de linguagem por crianças surdas	O artigo discute a aquisição de linguagem precoce e a relevância do brincar na Educação Infantil e reflete sobre a aquisição da língua de sinais nessa faixa etária, por meio da interação dialógica com o outro (surdo).
A9	Scielo	Revista Brasileira de Educação Especial	Marilda Moraes Garcia Bruno, Juliana Maria da Silva Lima.	2015	As Formas de Comunicação e de Inclusão da Criança Kaiowá Surda na Família e na Escola: um Estudo Etnográfico	Este estudo configurou-se pelo delineamento do objeto a partir do viver dentro, na tentativa de compreender a experiência cultural dos povos indígenas surdos. Os resultados do estudo permitiram: conhecer um sistema incipiente de comunicação utilizado pelos familiares da criança; identificar os irmãos como mediadores da comunicação na família e na escola; e reconhecer, nas falas dos professores, o papel do intérprete de LIBRAS como estratégia pedagógica e comunicativa para a inclusão da criança indígena surda.
A10	Lilacs	Revista Brasileira de Ciências da Saúde.	Leidiane Mendes Brito, Welton Diego Carmim Lavared.	2015	O enfermeiro e os desafios da inclusão: outros "entrelugares" da formação e da prática profissional	O artigo objetiva apresentar panoramicamente alguns dispositivos legais que norteiam o enfermeiro e o cliente surdo em instituições de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

De acordo com os resultados encontrados, durante o período da busca, foram selecionados dez artigos, dentre eles, quatro resultaram da base de dados SciELO e seis artigos da base de dados LILACS.

Não houve repetição de nenhum nome na relação dos autores e pôde-se analisar que há uma multidisciplinariedade no assunto, com diversos profissionais envolvidos em tais estudos, como enfermeiros, psicólogos, professores, fonoaudiólogos e intérpretes de LIBRAS.

Em relação aos periódicos, há uma grande variedade de revistas encontradas. Foi encontrado um artigo em cada periódico, de acordo com a relação que se segue: Acta Paulista



de Enfermagem, Estudos e Pesquisas em Psicologia, Distúrbios da Comunicação Revista Baiana de Enfermagem, Revista Brasileira em Promoção da Saúde e Pesquisa, Revista Latino-Americana de Enfermagem, Proposições, Revista Brasileira de Educação Especial e Revista Brasileira de Ciências da Saúde.


Analisando os anos de publicação dos artigos selecionados, entre eles, ocorreu a produção de dois artigos no ano de 2019, o ano de 2017 apresentou duas produções, duas produções em 2018. Já no ano de 2015 ocorreu o maior número de publicações, que foram de quatro artigos.

Para fins didáticos, houve a categorização do manejo em saúde com crianças e/ou adolescentes deficientes auditivas e os artigos encontrados foram organizados em três grandes grupos que englobam importantes questões a serem discutidas nesta revisão. As três categorias de análise para discussão dos artigos foram: (a) A importância uso da LIBRAS como instrumento de inclusão no atendimento em saúde com crianças e/ou adolescentes deficientes auditivas; (b) A restrição da comunicação enfrentada por pessoas com deficiência auditiva; (c) Validação de tecnologia em LIBRAS para educação em saúde de crianças e/ou adolescentes deficientes auditivos.

(A) A IMPORTÂNCIA USO DA LIBRAS COMO LIBRAS COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO NO ATENDIMENTO EM COM CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES DEFICIENTES AUDITIVAS

De acordo com Magalhães et al. (2019), no artigo A1, entre os segmentos sociais vulneráveis, os surdos enfrentam dificuldades relacionadas com as condições de vida e de assistência em saúde. Essas pessoas sofrem o impacto dos determinantes sociais relacionados ao baixo nível socioeconômico, de escolaridade e aos desafios na comunicação com os profissionais de saúde. O Artigo trouxe, ainda, a importância de explicitar as potencialidades da validação desenvolvida que podem ser compreendidas com foco na melhoria da comunicação entre os surdos e os profissionais de saúde, contribuindo também para a qualidade da assistência a esse segmento social.

No artigo A2, vemos que, devido às dificuldades de comunicação nos âmbitos familiar, escolar e social, alguns deficientes auditivos podem deparar-se com essas barreiras também no Ensino Superior. Assim, a presença do intérprete é necessária para mediar o diálogo entre o surdo e o ouvinte. Dessa forma, percebe-se que a língua de sinais exerce um papel fundamental



no processo de aprendizagem dos surdos e lhes possibilita a interação social, compartilhar a sua cultura e adquirir o conhecimento de diferentes conteúdos (GUIMARÃES et al., 2019).


Segundo Rolvere (2018), no artigo A3, a LIBRAS deve ser inserida na vida do surdo o mais cedo possível, pois, apesar de diferenciar-se da língua oral, como qualquer outra língua, apresenta alto grau de complexidade. A criança surda deve entrar em contato com surdos sinalizadores para aquisição da Língua de Sinais de forma espontânea, a fim de se tornar capaz de expressar suas ideias e seus sentimentos.

A maioria dos profissionais de saúde sabe que a LIBRAS é uma ferramenta utilizada para comunicação com indivíduos surdos. Por mais que apareçam conceitos diferentes, a grande parte define ser essa a forma de comunicação possível com esses usuários. Entretanto, nesta pesquisa, no artigo A4, foi possível observar que é predominante o número de profissionais de saúde que não sabem comunicar-se em LIBRAS, mesmo se afirmando que é de suma importância para a comunicação efetiva com pacientes surdos (MARQUETE, COSTA; TESTON, 2018).

No artigo A5 O, estudo possibilitou conhecer as peculiaridades da assistência à saúde às pessoas surdas, usuárias da língua de sinais e perceberam-se desafios durante o atendimento, em virtude de uma comunicação restrita, de forma que a língua de sinais possa ser um dos caminhos para uma efetiva comunicação com esses usuários nos serviços de saúde (NÓBREGA; MUNGUBA; PONTES, 2017).

O estudo do artigo A6 mostrou que usuários surdos vivenciam barreiras comunicacionais em serviços de saúde estendidos aos momentos em que está com o profissional de Enfermagem, o que compromete a qualidade do atendimento. Para amenizar problemas, eles sugerem que a comunicação seja direta entre surdo e profissional de saúde, por meio da LIBRAS, sem mediação de intérprete. O ensino de LIBRAS nas profissões da área da saúde seria uma estratégia importante para viabilizar a comunicação entre usuário e profissional, um passo a mais na integralidade do cuidado e no cumprimento dos direitos das pessoas surdas (KARSTEN et al., 2017).

No artigo A7, em que foi validado um conteúdo de em saúde expresso em LIBRAS, foi possível concluir que os sinais, sintomas e doenças/agravos em saúde expressos em LIBRAS apresentam validade, na região do estudo, para profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, para utilização na anamnese clínica da consulta de Enfermagem à pessoa com



surdez, diminui, assim, as barreiras da comunicação e fortifica a díade profissional-pessoa com surdez, indispensável durante a assistência à saúde (ARAGÃO et al., 2015).


Os resultados da investigação do artigo A9, sobre as formas de comunicação usadas nos espaços familiar e escolar frequentados pelas crianças indígenas surdas, evidenciaram as necessidades comunicativas e alguns sinais/senhais utilizados pelos familiares para interagir com seus entes surdos. Os sentimentos em relação à criança indígena surda são revelados a partir das manifestações dos familiares e dos professores indígenas (BRUNO; LIMA, 2015).

(B) A RESTRIÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENFRENTADA POR PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

De acordo com Rovere, Lima e Silva (2018), no artigo A3, os resultados permitem concluir que os sujeitos que obtiveram diagnóstico precoce de surdez e iniciaram precocemente a reabilitação demonstraram maior efetividade na comunicação e apresentaram uso espontâneo da Língua de Sinais. As mães dos sujeitos que obtiveram diagnóstico tardio e iniciaram tardiamente a reabilitação relataram maiores dificuldades em educar e ensinar os filhos quando crianças, utilizando muitas vezes sinais caseiros que são efetivos dentro do contexto familiar. Contudo, o uso de sinais caseiros traz à tona a limitação da comunicação dessas crianças apenas no âmbito familiar.

De acordo com o artigo A4, o fato de não dominar a LIBRAS ocasiona uma barreira na comunicação, pela ausência de comunicação verbal, dificulta a compreensão das informações, das orientações, do diagnóstico e do tratamento. Dessa forma, a LIBRAS é fundamental durante os atendimentos realizados com esses usuários, por ser a língua própria desses indivíduos, que possibilita que os profissionais de saúde executem o atendimento com equidade, igualdade e inclusão. Assim como toda a sociedade, essa população necessita de uma assistência à saúde com qualidade; precisa ser orientada e compreendida. Somente a troca de informações, de conhecimentos, de experiências proporciona o autocuidado, a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde (MARQUETE; COSTA; TESTON, 2018).

Um das categorias geradas no artigo A5 aborda as barreiras encontradas pelos surdos nos serviços de saúde, destacando os entraves comunicativos entre os profissionais de saúde ouvintes e as pessoas surdas que buscam atendimento. O fazer em saúde, por envolver aspectos relacionais, exige práticas de cuidados que considerem as habilidades de comunicação interpessoal. As dificuldades de comunicação e de informação entre profissionais que prestam




assistência e usuários que buscam os serviços de saúde podem comprometer o cuidado, em razão da dificuldade de entendimento mútuo, e configurar, assim, falha no atendimento humanizado e inclusivo. Os obstáculos vivenciados se tornam ainda mais preocupantes, quando uma comunicação inadequada pode comprometer o diagnóstico dos problemas de saúde e o tratamento do paciente (NÓBREGA et al., 2017).

O artigo A6 conclui que existem barreiras para os surdos, devido à dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde e que o conhecimento de LIBRAS pela equipe de saúde facilitaria a relação profissional-paciente (KARSTEN et al., 2017).

Apesar da formação em Enfermagem, bem como outras áreas da saúde, ter uma concepção voltada para a humanização do atendimento, ainda existe a necessidade de maior preparo durante a Graduação, momento destinado literalmente ao aprendizado e à preparação para o campo de trabalho, como visto no Artigo A10. Assim, é de fundamental importância proporcionar meios que facilitem a participação desses profissionais em cursos ou disciplinas, para o aprendizado e formação no idioma LIBRAS. Esse “contato de saberes” humanizaria o atendimento aos clientes surdos e, por consequência, resultaria em maior inclusão desses indivíduos (BRITO et al., 2015).

(C) VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EM LIBRAS PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES DEFICIENTES AUDITIVOS

Segundo Magalhães et al. (2019), o artigo A1 trouxe que as tecnologias educativas no âmbito da saúde são apresentadas como instrumentos facilitadores no processo ensino-aprendizagem e utilizadas como meio de compartilhamento de conhecimento, proporcionando ao indivíduo troca de experiências conducentes ao aprimoramento de habilidades. Dessa forma, a tecnologia educativa é vista como uma ferramenta a ser utilizada pelos profissionais da saúde em suas práticas diárias, a fim de atuarem na promoção e na prevenção por meio da Educação em Saúde. Dessa forma, o vídeo é relevante para facilitar o ensino e a aprendizagem da comunicação com as pessoas surdas e auxiliar nas ações de autocuidado, de promoção e de prevenção à saúde. Essa característica situa o material desenvolvido como uma tecnologia inovadora que atende ao princípio da integralidade do cuidado e pode ser uma ferramenta eficaz na assistência em saúde prestada pelo Enfermeiro, sendo este membro ativo nos processos de promoção e de prevenção à saúde da população.



De acordo com Aragão et al. (2015), no artigo A7, muitos sinais e sintomas podem sugerir hábitos de vida de risco para o desenvolvimento de doenças, sendo importante a identificação correta dos sinais linguísticos em LIBRAS. Portanto, o estudo buscou validar o conteúdo de expressões em LIBRAS, acerca de sinais, sintomas e doenças/agravs em saúde de pessoas com surdez, para nortear profissionais sobre o conhecimento em LIBRAS, facilitar a comunicação e melhorar a prestação de cuidados em saúde. Outra pesquisa verificou que a dificuldade de acesso de pessoas com surdez aos serviços de saúde relaciona-se, diretamente, com a comunicação e os autores sugerem a necessidade de pesquisas sobre o tema.


A proposta do Artigo A8 é de que, na Educação Infantil, haja espaço de constituição da língua de sinais para os alunos surdos, que vão adquirir a língua na instituição escolar. Portanto, a troca dialógica com sujeitos falantes da LIBRAS só favorecerá esse processo e, assim, no Ensino Fundamental, se o aluno já fizer uso de uma língua efetiva, o conteúdo a ser trabalhado será mais facilmente assimilado. Destaca-se, ainda, que a atividade de intérpretes nessa etapa de ensino não se mostra eficiente, já que a aprendizagem por processos tradutórios é uma habilidade que requer conhecimento da língua e apresenta-se como uma tarefa mais complexa (MARTINS; ALBRES; SOUSA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da revisão integrativa da literatura, foi possível identificar que o uso da LIBRAS como recurso em saúde com crianças e/ou adolescentes ainda é escasso, entretanto, já existem estudos relacionados com a temática da importância na área da comunicação para o paciente surdo no ambiente de saúde. O estudo identificou, ainda, que a restrição da comunicação enfrentada pela comunidade surda é um fator de agravo para o autocuidado, a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde.

Este estudo buscou informações para compreender os diferentes recursos em saúde com o uso da LIBRAS e possibilitou o levantamento de estudos executados na área. Os resultados evidenciam a importância do tema e fornecem subsídios de estratégias de intervenção para desenvolvimento da continuação de estudos/investigações futuras no âmbito da LIBRAS como recurso de saúde.

Por fim, ressalta-se a importância da LIBRAS para o público tanto infantil, como jovem e adulto no âmbito da saúde, por ser uma das áreas de extrema importância para atuar na



inclusão desse público que necessita de um atendimento de forma integral e humanizado. Assim, pesquisas científicas podem colaborar com a melhoria desse aspecto na atenção à saúde.

Como limitação deste estudo, destaca-se que esta revisão da literatura não trouxe respostas definitivas quanto o uso da LIBRAS como recurso em si no atendimento à saúde com o público pediátrico. Essa questão deve servir de estímulo para o desenvolvimento de pesquisas que busquem desvendar essa área na saúde com o uso de uma nova abordagem para fins terapêuticos.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. S. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *RLAE*, v.23, n.4, p.669-676, 2015. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00669.pdf> Doi: 10.1590/0104-1169.0214.2602.

BARBOSA, M. A. et al. A Linguagem Brasileira de Sinais – um desafio para a assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*. v.7, n.3, p.247-51, 2003.

BRITO, L. M. et al. O enfermeiro e os desafios da inclusão: outros "entrelugares" da formação e da prática profissional. *Comun. ciênc. Saúde*. v.26, n.1/2, p.61-68, 2015.

BRUNO, M. M. G.; LIMA, J. M. S. As formas de comunicação e de inclusão da criança Kaiowá surda na família e na escola: um estudo etnográfico. *Rev. bras. educ. espec.* v.21, n.1, p.127-142, 2015.

COFEN - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007.

GUIMARÃES, V. M. A. et al. Surdez e sexualidade: uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. v.19 n.2 p.387-405, 2019.


KARSTEN, R. M. L. et al. Comunicação do surdo com profissionais de saúde na busca da integralidade. *Saude e pesqui. (Impr.)*. v.10, n.2, p.213-221, 2017.

MAGALHÃES, I. M. O. et al. Validação de tecnologia em libras para educação em saúde de surdos. *Acta paul. Enferm.* v.32, n.6, p.659-666, 2019.

MARQUETE, V. F.; COSTA, M. A. R.; TESTON, E. F. Comunicação com deficientes auditivos na ótica de profissionais de saúde. *Rev. baiana enferm, Salvador*. v.32, e24055, 2018.

MARTINS, V. R. O.; ALBRES, N. A.; SOUSA, W. P. A. Contribuições da Educação Infantil e do brincar na aquisição de linguagem por crianças surdas. *Pro-Posições*. v.26, n.3, p.103-124, 2015.

MISSY, H. et al. The elephant in the room: the need for increased integrative therapies in conventional medical settings. *Children*. v.5, n.11, p.154, 2018. Doi: 10.3390/children5110154.



NOBREGA, J. D.; MUNGUBA, M. C.; PONTES, R. J. S. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Revista brasileira em Promoção da Saúde*. v.30, n.3, 2017.

RIGO, N. S. Reflexões sobre o contexto artístico-cultural de atuação do tradutor-intérprete de línguas de sinais. *Rev de Linguagem e Literatura*. v.8, n.1, p.31-41, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User%20Lenovo/Downloads/6466-22443-1-PB.pdf> Doi: <http://dx.doi.org/10.18224/gua.v8i1.6466>

ROVERE, N. C.; LIMA, M. C. M. P.; SILVA, I. R. A comunicação entre sujeitos surdos com diagnóstico precoce e com diagnóstico tardio e seus pares. *Distúrb Comum*. v.30, n.1, p.90-102, 2018.

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

LONE Z. et al. Art heals: does Art therapy help in the recovery of patients after major oncologic surgery? *The Journal of Urology*. v.201, n.4S, p.e1116, 2019.



CAPÍTULO 5

QUALIDADE DE VIDA EM ONCOLOGIA SOB A PERSPECTIVA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

[Lorena Oliveira Alves](#), Enfermeira, Residente multiprofissional em saúde da criança SES-DF

[Ana Cláudia Afonso Valladares-Torres](#), Enfermeira psiquiátrica, Prof^a Dr^a UnB

[Diane Maria Scherer Kuhn Lago](#), Enfermeira, Prof^a Dr^a UnB

RESUMO


Este estudo objetivou compreender o impacto do câncer na qualidade de vida de crianças e de adolescentes com câncer. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura disponível nas bases de dados PubMed, SciELO, SCOPUS e LILACS. Os escores de qualidade de vida foram significativamente menores durante e após o tratamento. Salienta-se a lacuna na produção de conhecimento sobre esse tema no contexto brasileiro.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Câncer; Neoplasia, Enfermagem pediátrica; Saúde mental.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito bem abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física da pessoa, por seu estado psicológico, suas crenças pessoais, suas relações sociais e seu relacionamento com características importantes de seu ambiente (OMS, 2020). Portanto, em virtude de ser algo subjetivo e multidimensional torna-se difícil de ser mensurada, pois envolve múltiplos significados. (ROCHA et al., 2016). Além disso, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente ou contexto e mesmo entre duas pessoas inseridas em um contexto similar (PEREIRA, TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) descreve câncer como um conjunto de mais de 100 doenças, que surgem a partir de uma mutação genética, e têm em comum o crescimento desordenado de células, que, por sua vez, invadem tecidos e órgãos. Essas células multiplicam-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, acarreta a formação de tumores e pode espalhar-se para outras regiões do corpo, isto é, metástase (INCA, 2020). O desenvolvimento do câncer decorre de uma influência mútua entre fatores endógenos e



exógenos, sendo o mais evidente desses fatores a dieta (GARÓFOLO et al., 2004). A maioria das causas de tumores infantis ainda é uma incógnita. Do ponto de vista clínico, os tumores pediátricos normalmente desenvolvem-se velozmente e são mais agressivos, contudo respondem melhor ao tratamento (REIS; SANTOS; THULER, 2007).

Estima-se que, no Brasil, para cada ano do Biênio 2018-2019 ocorreram 420.000 casos novos de câncer. Atualmente, 80% das crianças e adolescentes são acometidos por essa doença, entretanto se houver um diagnóstico precoce e um tratamento adequado, as crianças e adolescentes podem ser curados ou terem uma boa qualidade de vida. Igualmente, em virtude da combinação de tratamentos, aumentou-se a sobrevida desse público em longo prazo. Vale ressaltar que, assim como nos países desenvolvidos, no Brasil, o câncer infantojuvenil representa a primeira causa de morte por doenças, isto é, 8% do total, entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de idade (INCA, 2021).

Quando se trata de Oncologia Pediátrica, a qualidade de vida torna-se bastante reduzida pelas próprias particularidades das crianças e dos adolescentes, como a imaturidade física e emocional desse grupo (STENMARKER et al., 2018; NUNES et al., 2019). Crianças ou adolescentes com câncer que enfrentam um tratamento quimioterápico, por exemplo, experimentam, além das repercussões geradas pela doença em si, muitos efeitos adversos (AGUILAR, 2017; ABDULAH, ABDULLA, 2018). É preciso lembrar, ainda, que demais terapêuticas como radioterapia, cirurgia, transplante de medula óssea, entre outras, demandam uma necessidade de cuidados maior, em virtude dos efeitos colaterais agudos que provocam. Exige profissionais capacitados para ofertar um cuidado humanizado e seguro para a criança e sua família e favorecer uma melhoria da qualidade de vida de todos (INCA, 2014).

Pensando nessa problemática, questiona-se saber por meio da perspectiva da criança e do adolescente qual o impacto do câncer na qualidade de vida desse paciente e quais as repercussões negativas das várias áreas, a saber: psicológica, física, social, autoimagem, familiar, financeira ou escolar, quando se vivencia essa doença sobre a infância ou a adolescência.

De posse desse levantamento, delimita-se como objetivo geral compreender e discutir a qualidade de vida de crianças e adolescentes com câncer. E como objetivo específico, analisar as diversas áreas impactadas na qualidade de vida de crianças e/ou adolescentes com câncer.


INTRODUÇÃO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método que possibilita sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado. Foram percorridas as seguintes etapas para o desenvolvimento da pesquisa: identificação do tema e seleção da pergunta norteadora, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; a interpretação dos resultados, apresentação da revisão; e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Determinou-se, como tema, qualidade de vida em Oncologia sob a perspectiva da criança ou do adolescente, objetivando responder à seguinte questão norteadora: Qual o impacto do câncer na qualidade de vida da criança ou do adolescente sob a perspectiva deles próprios? Quais as repercussões negativas das várias áreas, a saber: psicológica, física, social, espiritual, autoimagem, familiar, financeira ou escolar, quando se vivencia esta doença sobre a infância ou a adolescência? Para a construção da pergunta adequada para a resolução da questão pesquisada, utilizou-se a estratégia PICO com “P” correspondendo à população - crianças ou adolescentes; “I” ao interesse - qualidade de vida; e “Co” ao contexto – câncer (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

Depois de estabelecida a questão norteadora, as seguintes bases de dados foram utilizadas como fontes de levantamento dos estudos: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed) e SCOPUS. Também se realizou a pesquisa no portal da Biblioteca Virtual em Saúde, nas seguintes bases das ciências da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE.

Os descritores controlados foram preestabelecidos, partindo-se da consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/Bireme), nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH). A busca dos artigos foi realizada no mês de abril de 2020; recorreu-se à pesquisa avançada das bases de dados, cruzaram-se os descritores entre si, por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”. A estratégia de busca ocorreu a partir das diferentes combinações das palavras-chaves: “qualidade de vida” (“*quality of life*”), “*qualidade de vida relacionada à saúde*” (“*Health-related quality of life*”), “criança” (“*child*”), “adolescente” (“*adolescent*”), “câncer” (“*cancer*”), “neoplasia” (“*neoplasms*”) e “*Autopercepção*” (“*self*



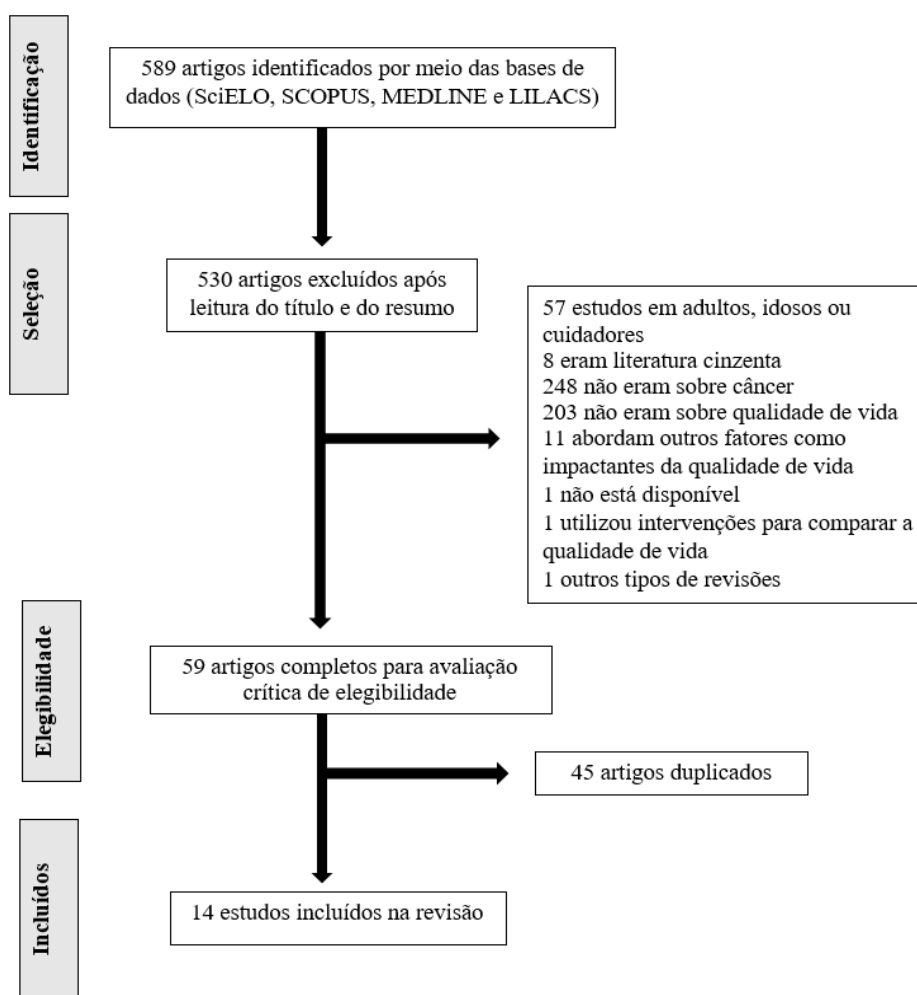
perception”). As buscas foram realizadas com os termos em Inglês, pois isso aumenta o número de resultados recuperados, visto que a literatura científica é, em sua maioria, publicada nesse idioma (PORTAL DE PERIÓDICOS CAPES/MEC, 2020). Para atender aos critérios de inclusão, utilizaram-se, ainda, os seguintes filtros: idiomas Inglês, Português e Espanhol. Os termos compostos foram pesquisados entre aspas, pois, nas tentativas de busca sem esse recurso, a maioria dos artigos encontrados abordavam temas que não interessavam a esta revisão.

Os critérios de inclusão, estabelecidos, foram: artigos científicos disponíveis na íntegra nos idiomas Inglês, Português e Espanhol com seus respectivos resumos disponíveis; publicados e indexados nas bases de dados supracitadas, cuja temática respondesse à pergunta norteadora, publicados entre 2000 e 2020. Excluíram-se os que focalizavam outras temáticas, os que apresentassem só o resumo on-line e que incluíssem na pesquisa outros grupos, como, por exemplo, população adulta ou idosa, dissertações e teses, artigos em outros idiomas, relatos de casos, artigos de opinião e outros tipos de revisão.

O material bibliográfico resultante da busca foi submetido a leitura minuciosa para assegurar que os artigos contemplavam a pergunta norteadora da revisão. A análise dos dados desta revisão integrativa foi elaborada utilizando-se um quadro de autoria própria, para a extração e síntese dos resultados de maneira concisa, contendo as seguintes informações: título do artigo, país de origem, área de atuação dos autores, ano de publicação, objetivos, amostra, faixa etária dos participantes do estudo e instrumento para avaliar a qualidade de vida. A síntese apresenta-se resumida no Quadro 1.

As buscas nas bases de dados pesquisadas capturaram 589 referências, sendo 301 na MEDLINE (PubMed), 222 na SciELO, 21 na SCOPUS, e 45 na BVS (sendo 43 da MEDLINE e 2 da LILACS) e nenhum nas bases BDENF, CINAHL, COCHRANE, PePSIC e PsycINFO. Desses, foram excluídos 530 artigos (Figura 1). Após a exclusão de 45 duplicatas, selecionaram-se quatorze estudos para serem lidos na íntegra, sendo todos incluídos nos resultados desta revisão.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão integrativa da literatura, Brasília, DF, Brasil, 2021



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Seis diferentes questionários para avaliação da QVRS foram utilizados nos estudos incluídos nesta revisão. Salienta-se que alguns estudos utilizaram mais de um instrumento para avaliar a qualidade de vida. Oito estudos utilizaram o questionário *Quality of Life Inventory questionnaire* (PedsQL 4.0) módulo para qualidade de vida, dois estudos utilizaram o módulo para câncer *Quality of Life Inventory questionnaire* (PedsQL 3.0). Três estudos utilizaram o questionário KIDSCREEN-52. Um dos estudos utilizou o questionário *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-ELD15). E, por fim, três questionários foram utilizados de formas independentes, sendo um em cada estudo diferente, para avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes, são eles, *Youth Quality of Life Instrument Facial Differences* (YQOL-FD), *Pediatric Outcomes Data Collection Instrument* (PODCI) e *Child Health Questionnaire* (CHQ).

Entre os países onde foram realizadas as pesquisas, identificou-se predomínio nos Estados Unidos, no Reino Unido e na Holanda, com dois trabalhos em cada. Países como Portugal, Turquia, França, Inglaterra, Coreia, Jordânia, China e Itália aparecem com apenas um estudo cada, demonstrando o ainda limitado número de pesquisas na temática.

Com relação à área de inserção dos autores, a maioria dos estudos, isto é, cinco deles, é proveniente da Medicina, quatro da Psicologia, seguidos por quatro estudos da Enfermagem e um deles, multiprofissional. A caracterização dos estudos selecionados, segundo variáveis de interesse estão representadas no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados, segundo variáveis de interesse. Brasília, DF, 2021.

Ano/ Autor/ País/ Área de atuação	Título	Objetivo(s)	Amostra	Faixa Etária	Questionários
2000 Calaminus et al. Estados Unidos Medicina	Quality of life in children and adolescents with cancer. First results of an evaluation of 49 patients with the PEDQOL questionnaire	O objetivo do estudo foi avaliar como as crianças com câncer refletem sobre sua QV em comparação às crianças saudáveis da mesma idade. E descobrir se existem diferenças significativas na QV entre crianças com distúrbios hematológicos e crianças com tumores sólidos, quais domínios são afetados.	49 crianças	8-18 anos	PEDQOL
2007 Dijk et al. Holanda Psicologia	Health-related quality of life of child and adolescent retinoblastoma survivors in the Netherlands	Avaliar a QVRS em crianças e adolescentes que sobreviveram ao retinoblastoma (RB), por meio do questionário de autorrelato KIDSCREEN e da versão do proxy-report.	65 crianças e adolescentes	8-18 anos	KIDSCREEN-52
2007 Frances et al. Estados Unidos Medicina	What is quality of life in children with bone sarcoma?	Avaliar a QV percebida em crianças submetidas a tratamento cirúrgico para sarcoma ósseo primário	43 crianças e adolescentes	11-18 anos	PODCI
2009 Speyer et al. França Medicina	Agreement between children with cancer and their parents in reporting the child health-related quality of life during a stay at the hospital and at home	Determinar o nível de concordância nos relatos de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) entre pais de crianças com câncer e as próprias crianças durante uma estadia no hospital e uma estadia em casa.	58 crianças	9-18 anos	CHQ
2012 Li et al. China Enfermagem	A descriptive study of the psychosocial well-being and quality of life of childhood cancer survivors in Hong Kong	O objetivo deste estudo foi descrever o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida de sobreviventes chineses de câncer na infância em Hong Kong.	137 sobreviventes de câncer infantil	9-16 anos	PedsQL 4.0

2014 Van Riel et al. Holanda Enfermagem	Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour	Avaliar a autopercepção e a QV de adolescentes durante ou até três meses após o tratamento adjuvante de um tumor ósseo maligno primário.	10 adolescentes	15 anos	KIDSCRE EN-52
2014 Rhee et al. Coréia Psicologia	Impact of psychological and cancer-related factors on HRQoL for Korean childhood cancer survivors	Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) entre sobreviventes de câncer infantil coreano e controles saudáveis e examinar o impacto de variáveis demográficas, de diagnóstico/ tratamento e psicológicas nas variáveis físicas e psicossociais saúde em sobreviventes.	110 sobreviventes de câncer infantil	8-12 anos	PedsQL 4.0
2014 Canning, Bunton e Talbot Robinson. Reino Unido Psicologia	Psychological, demographic, illness and treatment risk factors for emotional distress amongst paediatric oncology patients prior to reaching 5-year survivorship status	Este estudo multicêntrico transversal teve como objetivo determinar fatores de risco psicológico, demográfico, de doença e de tratamento para sofrimento emocional entre pacientes oncológicos pediátricos.	74 crianças e adolescentes	12-18 anos	PI-ED, SDQ-II, PedsQL 4.0 e PedsQL 3.0
2015 Batalha, Fernandes e Campos. Portugal Enfermagem	Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais	Descrever a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) de crianças com câncer; avaliar a concordância entre auto e heterorrelato; e identificar fatores influenciadores das divergências no auto e heterorrelato.	75 crianças	8-17 anos	PedsQL 3.0
2016 Baytan et al. Turquia Medicina	Health-Related Quality of Life, Depression, Anxiety, and Self-Image in Acute Lymphocytic Leukemia Survivors	Investigar a qualidade de vida relacionada à saúde, depressão, ansiedade e autoimagem entre todos os sobreviventes de leucemia linfocítica aguda.	50 adolescentes	13-18 anos	PedsQL 4.0 e OSIQ
2016 Al-Gamal e Long. Jordânia Enfermagem	Health-related quality of life and its association with self-esteem and fatigue among children diagnosed with cancer	Identificar os vínculos entre autoestima, fadiga e QVRS para crianças e jovens durante e após o tratamento do câncer.	70 crianças	5-16 anos	PedsQL 4.0 e PedsQL Multidimensional Fatigue Scale
2017 Cipolletta Spina e Spoto. Itália Psicologia	Psychosocial functioning, self-image, and quality of life in children and adolescents with neurofibromatosis type 1	O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes com neurofibromatose tipo 1, assim como avaliar o estado mental deste grupo e dos seus pais, e comparar com às crianças saudáveis da mesma idade.	60 crianças e adolescentes	6-17 anos	PedsQL 4.0
2018 Sodergren et al. Inglaterra Multiprofissional	Does age matter? A comparison of health-related quality of life issues of adolescents and young adults with cancer	Comparar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de adolescentes e adultos jovens (AYAs) com idades entre 14 e 25 anos com as de adultos mais velhos (26 a 60 anos) com câncer.	33 jovens e 25 idosos	14-60 anos	EORTC QLQ-C30 e EORTC QLQ-ELD15

2018 Vaarwerk, Scoot e Maurice-Stam. Reino Unido Medicina	Psychosocial well-being of long-term survivors of pediatric head-neck rhabdomyosarcoma	Avaliar o bem-estar psicossocial dos sobreviventes de rhabdomyosarcoma de cabeça e pescoço e examinar se os resultados psicossociais estavam associados ao ônus da terapia.	75 sobreviventes de câncer infantil	0-18 anos	PedsQL 4.0, KIDSCRE EN-52, YQOL-FD e SWA.
---	---	---	--	--------------	--

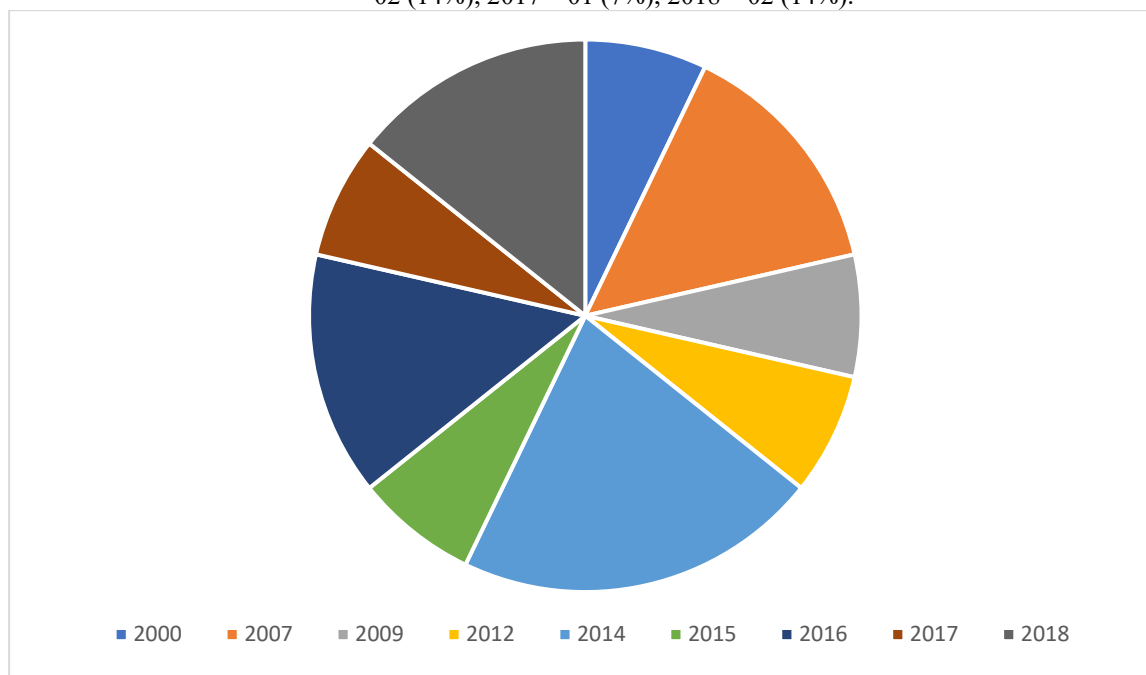
Fonte: Dados da pesquisa (2021)

No total, foram incluídos nos estudos 909 pacientes, isto é, crianças e adolescentes, com idades entre 5 e 18 anos. Apenas um dos estudos incluiu pacientes idosos e outros adultos, para comparar a qualidade de vida entre os grupos.

Os diagnósticos oncológicos correspondentes aos estudos dividem-se em dois grandes grupos: neoplasias hematológicas (leucemias e linfomas), e tumores sólidos (neuroblastoma, neurofibromatose, tumor de Wilms, retinoblastoma, rhabdomyosarcoma, osteossarcoma, hepatoblastoma, tumores de células germinativas, melanoma, carcinoma mamário, pulmonar, renal, cerebral, colorretal, ginecológico e testicular). Diferentemente dos adultos, a neoplasia maligna em crianças, na maioria dos casos, origina-se de tecidos germinativos. E por conter essa origem mais comum, determina altas taxas de sobrevida, pois esses tumores apresentam alta sensibilidade para quimioterapia e radioterapia e alcançam a cura na maioria dos casos (BOUZAS; CALAZANS, 2007).

Em relação aos anos de publicação evidenciamos que, no ano de 2014, ocorreu o pico de produção de artigos sobre o impacto do câncer na qualidade de vida relacionada à saúde, majoritariamente em crianças (22%), e os outros anos apresentaram uma produção quantitativamente homogênea (7 a 15%), de acordo com o Gráfico 1 a seguir:

SOLIVITEI REENVIO Gráfico 1. Distribuição dos estudos selecionados segundo o ano de publicação. 2000 – 01 (7%), 2007 – 02 (15%), 2009 – 01 (7%), 2012 - 01 (7%), 2014 – 03 (22%), 2015 – 01 (7%), 2016 – 02 (14%), 2017 – 01 (7%), 2018 – 02 (14%).



Fonte: Dados da pesquisa (2021)

Pode-se perceber que, na classificação quanto ao idioma, 93 % foram publicados em Inglês e 7% em Português. Apesar de o idioma inglês prevalecer, observa-se que diversas regiões mundiais foram citadas nos artigos desta revisão integrativa.

Em relação às alterações na QVRS, percebeu-se que crianças têm uma percepção melhor da qualidade de vida de si mesmas que os pais. O foco dos estudos de Batalha, Fernandes e Campos (2015), Speyer et al. (2009), Dijk et al. (2007) foi comparar o nível de concordância entre pais e filhos. Contudo, observou-se que os pais tendem a ter estimativas mais baixas, justificadas pela tendência de os pais projetarem nos filhos a sua própria QVRS.

O primeiro estudo supracitado, e ainda o desenvolvido por Sodergren et al. (2018) demonstraram que crianças manifestaram baixos escores de QVRS na subescala de preocupações genéricas; isso indica que eles se preocupam com efeitos secundários do tratamento, sua eficácia e recorrência da doença, plano de vida interrompidos, hobbies e atividades de lazer. Para além disso, as crianças mostraram baixos escores nas subescalas náusea e dor, como consequência do tratamento envolvendo multidrogas.

Já o segundo estudo comparou a QV da criança durante a internação domiciliar e hospitalar e mostrou que os escores durante a internação hospitalar são sempre menores do que os da internação domiciliar. Durante a permanência no hospital, as crianças relataram fadiga,

letargia, depressão e tristeza em grande parte do tratamento. Além disso, relataram que a própria internação desencadeava o pensamento de que nunca sairiam do hospital. Conclui-se que a hospitalização desencadeia problemas sociais para a criança, pelas próprias particularidades da doença, e também pelos efeitos colaterais do tratamento.

Os escores de QV física, mental, social, sexual e familiar, foram significativamente menores durante e após o tratamento. Nos estudos avaliados, a qualidade de vida entre os gêneros diferiu. No estudo desenvolvido por Dijk et al. (2007), os resultados indicaram que crianças e adolescentes do gênero feminino relataram melhor qualidade de vida relacionada à saúde, do que o os do gênero masculino. Portanto, no estudo de Al-Gamal e Long (2016), os meninos tiveram melhor qualidade de vida e melhor funcionamento físico do que as meninas. A idade foi negativamente associada às dimensões de bem-estar psicológico, de apoio social e de colegas e relações com os pais, a casa e a vida.

Os resultados das análises mostraram que o tempo de sobrevivência, a duração do tratamento, a modalidade de tratamento, cirurgia, gravidade do efeito tardio, e local de tratamento estiveram significativamente associados a baixos escores de saúde física e psicossocial. Entre os estudos que avaliaram a QVRS em períodos que compreendiam o pós-tratamento, a maioria demonstrou que sobreviventes que apresentaram sequelas, ou seja, alguma deficiência, obtiveram menores escores em auto percepção.

A qualidade de vida tem oscilações durante o tratamento e, portanto, constatou-se que crianças com tumores sólidos têm um menor comprometimento da qualidade de vida do que crianças com neoplasias hematológicas. Um dos fatores que pode impactar de forma negativa a QVRS dos pacientes é o número de hospitalizações e o maior tempo no diagnóstico.

Quadro 2. Resumo dos principais resultados dos estudos analisados na revisão integrativa. Brasília, DF, 2021.

Autor	Resultados
Calaminus et al.	O questionário PEDQOL foi uma boa medida aceita entre as crianças examinadas. Em geral, a qualidade de vida foi pontuada bem, tanto por crianças saudáveis quanto por crianças doentes. No grupo de crianças com leucemia/linfoma, o comprometimento da qualidade de vida foi mais aparente do que em crianças com tumores sólidos (nos domínios de autonomia, funcionamento emocional, cognição e interações familiares). Sobreviventes de tumores sólidos relataram menor comprometimento da qualidade de vida, o que foi visto, principalmente, no funcionamento físico e na imagem corporal. Crianças com tumores sólidos apresentam menos prejuízo do que crianças com leucemia/linfoma. Assim, pode-se sugerir que a idade jovem no diagnóstico e o período mais longo seguinte de dependência do apoio familiar, o isolamento dos grupos de pares e o maior caminho para se tornarem independentes podem ter-se refletido nesses resultados.
Dijk et al.	Meninas sobreviventes à RB relataram melhor qualidade de vida relacionada à saúde do que os meninos na dimensão “humores e emoções” (MD = 7,6: t [13] = 2,7, p = 0,019), enquanto adolescentes sobreviventes do gênero feminino relataram melhor QVRS na dimensão “humor” e “emoções”. (MD = 5,8: t [15] = 2,3, p = 0,033), mas também nas dimensões “autonomia” (MD = 4,4: t [15] = 2,1, p = 0,05), “escola” (MD = 5,5: t [15] = 3,2, p = 0,005) e “financeiro” (MD = 4,9:

	<p>t [15] = 2,3, p = 0,037) que seus grupo de referência. A idade foi negativamente associada às dimensões “bem-estar psicológico” (R2 = 0,117, p = 0,006), “apoio social e colegas” (R2 = 0,083, p = 0,024) e “relações com os pais, com a casa e com a vida” (R2 = 0,110, p = 0,008). Sobreviventes de RB adolescentes pontuaram mais baixo em todas essas subescalas do que os jovens sobreviventes. As percepções relacionadas à QVRS diferem substancialmente entre pais e filhos, ou seja, os pais julgam que a QVRS do filho é relativamente mais pobre. Aumento da classificação na QVRS em sobreviventes de RB foi observado, principalmente, nas percepções de crianças mais jovens e de meninas adolescentes. Sobreviventes de RB com acuidade visual normal obtiveram maior pontuação em “bem-estar físico” do que sobreviventes com deficiência visual. A “autopercepção” também foi negativamente associada à acuidade visual (de acordo com a criança).</p>
Frances et al.	<p>O gênero foi um preditor clínico para a QV percebida, com as meninas relatando menores escores em Esportes/Funcionamento Físico (49 versus 72, p 0,004), Dor/Conforto (70 versus 90, p 0,001) e Funcionamento Global (77 versus 89, p 0,002). O tipo de cirurgia não afetou significativamente a percepção de QV. No que diz respeito a fatores específicos do tumor, pacientes com tumores de extremidade inferior relataram escores piores do que pacientes com envolvimento na extremidade superior no funcionamento esportivo/físico (57 versus 89, p 0,01) e função global (82 versus 94, p 0,042). Pacientes com tumor menor que 8 cm relataram escores melhores do que pacientes com tumor de 8 cm ou maior em Esportes/Funcionamento Físico (72 versus 52, p 0,042), Função Global (88 versus 80, p 0,042) e Extremidade Superior (100 versus 97, p 0,044). Idade, subtipo de diagnóstico, estadiamento de Enneking, presença de metástases ou recidiva, e tipo de cirurgia não influenciaram a percepção de QV nesse grupo. Comparadas às crianças sem diagnóstico ortopédico ou tumoral, as crianças com sarcoma ósseo obtiveram pior pontuação em Transferência/Mobilidade Básica (94 versus 100, p < 0,05) e Esportes/ Função Física (62 versus 97, p < 0,05).</p>
Speyer et al.	<p>A concordância entre os pais e os filhos que têm câncer ao relatar a QVRS da criança diferiu de acordo com o local da estadia. Para a permanência em casa, o resultado foi melhor para os domínios relacionados à vida física (P = 0,02) da criança, e dor corporal (P = 0,03), mas para a internação, foi melhor para os domínios relacionados ao comportamento, saúde mental, função física e domínios gerais da saúde. O estudo mostrou que os escores durante a internação hospitalar são sempre menores do que para a internação domiciliar. As maiores diferenças são observadas nos seguintes domínios: atividade familiar com -17,9 e -15,6, para crianças e pais respectivamente; saúde mental, com -13,4 e -13,7, e efeito/físico, com -14,7 e -16,7. Durante a estadia domiciliar, os domínios entre pais e filhos que mais se diferiram foram autoestima, atividades familiares, dor corporal e domínios gerais de saúde. Contudo para a internação hospitalar observou-se discordância entre autoestima.</p>
Li et al.	<p>Um número significativo de sobreviventes de câncer na infância apresentou baixa autoestima e experimentou altos níveis de depressão. O estudo também indicou que maiores sintomas de depressão em sobreviventes de câncer na infância foram associados a maior ansiedade do estado, menor autoestima e baixa qualidade de vida.</p>
Van Riel et al.	<p>Adolescentes com tumor ósseo maligno primário apresentaram escores consistentemente menores na QV em comparação com pares saudáveis, isto é, durante ou até três meses após o tratamento adjuvante significativamente nos domínios de bem-estar físico (p < 0,002), autonomia (p < 0,02), apoio social e colegas (p < 0,04) e escola ambiente (P ¼ 0,02). Contudo, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes com tumor ósseo e seus pares saudáveis, no questionário de autopercepção.</p>
Rhee et al.	<p>Os resultados mostraram que os sobreviventes obtiveram menor pontuação nos domínios de saúde física e psicossocial do que controles saudáveis (a pontuação média do grupo controle é de 88,14 (físico), 88,73 (psicossocial), semelhante ao escore de norma do PedsQL. Os resultados das análises univariadas mostraram que o tempo de sobrevivência, a duração do tratamento, a modalidade de tratamento, a cirurgia cerebral, a gravidade do efeito tardio, o autoconceito e os comportamentos problemáticos estiveram significativamente associados aos escores de resumos de saúde física e psicossocial.</p>
Canning, Buntone	<p>Análises hierárquicas de regressão múltipla demonstraram que os fatores demográficos, de doença e de tratamento explicaram pouca variação no sofrimento emocional. O autoconceito global, a qualidade de vida relacionada à saúde, genérica e genérica global (QVRS) foram preditores</p>

Talbot Robinson.	significativos. As análises provisórias de regressão múltipla indicaram que dor/mágoa, preocupações relacionadas à doença, dificuldades de comunicação e auto-opiniões negativas em relação às habilidades matemáticas, relações com os pais e relações com pares do sexo oposto foram fatores de risco para sofrimento emocional nesta amostra. Os testes t de amostra pareada e os coeficientes de correlação de momento de Pearson mostraram que os relatórios dos pacientes e dos pais sobre os autoconceitos e a QVRS dos pacientes eram altamente consistentes.
Batalha, Fernandes e Campos	A QVRS percebida pela criança ($66,0 \pm 13,3$) é melhor que a percebida pelos pais ($60,3 \pm 15,0$). No autorrelato, os melhores resultados verificaram-se nas subescalas “percepção da aparência física” ($79,0 \pm 21,2$) e “ansiedade nos tratamentos” ($79,0 \pm 27,2$). No heterorrelato, a pontuação mais elevada foi nas subescalas “comunicação” ($78,6 \pm 22,8$) e “percepção da aparência física” ($70,8 \pm 24,8$). A pior pontuação, tanto no auto como no heterorrelato, apurou-se nas subescalas “preocupação” e “náusea”. O primeiro indica que ambos se preocupam com os efeitos secundários dos tratamentos, sua eficácia e recorrência da doença. A “dor” foi outra das subescalas onde crianças e pais manifestaram baixos scores de QVRS. Crianças mais novas, as do gênero masculino, as que têm diagnóstico de tumor líquido, as que têm menos tempo de diagnóstico e aquelas com menor número de hospitalizações, apresentaram melhor QVRS.
Baytan et al.	O escore total de qualidade de vida de todos os sobreviventes foi significativamente menor em comparação com o de seus irmãos. Todos os sobreviventes de câncer apresentaram maior depressão, mais sintomas de ansiedade, menor qualidade de vida e autoimagem mais negativa, quando comparados aos seus irmãos incluindo os domínios psicológico, social, sexual e familiar. Os escores de depressão e qualidade de vida foram significativamente menores após o tratamento nos sobreviventes de dois a cinco anos após a doença, quando comparados aos sobreviventes de seis a dez anos ou mais.
Al-Gamal e Long	O câncer infantil exerce impactos significativos na qualidade de vida das crianças, fadiga e autoestima. As crianças com alto nível de fadiga experimentaram menor qualidade de vida. Os resultados indicaram que os meninos tiveram melhor qualidade de vida e melhor funcionamento físico do que as meninas.
Cipolletta, Spina e Spoto	Os resultados deste estudo mostram que o funcionamento psicológico, social, comportamental, a QV e autoimagem de crianças/adolescentes com NF1 foram todos comprometidos em comparação com participantes saudáveis. Os participantes com NF1 relataram problemas de ansiedade, especialmente aqueles em termos de ansiedade geral $F(1.115) = 6.69, p < 05$; e social $F(1.115) = 5.02, p < 05$. O resultado no que diz respeito ao nível de depressão, foi maior em indivíduos com NF1 do que em saudáveis. O estudo também considerou a perspectiva dos pais, e na linha dos achados, os pais de crianças com NF1 relataram preocupações quanto à socialização, ao desempenho escolar e à atenção.
Sodergren et al.	Em geral, de acordo com a avaliação dos grupos incluídos no estudo, isto é, jovens com câncer e adultos, observou-se que ambos têm em comum preocupações gerais com a QVRS, em decorrência do tratamento, são elas, preocupações genéricas que incluem sintomas (como dor, cansaço, energia, perda de força), impacto sobre <i>hobbies</i> e atividades de lazer, planos de vida interrompidos (ficar para trás na vida), impacto emocional (preocupação com o futuro, recorrência e morte, choque), preocupações com a imagem corporal (aparência alterada), perspectiva de vida (como prioridades alteradas), estilo de vida e fatores relacionados ao tratamento (como dificuldade de adaptação a estar doente e carga de tratamento). Uma série de questões foi mais relevante ou importante para os jovens, incluindo educação interrompida, maior motivação para alcançar objetivos acadêmicos, aumento da maturidade, tédio, fertilidade e mudança na situação de vida. Os dois grupos diferiram em algumas classificações de alguns problemas de QVRS, para os mais jovens o câncer era mais propenso a ser visto como uma oportunidade de forjar novas amizades (relevante para 86%), e maior motivação para alcançar objetivos pessoais (79%) ao passo que, para os mais velhos, o mais impactante na QVRS foram as mudanças na situação de vida (por exemplo, ter que morar com os pais) foi, no entanto, reconhecida como mais relevante (63%).
Vaarwerk, Scoot e Maurice- Stam	Os sobreviventes de rhabdomyosarcoma (HNRMS) apresentaram escores significativamente menores no domínio escola/trabalho PedsQL ($P \leq 0,01, P = 0,02$, respectivamente), isto é, em todas as idades, em comparação com a referência ponderada para todas as idades. Domínios do YQOL-FD de autoimagem negativa e consequências positivas apresentaram escores de ($P \leq 0,01, P = 0,04$,

respectivamente). Escores sobre o domínio de consequências negativas foram significativamente maiores ($P=0,03$). Mais de 50% dos sobreviventes avaliaram negativamente suas aparições em três ou mais itens. A carga de eventos adversos não foi associada à qualidade de vida relacionada à saúde, genérico e autopercepção, mas foi associada com a qualidade de vida específica da doença (YQOL-FD).

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, e após aprofundar o conteúdo da produção científica encontrada, acerca da influência do câncer na qualidade de vida de pacientes oncológicos, crianças e adolescentes, conclui-se que a QV é afetada negativamente pelo tratamento, pelo local de internação e, sobretudo, pelas sequelas permanentes nos paciente pós-tratamento.

Os estudos avaliaram os autorrelatos das crianças e adolescentes e relato dos pais. Evidencia-se a importância do desenvolvimento de estudos nessa temática. Salienta-se a lacuna na produção de conhecimento neste tema no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABDULAH, D. M.; ABDULLA, B. M. O. Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: a randomized controlled trial. **Complement Ther Med.** v.41, p.180-185, 2018. Doi: 10.1016/j.ctim.2018.09.020


AGUILAR, B. A. The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: an integrative literature review. **Journal of Pediatric Nursing.** v.36, p.173-178, 2017.

AL-GAMAL, E.; LONG, T. Health-related quality of life and its association with self-esteem and fatigue among children diagnosed with cancer. **J Clin Nurs.** v.25, n.21-22, p.3391-3399, 2016. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27378717/>

BATALHA, L. M. C.; FERNANDES, A. M.; CAMPOS, C. Qualidade de vida em crianças com câncer: concordância entre crianças e pais. **Esc. Anna Nery.** v.19, n.2, p.292-296, 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200292&lng=en&nrm=iso

BAYTAN, A. B. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde, depressão, ansiedade e auto-imagem em sobreviventes de leucemia linfocítica aguda. **Akut Lenfoblastik Lösemi Tedavisi Almış Çocuklarda Yaşam Kalitesi, Representação, Anksiyete ve Kendilik İmajı Değerlendirmesi. Turk J Haematol.** v.33, n.4, p.326-330, 2016. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5204188/>. Doi: <https://doi:10.4274/tjh.2015.0356>.

BOUZAS, L. F.; CALAZANS, M. Tumores sólidos e hematológicos na infância e na adolescência – Parte I. **Adolescência & saúde.** v.4, n.1, p.40-44, 2007.



CALAMINUS, G. et al. Quality of life in children and adolescents with cancer. First results of an evaluation of 49 patients with the PEDQOL questionnaire. *Klin Padiatr.* v.212, n.4, p.211-215, 2000. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10994553/>

CANNING, S.; BUNTON, P.; TALBOT ROBINSON, L. Psychological, demographic, illness and treatment risk factors for emotional distress amongst paediatric oncology patients prior to reaching 5-year survivorship status. *Psychooncology.* v.23, n.11, p.1283-1291, 2014. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24817669/>

CIPOLLETTA, S.; SPINA, G.; SPOTO, A. Psychosocial functioning, self-image, and quality of life in children and adolescents with neurofibromatosis type 1. *Child Care Health Dev.* v.44, n.2, p.260-268, 2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28776749/>

DIJK, J. V. et al. Health-related quality of life of child and adolescent retinoblastoma survivors in the Netherlands. *Health and quality of life outcomes.* v.5, n.65, 2007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18053178/>

FRANCES, J. M. et al. What is quality of life in children with bone sarcoma?. *Clin Orthop Relat Res.* v.459, p.34-39, 2007. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17353800/>

GARÓFOLO, A. et al. Dieta e câncer: um enfoque epidemiológico. *Rev. Nutr.* v.17, n.4, p.491-505, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400009&lng=en&nrm=iso

INCA - Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Câncer infantojuvenil.** [citado em 2021 jan. 30]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.

INCA - Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente.** 2. ed. Rio de Janeiro, 2014. p.81.

INCA - Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **O que é câncer?** [citado em 2020 jan. 30]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>

LI, H. C. et al. A descriptive study of the psychosocial well-being and quality of life of childhood cancer survivors in Hong Kong. *Cancer Nurs.* v.35, n.6, p.447-455, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22228396/>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* v.17, n.4, p.758-764, 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso

NUNES, M. D. R. et al. Pain, sleep patterns and health-related quality of life in pediatric patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* v.3, p.e13029, 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. WHOQOL: Medindo a Qualidade de Vida. [citado em 2020 maio 18]. Disponível em: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

PORTAL DE PERIÓDICOS CAPES/MEC. [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: www.periodicos.capes.gov.br

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte.** v.26, n.2, p.241-250, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=en&nrm=iso

REIS, R. S.; SANTOS, M. O.; THULER, L. C. S. Incidência de tumores pediátricos no Brasil. **Rev. Brasileira de Cancerologia.** v.53, n.1, p.5-15, 2007.

RHEE, M. A. et al. Impact of psychological and cancer-related factors on HRQoL for Korean childhood cancer survivors. Qual Life Res. v.23, n.9, p.2603-2612, 2014. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24817318/>

ROCHA, R. S. et al. Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.37, n.3, p.e57954, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300411&lng=en&nrm=iso

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.15, n.3, p.508-511, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=pt&nrm=iso

SODERGREN, S. C. et al. Does age matter? A comparison of health-related quality of life issues of adolescents and young adults with cancer. Eur J Cancer Care (Engl). v.27, n.6, p.e12980, 2018. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30485601/>

SPEYER, E. et al. Agreement between children with cancer and their parents in reporting the child's health-related quality of life during a stay at the hospital and at home. Child Care Health Dev. v.35, n.4, p.489-495, 2009. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19638023/>.

STENMARKER, E. et al. Health-related quality of life, culture and communication: a comparative study in children with cancer in Argentina and Sweden. **Journal of patient-reported outcomes.** v.2, n.1, p.49, 2018.

VAARWERK, B.; SCHOOT, R. A.; MAURICE-STAM, H. et al. Psychosocial well-being of long-term survivors of pediatric head-neck rhabdomyosarcoma. Pediatr Blood Cancer. v.66, n.2, p.e27498, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30318743/>

VAN RIEL et al. Self-perception and quality of life in adolescents during treatment for a primary malignant bone tumour. **Eur J Oncol Nurs.** v.18, n.3, p.267-272, 2014. Doi: 10.1016/j.ejon.2014.01.005



CAPÍTULO 6

INTERPRETAÇÃO DO HEMOGRAMA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO DAS UBSS/PARNAÍBA NA DETECÇÃO DA ANEMIA MACROCÍTICA

Cleison Bruno Machado Lima, Especialista em Saúde da Família pela UNINOVAFAPI
Cassandra Mirtes de Andrade Rêgo Barros, M^a em Biotecnologia
Leiliane Cristina de Aguiar, especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela FIA
Marilyse de Oliveira Meneses, Especialista em Saúde da Família e Comunidade
residência UESPI
Aline Cardoso Torres, Pós-graduanda em Ortodontia pela Singular pós-graduação

RESUMO


O objetivo é saber o nível de conhecimento dos enfermeiros que atuam na atenção primária sobre a anemia macrocítica e sua detecção através do hemograma. METODOLOGIA: Pesquisa qualitativa, exploratória e de campo. O cenário de estudo as 42 Estratégias Saúde da Família no Município de Parnaíba-PI. A coleta de dados se deu por meio da técnica de entrevista individual e semiestruturada, com questões abertas, analisados por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin. RESULTADOS: Foram realizadas 32 entrevistas. DISCUSSÃO: Observou-se que a grande maioria dos entrevistados demonstra não ter conhecimento sobre a anemia macrocítica e a forma correta de como a mesma é detectada no hemograma. CONCLUSÕES: Foi possível detectar a necessidade de implantação nos cursos de nível superior de enfermagem uma disciplina direcionada para a interpretação de exames laboratoriais e a importância da capacitação/atualização para os profissionais da ESF.

PALAVRAS-CHAVE: anemia, macrocítica, interpretação.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que cresceu e conquistou, entre outras aquisições, a autorização de requerer exames complementares de rotina e prescrever medicamentos em programas de saúde pública, de acordo com os protocolos ou normativas técnicas constituídas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municípios ou os do Distrito Federal. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução n°. 195, de 18 de fevereiro de 1997 normatizou a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro, na prática do seu exercício profissional para um eficaz subsídio ao paciente, através da consulta de enfermagem¹.

O hemograma é o exame complementar mais solicitado nas consultas, ele é imprescindível em todas as revisões de saúde, pois analisa quantitativamente e qualitativamente todos os componentes celulares do sangue, além de indispensável no diagnóstico de diversas patologias (entre elas anemia macrocítica) e no monitoramento de doenças infecciosas, das



doenças crônicas gerais, urgências e emergências, cirúrgicas e traumatológicas, entre outras funcionalidades².

As anemias macrocíticas são distinguidas pelas hemácias anormalmente grandes, com VCM > 98 fL (fentilitros). Compõem um conjunto de anemias em que os eritroblastos na medula óssea aparecem com um atraso na maturação do núcleo em relação ao citoplasma, sendo que o problema principal responsável é a síntese incorreta do DNA pela falta de vitamina B12 ou de Ácido Fólico³.

A anemia aumenta a possibilidade de porta de entrada para outras doenças, aumenta a vulnerabilidade para outras complicações podendo afetar a função física e mental⁴.


O elevado risco de mortalidade materna durante o período perinatal, o baixo peso ao nascer e partos pré-termos está relacionado com a anemia por deficiência de ferro e ácido fólico durante a gravidez, tem sido associada a várias condições adversas. Além disso, a anemia (macrocítica) por carência de vitamina B9 (ácido fólico) é o mais importante fator de risco para os problemas do tubo neural⁵.

A concentração de hemoglobina não tem boa especificidade e precisão para estimar a situação do ferro, pois em várias situações patológicas pode estar alterada e um imprescindível índice hematimétrico é o VCM (volume corpuscular médio), pois determina e orienta o diagnóstico das anemias, e também segundo eles é o mais relevante de todos os indicadores hematimétricos⁶.

Uma vez concluído que a interpretação correta do exame hemograma na prática do enfermeiro pode influenciar na detecção da anemia macrocítica, é competência do enfermeiro que atua em Atenção Primária solicitar e avaliar exames de rotina e complementares; não fazê-lo quando necessário, é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco a saúde do paciente⁷.

JUSTIFICATIVA

Surgiu o interesse de aprofundamento sobre o conhecimento do enfermeiro ao interpretar o hemograma com a possibilidade de detectar a anemia macrocítica. Esse estudo contribuirá para despertar a atenção dos enfermeiros a respeito da adequada interpretação do hemograma e possível detecção da anemia macrocítica. portanto é necessário que o mesmo saiba avaliá-lo de forma correta.



Objetivo: Saber o nível de conhecimento dos enfermeiros que atuam nas Estratégias Saúde da Família de Parnaíba-PI, a respeito da anemia macrocítica e sua detecção através do hemograma.

METODOLOGIA DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e de campo; O cenário de estudo foram as 42 Estratégias Saúde da Família no Município de Parnaíba, no estado do Piauí. A cidade de Parnaíba está localizada na extremidade norte do Estado do Piauí, a 366 km de Teresina (capital do Estado), e tem uma população estimada de 150.201 habitantes⁸.

O tamanho amostral se definiu através dos critérios de inclusão: os enfermeiros que trabalham nas Estratégias Saúde da Família, que concordaram participar da pesquisa pela aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estavam no exercício de sua atividade no momento da pesquisa. E como critério de exclusão, os enfermeiros que estejam afastados ou que não queiram participar. Dessa maneira, foram realizadas 32 entrevistas.


A coleta de dados se deu por meio da técnica de entrevista individual e semiestruturada, com questões abertas, simples e claras, elaborado pelo autor da pesquisa, com a finalidade de se obter informações acerca do conhecimento do enfermeiro sobre interpretação do hemograma e anemia macrocítica.

As entrevistas foram gravadas em MP3 da marca SAMSUNG e transcritas posteriormente na íntegra.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho de 2017, utilizando-se um roteiro de entrevista semiestruturado. A entrevista semiestruturada caracteriza-se pelo uso de uma lista de questões dirigidas, denominadas roteiro de assunto, a cada participante e a função do entrevistador é encorajar esse a falar livremente sobre todas as questões listadas enquanto as respostas são gravadas.

Os dados coletados foram então analisados por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin. Essa técnica organiza-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação⁹.

Foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade de Parnaíba-PI. Após a aprovação do Coordenador da Atenção Básica, as entrevistas foram



realizadas aos profissionais nas respectivas UBSs onde trabalham, oficializando sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para manter o anonimato dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa, em caráter voluntário, foi realizada a substituição de seus nomes pelas siglas Enf1, Enf2, Enf3 e assim sucessivamente, conforme a ordem das entrevistas.

Os participantes foram devidamente informados com a leitura minuciosa do termo de esclarecimento sobre a pesquisa e foi solicitada a assinatura do TCLE, ficando-lhes assegurado total direito à privacidade, sigilo e acesso aos dados. Tal instrumento legal foi elaborado de acordo as recomendações contidas na Resolução CNS/MS N°466/12, o que garante aos participantes do estudo ter suas identidades preservadas, ao passo que o uso e a destinação dos dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Para o início da coleta de dados, o projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESPI com parecer de aprovado N° 2.132.215, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 66479417.9.0000.5209.

RESULTADOS

A população do estudo constitui-se de 42 enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnaíba-PI. Foram selecionados 32 enfermeiros desta amostra. E a grande maioria dos entrevistados era do sexo feminino. A idade dos entrevistados variou entre 22 a 51 anos.


Em relação ao ano de formação dos enfermeiros, houve uma variação entre os anos de 1991 a 2016, e todos os entrevistados possuem pelo menos uma pós-graduação, a maioria tendo especialização em saúde pública e saúde da Família, e seis entrevistados possuem mestrado.

O tempo de experiência profissional oscilou de duas semanas a 19 anos. Todos os enfermeiros entrevistados trabalham no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

DISCUSSÃO

As falas dos depoentes evidenciam o conhecimento dos enfermeiros a respeito da interpretação do hemograma na detecção da anemia macrocítica.

Não tenho conhecimento exato sobre essa anemia, aprendemos a ver a anemia apenas pelo valor da hemoglobina e do hematócrito; nos detemos mais ao hematócrito e hemoglobina



para avaliar a deficiência de ferro, aos leucócitos para verificar infecções, as plaquetas principalmente nós que trabalhamos na questão da dengue, no geral são esses que mais avaliamos. (Enf. 9)

Não recordo sobre essa anemia. (Enf. 23)

Observou-se que os enfermeiros citados acima, assim como a grande maioria dos entrevistados, demonstram não ter conhecimento sobre a anemia macrocítica e a forma correta de como a mesma é detectada no hemograma.


As falas revelam que os depoentes não possuem conhecimento sobre o tema, pois a maioria revelou não lembrar ou conhecer nada sobre o tema e boa parte dos entrevistados relatou uma resposta sem consistência com o questionamento sobre a anemia macrocítica, desconhecendo totalmente essa anemia. Apenas uma pequena minoria dos enfermeiros entrevistados lembrou sobre essa anemia, mas como os mesmos afirmaram, conheciam de forma superficial.

A anemia macrocítica é a causa de defeitos dentro DNA no processo de síntese e tipicamente apresenta aumento do tamanho das hemácias, sendo causada pela baixa da Vitamina B12 (Cobalamina) ou pela deficiência de ácido fólico, esses baixos níveis podem ser causados não só por deficiência nutricional, mas por fatores intrínsecos como atrofia da mucosa gástrica e conseqüentemente perda das células parietais, uma condição autoimune conhecida como anemia perniciosa¹⁰.

A deficiência de folato é comum em mulheres grávidas, recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos. As causas da deficiência de ácido fólico são dieta insuficiente (falta de Legumes e vegetais de folhas verdes), consumo excessivo de álcool, intestino inflamatório, doença celíaca, defeitos genéticos e tabagismo¹¹.

Uma das causas da anemia macrocítica é a anemia perniciosa que é uma doença autoimune que prejudica a secreção e a função dos fatores intrínsecos secretados pelas células parietais gástricas, subsequentemente ocasiona a deficiência de vitamina B12. A deficiência de vitamina B12 resulta em eritropoiese ineficaz e causa destruição intramedular de glóbulos vermelhos, que se manifesta como anemia hemolítica, além disso, essa deficiência promove aumento de homocisteína que causam hemólise e disfunção endotelial.¹²

A deficiência de vitamina B12 tem uma característica laboratorial específica que é a anemia macrocítica, também conhecida como anemia megaloblástica, e é suspeita com base nas considerações das características clínicas em conjunto com os resultados de uma contagem



de sangue e exame do esfregaço da amostra do sangue mostrando o aumento dos índices de glóbulos vermelhos, Volume corpuscular médio (VCM), hemoglobina corpuscular média juntamente com anisocitose, poiquilocitose (variação do tamanho e forma das hemácias)¹³.

A obesidade leva a múltiplas deficiências nutricionais. A anemia por deficiência de ferro é a mais comum de ocorrer após a cirurgia gástrica; No entanto, a deficiência de vitamina B12 com macrocitose também pode ocorrer. A deficiência de B12 geralmente se desenvolve 5 a 6 anos após a cirurgia, devido à falta de fator intrínseco e à depleção gradual da vitamina B12.¹⁴


Eu acredito que não é competência, a gente faz pelo dia-dia mesmo, mas não que tenha competência para isso, não é preparado. (Enf. 29)

Não sei se é competência, mas nós que estamos nessa ponta trabalhando precisamos de uma reciclagem, digamos assim, um aprimoramento nessa área, não só o hemograma, mas outros exames também porque tem a portaria, foi instituída a gente acabe passando e muitas vezes não tem o médico na unidade você tem que interpretar pelo menos uma parte do exame. (Enf. 5)

Foi possível notar na fala dos entrevistados acima uma desordem no que se refere a sua competência de interpretar o hemograma e detectar a anemia macrocítica, pois, a maioria dos entrevistados achava que não é competência legal da sua profissão o papel de interpretar o hemograma e detectar a anemia macrocítica, outra minoria refere não saber se é competência da profissão, e os demais entrevistados acham que é sim competência do enfermeiro, mas apenas se tiver uma capacitação ou curso. É importante ressaltar que todos os entrevistados no decorrer da entrevista revelaram que interpretam exames de rotina na UBS a qual trabalham, sendo incluso o hemograma, mesmo a maioria deduzindo que não é competência legal de sua profissão.

É importante a solicitação de exames e análise dos resultados pelo enfermeiro para um cuidado decisivo e resguardado. Evidencia também que o profissional da ESF antes de arquivar os exames solicitados precisa avaliá-los para reconhecer alterações e dar assim uma assistência ideal ao paciente, dando encaminhamento se necessário. E no caso de falta temporária do médico da ESF os resultados dos exames solicitados devem ser avaliados pela equipe multiprofissional.⁷

De acordo com a portaria N° 06/2015 da (SMS) de Parnaíba-PI, o enfermeiro poderá solicitar exames complementares, de rotina e de seguimento do paciente, desde que enquadrados nos Programas de Saúde Pública da Secretaria Municipal da Saúde, nos termos




dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde para garantir integralmente a atenção à saúde da população, incluindo assim. Também normatiza sobre a prescrição/transcrição de medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública, por enfermeiros integrantes de equipes da ESF, dois destes medicamentos que podem ser prescritos/transcritos pelos enfermeiros fazem parte do tratamento para anemia macrocítica. São eles: o ácido fólico e complexo B xarope (que possui em sua composição a vitamina B12).¹⁵

A dose necessária de vitamina B12 é de 2,4 mg e logo tem uma resposta na anemia macrocítica, e melhoria ou resolução dos sintomas neurológicos com a suplementação adequada de vitamina B12. Estudos demonstraram que doses elevadas via oral de (2000 mg de B12 diariamente) e terapia parenteral são igualmente eficazes na produção hematológica e neurológica. Paciente deve ser informado das vantagens e desvantagens da terapia oral versus parenteral.¹⁶

Devido à limitação do corpo para reservar folato, a deficiência do ácido fólico se desenvolve rapidamente em indivíduos malnutridos e alcoólatras crônicos. Os lactentes prematuros correm maior risco de deficiência de folato durante infecções e diarreia. Anemia macrocítica em alcoólatras é geralmente o resultado da deficiência de folato, embora mudanças macrocíticas ocorram mesmo quando são administradas doses elevadas de suplementação de ácido fólico e o consumo de álcool é mantido, sugerindo que existe um efeito metabólico do álcool no organismo.¹⁷

A deficiência de folato é uma das principais causas da anemia macrocítica na gravidez; pois na gravidez há um aumento de 5 vezes para 10 vezes a necessidade de ácido fólico causado pela transmissão de folato para o feto em crescimento. Essa necessidade se intensifica com gravidez múltipla, má nutrição, infecções concomitantes ou medicação anticonvulsivante. O VCM pode aumentar para 120 fL. Os níveis de folato celular diminuem gradualmente durante a gravidez, mesmo em mulheres saudáveis sobre suplementação com ácido fólico. Sua deficiência também pode ocorrer durante a lactação e é agravada por lactação prolongada. A fortificação do ácido fólico da dieta demonstrou ser eficaz para a melhora.¹⁸

Sugiro que nas grades curriculares (disciplinas da universidade) houvesse maior relação da teoria com a prática, uma vez que muitas vezes são abordados separadamente, com disciplinas diferentes como bioquímica ou patologia, dificultando a relação entre ambos. E deveria ser inserida uma disciplina de interpretação de exames laboratoriais, radiológicos e outros. (Enf. 23)



Não tive nenhuma matéria a respeito da interpretação de exames, eu fiz um minicurso por fora que era sobre interpretação de exames laboratoriais, mas dentro da grade curricular não. (Enf. 10)


Foi identificado nos depoimentos, a necessidade de inserir nos cursos de graduação de enfermagem uma disciplina que pudesse estar voltada para interpretação de exames, sobretudo hemograma, uma vez que o Hemograma Completo, entre todas as especialidades dos profissionais que atuam nas ESF, é um dos mais solicitados.

A grande maioria dos entrevistados relatou que não tiveram disciplina ou aula sobre a interpretação correta de exames complementares e, sobretudo hemograma. Todos relataram a importância dessa temática na sua prática profissional, e que alguns tiveram que recorrer a minicursos de interpretação de exames laboratoriais.

As grades curriculares de enfermagem vem passando em todo o Brasil por um processo de mudança, exigindo currículos mais abertos e integrados, evidenciando a incorporação da pesquisa como meio norteador na formação do enfermeiro e a intencionalidade de formar enfermeiros em consonância com o SUS. Ressalta também que o enfermeiro tenha uma formação generalista, humanizada, crítica e reflexiva, seja um profissional qualificado para o exercício da profissão, com rigor científico e intelectual, pautado em conceitos éticos. Possa conhecer e interferir sobre os diversos problemas e situações de saúde, detectando as dimensões biopsicossociais, capacitado assim para atuar promovendo a saúde do cliente.¹⁹

As diretrizes curriculares nacionais do curso superior de Enfermagem devem destacar pelo desenvolvimento de suas competências, habilidades, crítico-reflexão, às dimensões biopsicossociais, primando pela saúde integral do ser humano, buscando sempre a qualidade, eficiência e resolutividade.²⁰

Eu acredito que seria bastante proveitoso e aliviaria bastante para o médico, e melhoraria o atendimento na unidade se nós enfermeiros tivéssemos treinamentos, capacitações, algumas oficinas, mesas de conversa, de modo que a gente possa tá renovando os conhecimentos em relação a interpretação de exames, esse simples fato que seria resolvido caso a gente fosse treinado já aliviaria bastante a fila de espera no posto de saúde para consulta, porque várias pessoas as vezes vão para o posto só para mostrar exames de rotina aí o enfermeiro já fazendo essa parte aliviaria essa fila, e esses treinamentos e capacitações já entram no campo da educação permanente dos profissionais para que a gente sempre esteja se atualizando não só



para interpretação de exames, mas todo e qualquer assunto que seja de relevância para atenção primária. (Enf. 4)

O relato acima indica que os enfermeiros percebem a importância e a necessidade da Educação Continuada, as exigências sempre maiores postas pelo momento atual de criação, renovação e invenção de tecnologias, integração de conhecimentos e nova visão do trabalho de enfermagem. Todos os enfermeiros entrevistados relataram nunca ter tido um treinamento ou atualização sobre a temática interpretação de exames, por parte das instituições públicas, e todos os entrevistados sugeriram a importância e necessidade da educação permanente, capacitações e atualizações para os profissionais.

A Educação Continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. Assim, a educação continuada precisa ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática.²¹


A educação continuada é fundamental para uma assistência de qualidade à saúde, é um fenômeno vital, uma qualificação de vida para a população, tanto para os que prestam assistência quanto aos que são assistidos.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados possui um conhecimento superficial sobre a temática, a grande maioria desconhece sobre a anemia macrocítica e suas consequências para a saúde da população.

Através das entrevistas foi possível detectar a necessidade de implantação nos cursos de nível superior de enfermagem uma disciplina direcionada para a interpretação de exames laboratoriais, especialmente o hemograma, pois é um dos mais solicitados nas Estratégias Saúde da Família.

Espera-se que esse estudo contribua para um aperfeiçoamento do projeto pedagógico do curso de enfermagem, assim como para o processo de formação do enfermeiro no tocante à reflexões sobre a importância da solicitação e interpretação de exames complementares, sobretudo o hemograma, na importância da detecção de anemia macrocítica.



Constatou-se uma desordem no que se refere à competência do enfermeiro de interpretar o hemograma e detectar a anemia macrocítica, pois os enfermeiros entrevistados, interpretam exames de rotina na UBS a qual trabalham, sendo incluso o hemograma, mesmo a maioria deduzindo que não é competência legal de sua profissão.


Outro ponto discutido foi o papel do enfermeiro na prevenção e tratamento da anemia macrocítica, pois o mesmo pode prescrever o ácido fólico e complexo B xarope (vitamina B12) que podem evitar e até mesmo normalizar os sintomas da anemia macrocítica, conforme os estudos abordados.


Foi possível notar que a prática dos enfermeiros das UBSs tem o respaldo legal para solicitar exames complementares de rotina, avaliar os exames solicitados (entre eles o hemograma), e prescrever/transcrever a medicações conforme previamente estabelecidos nos Programas de Saúde Pública, executados pela (SMS), de acordo com a portaria Nº 06/2015, também tendo respaldo dos pareceres do COREN e COFEN.

Destaca-se a importância da capacitação atualização para os profissionais da ESF, principalmente sobre a área de interpretação de exames complementares e, sobretudo o hemograma, para uma melhoria da qualidade da atenção em saúde do paciente de forma mais integral, promovendo e prevenindo diversas patologias, favorecendo ainda mais o vínculo entre os serviços de saúde com os indivíduos da comunidade, através dos profissionais de saúde mais qualificados.

REFERÊNCIAS

1. Perdigão TM, Pessoa C G de O. Solicitação e interpretação de exames laboratoriais: A percepção do enfermeiro. *Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga*. 2012; 5(1): 931-942.
2. Failace R, Fernandes F. Hemograma: manual de interpretação. 6. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.
3. Hoffbrand AV, Moss PAH. Fundamentos em Hematologia. 6. ed. Porto Alegre. Artmed Editora, 2013.
4. Costa, E. D., Soares, M. C., & Oliveira, C. C. D Prevalência e caracterização da anemia em idosos atendidos em um centro médico no interior de Sergipe. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria, Madrid*. 2016; 36(4): 65-72.
5. do Nascimento Paixão GP, de Sena CD, Santos T C S, Gomes N P, da Silva Carvalho M R. A importância do uso do ácido fólico e sulfato ferroso em mulheres no planejamento familiar e ciclo gravídico–puerperal: revisão integrativa da literatura. *Revista de APS. Juiz de Fora*. 2012; 15(2).

- 
6. Barros DS. "Avaliação e caracterização da anemia em usuários atendidos pela Estratégia Saúde de Família." (2016) Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11930>.
 7. COREN. Parecer nº 099.152/2012 de 22 de janeiro de 2014. Solicitação de exames por Enfermeiro e avaliação de resultado. Relatora: Simone Oliveira Sierra. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2014.
 8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo demográfico e contagem da população (2016). Disponível em <<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220770&search=||infogr%E1fic os:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em 25/10/17 às 12:35
 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. Correspondência: Daiane Dal Pai Rua Santana; 2008.
 10. Roque A I D, Silva C N D, Martins J M D R M, Pereira M A F. Spurious laboratory alterations in pernicious anemia. Revista brasileira de hematologia e hemoterapia, Figueira da Foz. 2015 37(6): 414-416.
 11. Hwang S Y, Kang YJ, Sung B, Jang JY, Hwang NL, Oh, HJ e Kim CM. HWANG, S. Y. et al. Folic acid is necessary for proliferation and differentiation of C2C12 myoblasts. Journal of Cellular Physiology. 2017 233(2), 736-747
 12. Pandey R K, Dahal S, Fadlalla K F E J, Bhagat S, Bhattarai B. Acquired Thrombotic Thrombocytopenic Purpura in a Patient with Pernicious Anemia. Case reports in hematology. 2017; 2017.
 13. Green R, Dwyre DM. Evaluation of macrocytic anemias. Semin Hematol. 2015; 52: 279–86.
 14. Chen, M., Krishnamurthy, A., Mohamed, A. R., & Green, R. . et al. Hematological disorders following gastric bypass surgery: emerging concepts of the interplay between nutritional deficiency and inflammation. BioMed research international. 2013; 2013: 1-8.
 15. BRASIL (BR) Secretaria Municipal da Saúde. Normatizar a Prescrição/Transcrição de Medicamentos em Programas de Saúde Pública pelo Profissional de Enfermagem no Município de Parnaíba e definir a sistemática de operacionalização e dá outras providências. PORTARIA N 06/2015, Diário Oficial do Município de Parnaíba, p. 2 - ANO XVII - Nº 1369 - Caderno Único - 19 de Maio de 2015.
 16. Stabler S P. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med. 2013; 368(2): 149-160.
 17. Green R, Mitra AD. Megaloblastic anemias: nutritional and other causes. Medical Clinics of North America. 2016; 101(2): 297-317.
 18. de Benoist B. Conclusions of a WHO technical consultation on folate and vitamin B12 deficiencies. Food Nutr Bull. 2008; 2: 238-44
 19. Renovato R D, Bagnato M H S, Missio L, Bassinello G A H. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. Trabalho, Educação e Saúde. 2009; 7(2); 231-248.

- 
20. Nunes ECDA, da Silva L W S, e Pires E P O R. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vitória da Conquista. 2011; 19(2), 252-260.
 21. BRASIL (BR) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004
 22. Torres G D V, Torres S M D S G, de Oliveira S, Viana M C D O. Necessidade de educação continuada para profissionais de nível médio em enfermagem em um pronto socorro infantil do município de Natal/RN. *Nursing*, São Paulo 2015. 8(91), 567-572.



CAPÍTULO 7

DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA MATERNIDADE

Elaine Cristina de Souza Ferreira, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, UFMG

RESUMO


O presente trabalho teve como objetivo avaliar os desafios da implementação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após dez meses de sua implementação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. A abordagem da pesquisa foi quantitativa e qualitativa, do tipo descritiva mediada pelo método de Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico. A coleta de dados quantitativos foi realizada por meio do Questionário Atitudes Seguras. Para os dados qualitativos utilizou-se a técnica de grupo focal. Os sujeitos deste estudo foram profissionais da equipe multidisciplinar da referida maternidade. Para a análise dos dados de natureza qualitativa foi empregado o método de análise de conteúdo e para os dados quantitativos foi realizada uma análise descritiva relacionada ao Questionário de Atitudes Seguras. A análise dos dados permitiu a associação entre as variáveis coletadas pelo método qualitativo e quantitativo no sentido de complementar as informações extraídas na pesquisa, Conclui-se que a equipe se apresenta mais alerta em relação à segurança do paciente, mas os fatores estruturantes da organização ainda são incipientes para garantir uma cultura de segurança forte.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Maternidade; Equipe Multiprofissional.

INTRODUÇÃO

O presente estudo traz um olhar para a “segurança do paciente” tal como assunto já tratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) definindo-o uma lógica de redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, abrangendo o conhecimento atualizado, os recursos existentes e o cenário em que a assistência foi prestada (WHO, 2009. No ano de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente por meio da Portaria nº. 529 e no mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) - nº. 36 de 2013, regulamentou as ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde e torna obrigatória a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas organizações de saúde (BRASIL, 2013).

Em ambiente hospitalar de uma maternidade há de se considerar algumas particularidades como: cenários clínicos com duas vidas - mãe e recém-nascido, longa duração do cuidado: pré-natal, parto, puerpério, Unidades de Cuidados Intermediários (UTI), diversidade de locais e profissionais envolvidos no processo, valores assimétricos entre médico e mulher/família, expectativa de resultado sempre positivo (BRASIL, 2014).



Os princípios da qualidade como: Segurança – não sofrer danos; Efetividade – melhores evidências visando o melhor resultado; Centralidade no paciente – respeito às experiências e valores; Oportunidade – intervenções no momento apropriado; Eficiência - utilização racional de recursos para um bom resultado; Equidade – assegurar o mesmo nível de cuidados para todos, devem ser contemplados na construção do plano de segurança nas instituições que prestam assistência materna e neonatal (BRASIL, 2014).

O trabalho proposto avaliou a implementação do Núcleo de Segurança do Paciente a partir da percepção dos trabalhadores sobre a cultura de segurança do paciente, após dez meses de sua implementação em uma Maternidade na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Foi proposto um Projeto de Intervenção com medidas a serem implementadas a curto e médio prazo que assegure a consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo a consecução de seus objetivos para melhoria da qualidade da assistência de forma segura.


REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que sustenta o presente trabalho serviu de base para a compreensão da temática e construção do estudo.

Os eventos adversos são considerados incidentes que resultam em dano desnecessário ao indivíduo, de caráter não intencional, associado ao cuidado à saúde prestado ao paciente. Apesar do aumento dos eventos adversos ter provocado debates em âmbito internacional, devido à relevância do assunto e à relação com o aumento de morbidades e do tempo de internações, onerando os custos dos tratamentos na saúde, percebe-se que muitas iniciativas surgiram nas últimas décadas. Essas iniciativas têm o intuito de promover estratégias para garantir cuidados de saúde mais seguros, porém, pouco se discute sobre a implantação de medidas para reduzir riscos e aumentar a segurança em instituições de atendimento materno e neonatal (BRASIL, 2014).

A promoção da qualidade e a segurança do paciente na atenção materna e neonatal, considerando as peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo e à assistência recebida pelas mulheres e seus filhos, reveste-se de um caráter particular. Algumas questões específicas e relevantes devem ser pontuadas na implementação do Programa de Segurança do Paciente nas instituições que prestam assistência para as gestantes e seus filhos (BRASIL, 2014).

Os aspectos humanos, culturais, sociais e emocionais envolvidos no processo de gravidez e parto podem trazer experiências negativas ou positivas para a mulher e suas famílias,



que podem perdurar por todas suas vidas. Trata-se de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, portanto, a gravidez e o parto despertam expectativas positivas quanto aos seus resultados. Essa expectativa traz uma dificuldade para as mulheres, suas famílias e também para os profissionais em lidar com os resultados adversos que porventura possam ocorrer (BRASIL, 2014).


Embora a gestão de risco e a segurança do paciente sejam essenciais em todo o período do cuidado, a gravidez e o parto são processos fisiológicos normais que podem sofrer mudanças repentinas e intercorrências emergenciais, mudando completamente o curso do processo, aumentando a probabilidade de eventos adversos (BRASIL, 2014).

A assistência à maternidade significa o cuidado de duas ou mais vidas (a mãe e seu filho ou filhos) e em muitas situações surgem conflitos de interesses entre ambos, em que uma decisão deve ser tomada em detrimento de um para benefício do outro. Um exemplo clássico é a realização de uma cesariana devido a uma grave restrição de crescimento fetal, quando não há nenhum problema em relação à mãe (BRASIL, 2014).

Conquanto os eventos adversos em obstetrícia e neonatologia possam ser considerados raros em termos relativos, o número absoluto pode ser muito significativo tendo em vista a quantidade de mulheres e crianças que recebem assistência. Calcula-se que cerca de 2% das pacientes obstétricas sofram algum evento adverso com danos durante o parto (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado no Brasil, por meio de uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional, apresenta análise dos dados do sistema de notificação brasileiro de EA, no período de 2007 a 2013, e estudo da influência dos EA no óbito neonatal precoce em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Esse estudo identificou que os tipos de incidentes mais comuns em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são os incidentes relacionados aos erros ou falhas no uso das medicações, infecções relacionadas aos cuidados à saúde, lesões cutâneas, ventilação mecânica e cateteres intravasculares (LANZILLOTTI, 2015).

Além disso, os eventos adversos mais relevantes encontrados no sistema de notificação brasileiro, no período do estudo foram: distúrbio de termorregulação (29%), distúrbio de glicemia (17%), infecções respiratórias de vias aéreas superiores de origem hospitalar (13,5%), extubação não programada (10%), óbito (6,2%), lesão de septo nasal (6%), relacionado ao cateter venoso central (6%), hipotensão (4,1%), insuficiência renal (4%), convulsões/estado do mal convulsivo (1,6%), enterocolite necrotizante (1%), hemorragia intraperiventricular (0,5%),



pneumotórax (0,5%) e trombo (0,5%). Dentre os eventos adversos, o estudo também demonstrou que a extubação não programada foi causa de influência de óbito nesse grupo estudado (LANZILLOTTI, 2015).


Em relação à assistência obstétrica e neonatal ainda pode-se discutir sobre a elevada incidência de intervenções desnecessárias e potencialmente perigosas, por exemplo, a cesariana sem indicação clínica, o uso indiscriminado de ocitocina e a episiotomia de rotina. (BRASIL, 2014).

Um estudo realizado em Belo Horizonte/MG, entre 2011 e 2013, por meio de um inquérito sobre parto e nascimento, evidenciou que mesmo em instituições que se empenham nas práticas de modelo de atenção obstétrica segura, as práticas de intervenções consideradas prejudiciais, como posição deitada (66,8%) e Kristeller (9,3%), ainda estão presentes, e práticas consideradas inapropriadas, se usadas sem critérios, como amniotomia (67,1%), ocitocina (41,7%) e episiotomia (8,4%), ainda são usadas indiscriminadamente (SOUSA et al., 2016).

Considerando que os eventos adversos têm como fatores contribuintes os processos no sistema assistencial associado aos fatores humanos, e que a tratativa deles pode ser uma oportunidade de organizar as instituições de saúde com construção de barreiras fortes que mitiguem os eventos adversos, a abordagem ancorada pela cultura de segurança transparente no processo de análise das causas e o não julgamento irão contribuir para evitar o aparecimento de novas falhas, promovendo o aprendizado organizacional e a segurança do paciente e do profissional.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa do tipo descritiva, mediada pela Pesquisa Ação, de caráter cooperativo e técnico, cujo método de coleta de dados compreendeu dados quantitativos e qualitativos. A pesquisa projeto, após aprovado na instituição acadêmica foi registrado na plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP) e foi submetido ao Comitê de Ética do Fundo Municipal de Saúde de Betim como instituição coparticipante. Após aprovação final do projeto, a coleta de dados foi iniciada na Maternidade Pública de Betim *Haydée Espejo Conroy*, inaugurada em 1994, presta atendimento integral às mulheres nas diferentes fases do seu ciclo biológico vital, com ênfase nas especialidades obstétrica e ginecológica, bem como nos recém-nascidos, sendo essa clientela 100% usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).



O Núcleo de Segurança do Paciente foi implementado considerando a especificidade da assistência materno e infantil, contexto que a Maternidade está inserida, a política de saúde pública atual e as pactuações do Município de Betim com o Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, sendo uma com a aplicação do Questionário de Atitudes Seguras e para a percepção dos servidores sobre a cultura de segurança do paciente após a implantação do NSP na instituição, a pesquisadora utilizou a técnica de grupo focal.

RESULTADOS


Foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente e fortalecimento de uma cultura de segurança na instituição. No entanto, fatores intrínsecos ao processo assistencial e gerencial, como a falta de investimento e de recursos necessários, têm comprometido a implementação de ações para o funcionamento mais robusto do Núcleo de Segurança do Paciente na instituição.

Oferecer uma assistência à saúde segura está implícito todos os procedimentos, como a realização da ficha de atendimento pela recepção até o procedimento de alta complexidade como uma cirurgia corroborando com Lima Jr et al., (2019). O tempo estimado para a avaliação das mudanças na cultura de segurança do paciente na instituição serão percebidas com mais ênfase, transcorrido tempo suficiente para mudança de comportamento dos profissionais como citado por Waleed et al. (2019).

Ressaltam-se alguns trechos que retratam a percepção dos participantes sobre a cultura de segurança. A cultura da segurança envolve mudança de comportamento, conscientização da equipe, colaboração entre os profissionais e, sobretudo, a própria segurança de cada profissional. A satisfação no trabalho na Instituição estudada está muito relacionada com o trabalho em equipe. O vínculo e a motivação entre os membros da equipe são pontos fortes na construção da cultura de segurança e na credibilidade da instituição. Ficou evidente a importância da segurança na terapia medicamentosa como estratégia para melhoria na cultura de segurança do paciente na Instituição.

CONCLUSÃO

O estudo apontou que mudar uma cultura de segurança do paciente na instituição de saúde requer tempo e investimento tanto por parte dos gestores locais como dos níveis centrais, que uma política de cultura de segurança do paciente requer um trabalho contínuo, que estimule



a participação ativa dos servidores e gestores, tanto na construção dos fluxos, rotinas e protocolos institucionais como na execução de suas atividades assistenciais.

Destaca-se que uma cultura de segurança forte está atrelada a um trabalho em equipe multidisciplinar, com uma comunicação clara e efetiva. As hierarquias existentes nas relações entre a equipe da instituição não podem comprometer o processo de identificação e notificação dos eventos adversos ocorridos na organização de saúde. Entre as dificuldades que permeiam a construção de um trabalho em equipe, destaca-se o desconhecimento do papel de todos os membros da equipe, demonstrando a necessidade de superar a comunicação fragmentada dos profissionais em relação a assistência ao paciente.

É importante ressaltar a necessidade de implementação e manutenção das metas de segurança do paciente, como a comunicação efetiva entre a equipe, identificação correta do paciente, gerenciamento dos medicamentos de alta vigilância, redução dos índices de infecções por meio de práticas de lavagens das mãos e realização de cirurgias segura e, no caso da maternidade, o parto e nascimento seguros.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013(a). Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Brasília, 2014. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em: 20jan. 2019.

LANZILLOTTI, L.S. Eventos adversos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e sua interferência no óbito neonatal precoce. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/lanzillottilsd.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

LIMA Jr. A. J. et al. Por que que eu preciso aprender sobre segurança do paciente? In: BIOPSIN, P. S. et al. (org). Guia prático para Segurança do paciente. Porto Alegre: Moriá, 2019. 255p.

SOUSA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Revista Brasileira de Enfermagem. Escola Anna Nery. v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_abstract&tlng=pt>Acessoem: 21 jan. 2019.



WALEED, A. N. et al. "Cultura de segurança do paciente em unidades de maternidade: uma revisão", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 32, n. 4, p. 662-676, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/IJHCQ>>. Acesso em: 10 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Patient Safety: A world alliance for safer health care*. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety>>. Acesso em: 05 dez. 2018.



CAPÍTULO 8

PROJETO DE INTERVENÇÃO VOLTADO AO CUIDADO, PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS NA UBS ORESTE GONÇALVES MARQUITO, NO MUNICÍPIO DE APUCARANA-PR

Luciano Simplício Sobrinho – Autarquia Municipal de Saúde
Clodoaldo Penha Antoniassi – Escola de Saúde Pública do Paraná
Fabio José Antonio da Silva – Autarquia Municipal de Saúde


RESUMO

Projeto de intervenção voltado ao cuidado, promoção e prevenção de agravos respiratórios em crianças menores de 05 anos na UBS Oreste Gonçalves Marquito no município de Apucarana-PR, que visa a prestação da assistência a esse público dentro de uma determinada área de abrangência, considerando o perfil epidemiológico, os profissionais da atenção básica e a rede de atenção que atua nesta comunidade. O objetivo é a realização um projeto de intervenção em agravos respiratórios em crianças menores de 5 anos na UBS Oreste Gonçalves Marquito, na cidade de Apucarana-PR. A importância deste projeto está na implementação de ações em saúde a este público em específico, com a participação da equipe de atenção básica, NASF, rede de atenção e instituições como escolas e CMEIs, considerando dados epidemiológicos das doenças respiratórias mais comuns na comunidade relacionadas às vulnerabilidades dessa população, que foram coletados no período de janeiro a dezembro de 2019 em pesquisas de sites e plataformas oficiais e dados da UBS Oreste Gonçalves Marquito. Por meio destas informações observou-se um alto índice de casos de doenças respiratórias na comunidade, ocasionando um elevado número de internações. Alguns casos podem estar relacionados as questões sociais, podendo ser realizada ações de prevenção e promoção em saúde na atenção básica, por meio de capacitação e orientação aos profissionais que prestam serviço a este público desta comunidade. Nesse trabalho serão abordadas as possíveis causas de doenças respiratórias na comunidade e a importância de ações efetivas e colaborativas pelos profissionais de saúde e demais instituições onde esta população está inserida.

PALAVRAS-CHAVE: AGRAVOS RESPIRATÓRIOS. PUERICULTURA. VULNERABILIDADE SOCIAL. SAÚDE DA CRIANÇA.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção viável, com aplicabilidade à realidade local e visando uma melhoria nos atendimentos realizados pelos profissionais da atenção primária, cujo foco é as causas respiratórias em crianças menores de 05 anos, que podem freqüentar ambientes incomum como creches e escolas, onde muitas apresentam situações de vulnerabilidades ou outras situações que agravam a condição clínica destes usuários. Dessa forma, considera-se importante a realização da intervenção, pois a mesma busca contribuir para que profissionais da atenção básica estejam preparados e sintam-se confiantes para acolher a todos os pacientes que chegarem às unidades de saúde.



Durante o exercício de suas atribuições, o trabalhador da área da saúde deve considerar todos os fatores condicionantes ao bem estar do usuário, transmitindo segurança aos demais membros da equipe e estimulando novas descobertas que possam permitir uma visão da terapia além da doença. Neste contexto é aplicável o princípio da integralidade. O tratamento não se dará apenas no foco na doença, mas na sensibilidade em observar outras necessidades do usuário que impactam direta ou indiretamente na promoção da saúde.

Atualmente ainda é muito presente o modelo biomédico centrado na doença, este outrora visto como modelo mais adequado e resolutivo por conta de maior empenho nas pesquisas e condutas padronizadas, agora passa a ser considerado obsoleto pelo seu excesso de tecnicismo e objetividade, desconsiderando a análise subjetiva e metafísica.

Assim como as demais ciências, a saúde também seguiu uma linha cronológica correspondendo a cada período histórico até alcançar o atual momento, utilizando-se de princípios e da axiologia para compreender o indivíduo além da doença, considerando que para promover a saúde outros fatores devem ser estudados, como o ambiente, perfil socioeconômico, histórico familiar, grau de instrução, dentre outros.

E considerando as peculiaridades de determinada comunidade, podemos programar estratégias tendo como base problemas comuns desta população. Determinadas doenças podem ser evitadas ou não agravadas tendo como base cuidados e orientações na atenção básica.

No que se referem à Saúde da Criança, as ações de prevenção podem detectar precocemente alterações no crescimento, desenvolvimento e nutricional. O acompanhamento por meio da puericultura, considerando os fatores sociais apresenta-se uma ferramenta importante na detecção de riscos à saúde da criança.

Neste trabalho, três problemas foram levantados com relação à saúde da criança. O primeiro problema é o alto número de internação e mortalidade de crianças com doenças respiratórias até cinco anos de idade. O segundo problema é ineficiência das ações de combate aos agravos respiratórios em criança menores de 05 anos de acordo com o modelo de atenção em saúde preconizado pelo SUS. O terceiro problema é ausência de estratégias específicas no combate aos agravos respiratórios em crianças menores de 05 anos.



2. JUSTIFICATIVA

As infecções respiratórias ocasionam obstrução das vias aéreas tendo como consequência a hipoventilação pulmonar, dispnéia, aumento da frequência respiratória, consequentemente aumento do trabalho inspiratório e secreção nos brônquios, sendo a elevada ocorrência de secreção também atribuída à inabilidade da maioria das crianças em mobilizá-las e expulsá-las, espontaneamente, do trato respiratório (ANDRADE et al, 2012).

As infecções respiratórias representam um grande problema para comunidade e, inclusive ao desenvolvimento infantil. Condições como moradia, ambiente insalubre, cuidados de higiene, roupas e ambiente se relacionam diretamente às doenças respiratórias. Ressaltando a condição de fumante passivo das crianças, por conta do hábito tabagista dos adultos com quem convivem.

Andrade et. al (2012) ressalta que as infecções respiratórias agudas são responsáveis por enfermidades em crianças e causas importantes de morbidade e mortalidade infantil em todo mundo. Tais doenças evidenciadas por sintomas graves podem ocasionar hipoxemia, acidose e insuficiência respiratória.


O tema adquire maior relevância diante do dado de que 05 milhões de crianças morrem no mundo antes dos 05 anos de idade em decorrência de insuficiência respiratória aguda (IRA), sendo a pneumonia a causa principal, considerando ainda, a IRA como responsável de 30 a 60% das consultas ambulatoriais e importante causa de hospitalização na infância, e quando essas doenças levam à morte, muitas delas ocorrem no domicílio. (CUNHA, 2002).

No que tange as infecções respiratórias em crianças, é importante ficar em alerta em decorrência da gravidade principalmente em áreas mais vulneráveis, desenvolvendo ações preventivas que possam diminuir as causas e minimizar os efeitos destas doenças, promovendo a saúde e combatendo a mortalidade infantil.

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

3.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO TERRITÓRIO

O município de Apucarana localiza-se na região norte do Estado do Paraná, em um território de aproximadamente 558,389 km². A instalação do mesmo ocorreu em 28 de janeiro de 1944. Existem quatro distritos ligados ao município: Correia de Freitas, Pirapó, São Pedro e Vila Reis. Limita-se com os municípios Arapongas, Londrina, Marilândia do Sul, Califórnia,




Rio Bom, Novo Itacolomi, Cambira, Mandaguari e Sabáudia, e está distante aproximadamente 362,70 km da capital. No último censo, realizado em 2010, a população era de 120.919 habitantes, sendo 48,53% homens e 51,47% mulheres, com densidade demográfica de 216,55 hab/km². Ocupa a 11^a posição no ranking de população dos municípios do estado do Paraná, sendo que 114.099 hab. (94,36%) vivem na zona urbana, contra 6.820 (5,64%) que vivem na zona rural, caracterizando como uma população extremamente urbana, concentrada nos bairros, periféricos (IPARDES, 2019). Com base na estimativa do IBGE, no ano de 2019 o município conta com 134.996 habitantes.

3.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO

A taxa bruta de natalidade do município de Apucarana no ano de 2019 é de 12,68 por mil habitantes, e está abaixo da taxa do Estado, que é de 13,8 de acordo com dados de 2016. Em 2017, foi registrada uma taxa de mortalidade infantil de 18,48 óbitos por mil nascidos vivos, ocupando a 61^a posição no Estado para este índice. Em relação à mortalidade geral em 2019, a taxa é de 7,3 para cada mil habitantes, e as principais causas de mortalidade no município, no ano de 2018, foram: doenças do aparelho circulatório (30,55%), neoplasias (21,18%), doenças do aparelho respiratório (13,07%), doenças infecciosas ou parasitárias (1,5%), doenças do aparelho digestivo (5,7%), lesões ou causas externas (7,7%), doenças do aparelho geniturinário (3,24%), doenças do sistema nervoso (5,09%), doenças de pele e do tecido cutâneo (0,23%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4,86%), doenças de sangue (0,23%), transtornos mentais comportamentais (0,46%), doenças do sistema osteomuscular (0,57%), gravidez parto e puerpério (0,11%), malformações (0,34%), algumas afecções originadas do período perinatal (1,15%), sintomas e sinais anormais em achados clínicos (0,46%) (TABNET, 2018).

Entre essas causas de mortalidade, a maior parte delas prevalece entre a população acima de 50 anos de idade, contudo, destaco o aumento súbito de óbitos por neoplasias a partir desta faixa etária quando comparado com a faixa etária de 40 à 49 anos, passando de 4,14% para 18,13% do número total desta categoria. Esse mesmo aumento expressivo também foi observado em menor escala nos casos de doenças circulatória, entre as faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49, com aumento repentino de 1,13% para 4,92%, e a partir daí há um aumento cada vez mais considerável.



Os principais óbitos por internação no município de Apucarana no ano de 2018 foram: doenças do aparelho circulatório (19,91%), neoplasias (12,76%), doenças do aparelho respiratório (24,68%), doenças infecciosas ou parasitárias (8,97%), doenças do aparelho digestivo (8,55%), lesões ou causas externas (8,27), doenças do aparelho geniturinário (6,45%), sintomas e sinais anormais em achados clínicos (2,94%), doenças do sistema nervoso (2,1%), doenças de pele e do tecido cutâneo (1,54%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1,4%) e algumas afecções originadas do período perinatal (1,26%) (TABWIN, 2018).

3.3 ESTRUTURA DE SAÚDE EXISTENTE

A rede de saúde é composta por serviços públicos e privados. O município conta com 408 estabelecimentos de saúde, segundo esfera jurídica, compondo: 50 da Administração Pública; 133 entidades empresariais; 07 entidades sem fins lucrativos; e, 218 entidades de pessoas físicas (IPARDES, 2019).

A Estrutura de Saúde do Município de Apucarana está organizada da seguinte forma:

- **Atenção Primária:** 35 Unidades Básicas de Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar - Urgência / Emergência (SAMU)
- **Atenção Secundária:** Centro de Atenção Psicossocial (03), Clínica Especializada/ Ambulatório Especializado (24), Consultórios (266), Policlínica (12), Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (17);
- **Atenção Terciária:** 02 hospitais gerais.


4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um projeto de intervenção em agravos respiratórios em crianças menores de 5 anos na UBS Oreste Gonçalves Marquito, na cidade de Apucarana-PR.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover informações à equipe de saúde da UBS, escolas e CMEIs sobre as doenças respiratórias e funcionamento da rede de atenção em saúde em crianças nos primeiros 5 anos de vida;


- 
- Informar à equipe de saúde da UBS, escolas e CMEIs sobre o funcionamento da rede de atenção em saúde a criança;
 - Capacitar os profissionais das UBS para o acolhimento e atendimento aos pacientes da faixa etária de 0 a 5 anos;
 - Capacitar os profissionais das UBS, escolas e CMEIs para a identificação dos riscos e vulnerabilidades de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos;
 - Capacitar e orientar os profissionais das UBS, escolas e CMEIs para identificar situações de prevenção e promoverem ações de prevenção e promoção à saúde de crianças na faixa etária de 0 a 5 anos;
 - Capacitar os profissionais das UBS, escolas e CMEIs para a identificação e cuidados em relação às principais doenças respiratórias agudas faixa etária de 0 a 5 anos;
 - Capacitar os profissionais das UBS, escolas e CMEIs para atuação em situação de urgência das crianças com faixa etária de 0 a 5 anos;
 - Capacitar os profissionais das UBS quanto aos cuidados das vias aéreas superiores das crianças com faixa etária de 0 a 5 anos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

As afecções por causas respiratórias sempre foi uma preocupação no Brasil e motivo para a inclusão de ações e estratégias de controle e combate da doença, com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil por esta causa. No entanto, o desafio na concretização deste objetivo é enorme, uma vez que podem ser inúmeras as causas desta doença. Contudo, devemos ressaltar que sempre houve preocupação dos órgãos públicos com relação a desenvolvimento de ações de combate à mortalidade por infecções respiratórias.

Na década de 1980 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), dentre diversas ações, destacava-se estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas (ARAÚJO et al, 2014).

A partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Criança (PAISC), cujo principal objetivo era a promoção integral da saúde da criança e também previa o controle das infecções respiratórias agudas (IRA's) (BRASIL, 2009). Em 2012 o Ministério lança o Caderno de Atenção Básica nº28 sobre o acolhimento na demanda espontânea, abordando sobre as queixas mais comuns na atenção básica, incluindo infecções respiratórias em crianças (BRASIL, 2012).



Com base em previsões de estratégias e ações ao combate de infecções respiratórias em diversos programas, o presente Projeto apresenta um Programa de Ações que visa organizar o processo de trabalho acerca do atendimento desta demanda, sensibilizando os profissionais quanto à importância do desenvolvimento de ações na atenção básica, utilizando das articulações intersetoriais como instrumento para construção de uma rede de cuidados efetiva para o atendimento em crianças que possuem risco para agravos respiratórios, considerando seus hábitos, moradia, vulnerabilidade, rotina, alimentação, dentre outras causas.

5.1 A ATENÇÃO BÁSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Devemos considerar a Unidade Básica de Saúde como a principal porta de entrada ou até mesmo a única porta de entrada desta população. Como se encontram em vulnerabilidade, os cuidadores ou familiares procuram a unidade aguardando resolutividade já neste atendimento, pois não tem condições de deslocamento, caso tenham que se descolar para instituição distante de suas residências.


De acordo com alguns estudos, a Estratégia Saúde da Família é a principal porta de acesso das crianças que sinalizam para uma maior vulnerabilidade econômica e social. Essa utilização regular é devido residirem na área de abrangência, mas não exclusivamente como uma opção da família/cuidador (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

Para a APS ser capaz de atender com melhores resultados, efetividade e maior qualidade, deve estar estruturada com base nos chamados atributos ordenadores, por meio do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação; e os derivados – as orientações familiar e comunitária e a competência cultura (DAMASCENO, 2016).

Podemos considerar que os melhores resultados dos serviços da APS serão alcançados a partir do conhecimento e operacionalização dos seus princípios ordenadores, com sistemas de serviços que se organizam pela APS, refletindo assim em maior eficácia e qualidade na assistência (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

5.2 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA

O acolhimento é uma das diretrizes do Programa Nacional de Humanização (PNH). Dentre as propostas do PNH, o acolhimento aparece como instrumento para construção das práticas de produção e promoção da saúde, construindo possibilidades de humanização do



trabalho no SUS como a novas exigências, utilizando cada vez mais os profissionais de saúde como atores capazes de organizar essa demanda em saúde (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).


Para desenvolver o acolhimento, é necessário que Unidade Básica de Saúde esteja composta com o número suficiente de profissionais de saúde, e que estes preparados e comprometidos para prática do acolhimento dentro do estabelecimento de serviço, pois dentre os desafios atuais do SUS, destacam-se àqueles relativos ao acesso e ao acolhimento na atenção básica, à efetividade, e à resolutividade de suas práticas, além da capacidade da gestão do cuidado, utilizando ferramentas de abordagens em situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, como o saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar por riscos e vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Entende-se do acolhimento um momento que não esteja condicionando o atendimento a determinado algum local, horário ou profissional em específico, mesmo sendo claro que em um segundo momento este usuário possa ser direcionado outro profissional para continuidade da prestação de serviço. No acolhimento, pressupõe uma postura ética, compartilhamentos de saberes, angústia e intervenções. No caso do acolhimento ao atendimento em crianças, a postura do profissional de saúde é frente aos responsáveis, no qual a postura deve ser acolhedora, de maneira que a escuta qualificada revele às necessidades dos que buscam o cuidado, resolutividade frente as queixas biológicas e orientações e autonomia quanto ao modo de vida (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

5.3 AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS PELA EQUIPE DE SAÚDE

A estratificação de risco é um importante instrumento que vem sendo utilizado na saúde para garantir ao usuário o acesso com equidade. Baseia-se em identificar as diferentes gradações de risco, direcionando o atendimento prioritário ao caso definido como de maior risco ou urgência.

A estratificação de risco pode ser incorporada no sistema de saúde tanto para sistematizar o atendimento clínico dos usuários que já apresentam algum sintoma, como para diagnosticar a vulnerabilidade do usuário com risco para determinada doença, que possam estar relacionadas ao histórico familiar, condições sociais, higiene, moradia, dentre outros, ou seja, o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda



espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogenias devido à não observação das diferentes necessidades (BRASIL, 2012).

5.3 O AGRAVO RESPIRATÓRIO EM CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS DA COMUNIDADE


No Brasil, as infecções respiratórias estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Em São Paulo, por exemplo, apresenta-se como a principal causa de óbito infantil na faixa de um a quatro anos, sendo a pneumonia a primeira em número de mortalidade (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006).

O tema adquire maior relevância diante do dado de que 05 milhões de crianças morrem no mundo antes dos 05 anos de idade em decorrência de insuficiência respiratória aguda (IRA), sendo a pneumonia a causa principal, considerando ainda, a IRA como responsável de 30 a 60% das consultas ambulatoriais e importante causa de hospitalização na infância, e quando essas doenças levam à morte, muitas delas ocorrem no domicílio. (CUNHA, 2002).

As infecções respiratórias representam um grande problema para comunidade e, inclusive ao desenvolvimento infantil. Condições como moradia, ambiente insalubre, cuidados de higiene, roupas e ambiente se relacionam diretamente às doenças respiratórias. Ressaltando a condição de fumante passivo das crianças, por conta do hábito tabagista dos adultos com quem convivem.

No entanto, estudo recente constatou que a convivência de crianças em creche pode ser um fator precursor de doenças respiratórias. Ainda não é possível afirmar com absoluta certeza, que existe relação do número de óbitos por doença respiratória aguda em crianças que freqüentam creches com as que não freqüentam, mas alguns estudos apontam esse aumento. Contudo, depende muito de estudos complementares, da estrutura física e humana das creches para tal afirmação (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006).

Andrade et. al (2012) ressalta que as infecções respiratórias agudas são responsáveis por enfermidades em crianças e causas importantes de morbidade e mortalidade infantil em todo mundo. Tais doenças evidenciadas por sintomas graves podem ocasionar hipoxemia, acidose e insuficiência respiratória.



As infecções respiratórias ocasionam obstrução das vias aéreas tendo como consequência a hipoventilação pulmonar, dispnéia, aumento da frequência respiratória, conseqüentemente aumento do trabalho inspiratório e secreção nos brônquios, sendo a elevada ocorrência de secreção também atribuída à inabilidade da maioria das crianças em mobilizá-las e expulsá-las, espontaneamente, do trato respiratório (ANDRADE et al, 2012).

6. PROPOSTA METODOLÓGICA

6.1 METODOLOGIA UTILIZADA

Nas ações serão incluídas os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, e de outras instituições, como escolas e Centros Municipais de Apoio Infantil (CMEIs), que possam colaborar na prevenção e na promoção da saúde, sempre levando em consideração as possibilidades de participação de cada um, de forma a não prejudicar o bom desempenho em suas funções.

Mapear a área, situações de vulnerabilidades e os riscos desde o nascimento, passando por orientações individuais e coletivas, ou seja, ações programadas que visem à participação de toda equipe, enfatizando a importância das ações coordenadas, utilizando como ferramentas a intersetorialidade e a interdisciplinaridade.

6.2 MODELO DE PLANEJAMENTO

Será elaborado um plano de ações com a participação de toda equipe da unidade básica da saúde, sensibilizando-os quanto à importância da prevenção das doenças respiratórias, capacitando-os ao acolhimento, sensibilização aos familiares, identificação dos problemas, trabalhos em equipe, referenciamento os casos. Os trabalhadores de saúde das unidades básicas se tornarão engrenagem, participando de todo processo, da elaboração à execução e avaliação dos resultados.

6.3 RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos Humanos

- Nutricionista da atenção básica / Equipe de NASF;
- Educador Físico da atenção básica / Equipe de NASF;

- Fisioterapeuta da atenção básica / Equipe de NASF;
- Profissionais do Centro Infantil;
- Profissionais da Vigilância Epidemiológica;
- Profissionais do CRAS;
- Profissionais da Odontologia;
- Equipe da Estratégia Saúde da Família (UBS).

Recursos Físicos

- Local para reuniões.

Recursos Materiais

- Materiais para leitura/informação sobre os temas.

Recursos Financeiros

- Custos de impressão dos materiais, quando necessário.

6.4 PROPOSTAS DE AÇÕES

A seguir, apresentação das propostas de ação detalhadas de acordo com cada objetivo específico.

<u>OBJ. ESPECÍFICO 01</u> : PROMOVER INFORMAÇÕES SOBRE AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NAS CRIANÇAS NOS PRIMEIROS 5 ANOS DE VIDA.					
Ponto de atenção	UBS/ESF				
Responsável	Enfermeiro				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação do projeto de intervenção; Apresentação de informações detalhadas sobre o conceito de saúde da criança e as doenças respiratórias mais comuns.				
Duração total das ações	3hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	15 dias
Técnica	Roda de conversa				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Apresentação do projeto de intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reunião para apresentação do projeto e seus objetivos, esclarecimento de dúvidas, realização de adequações que se fizerem necessárias; • Apresentação do cronograma previsto. <p>2ª Ação: Apresentação de informações detalhadas sobre os agravos respiratórios e as principais causas de internações por causas respiratórias nos primeiros 05 anos de vida.</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar troca de informações entre os participantes sobre o que cada um entende vulnerabilidades, riscos e agravos respiratórios; • Oferecer informações detalhadas, em linguagem acessível, sobre o que se considera como saúde, e quais são as queixas respiratórias mais comuns na comunidade; • Esclarecer sobre situações cotidianas, nas unidades, escolas e creches que caracterizem riscos para doenças respiratórias agudas; • Esclarecer dúvidas; compartilhar experiências, dificuldades.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF.
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo.

OBJ. ESPECÍFICO 02: INFORMAR SOBRE O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE A CRIANÇA					
Ponto de atenção	UBS/ ESF/ EDUCAÇÃO/ CRAS/ NASF/ UNIVERSIDADE/ RESIDÊNCIA/ CENTRO INFANTIL				
Responsável	Enfermeiro				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social				
Duração total das ações	4hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	30 dias
Técnica	Roda de conversa				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever todos os pontos da rede de atenção à saúde da criança no município e região; • Troca de experiências sobre o contato com a rede. <p>2ª Ação: Apresentação do fluxo de saúde da criança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrever a ordem dos atendimentos em saúde da criança pelos quais o paciente pode passar, de acordo com a necessidade; • Explicação sobre a importância da atenção básica em permanecer como referência para o paciente, mesmo quando ele está sendo acompanhado em outros pontos da rede; • Troca de experiências sobre o tema; • Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF. 				
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. 				

	<ul style="list-style-type: none"> • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo.
--	---

OBJ. ESPECÍFICO 03: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS PARA O ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO AOS PACIENTES DA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS					
Ponto de atenção	UBS/ESF/NASF/EDUCAÇÃO/CRAS				
Responsável	Enfermeiro				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais)				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social.				
Duração total das ações	8hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	60 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Entendendo o acolhimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o significado de acolhimento em saúde da criança na atenção básica; • Conversa sobre a importância de realizar uma escuta qualificada; • Orientações sobre as diferentes formas de acolher as demandas que surgem, e a possibilidade de encaminhamento para atendimento especializado quando houver necessidade; • Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF. 				
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções. 				

OBJ. ESPECÍFICO 04: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS, ESCOLAS E CMEIs PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E VULNERABILIDADES DE CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS					
Ponto de atenção	UBS/ESF/EDUCAÇÃO/CRAS/ NASF/UNIVERSIDADE				
Responsável	Nutricionista NASF e estagiário de nutrição da FAP				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social.				
Duração total das ações	8hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	90 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	1ª Ação: Entendendo risco e vulnerabilidades				

	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o significado de riscos e vulnerabilidades relacionada a alimentação na saúde da criança na atenção básica; • Conversa sobre a importância de identificar os riscos, considerando o histórico e contexto familiar; • Orientações sobre as diferentes formas de acolher as demandas que surgem, e a possibilidade de encaminhamento para atendimento especializado quando houver necessidade, conforme avaliação e risco e vulnerabilidade; • Esclarecimento de dúvidas.
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF; nutricionista e estagiário.
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções.

OBJ. ESPECÍFICO 05: CAPACITAR E ORIENTAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS, ESCOLAS E CMEIS PARA IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOVEREM AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS

Ponto de atenção	UBS/ESF/NASF/EDUCAÇÃO/CRAS/V. EPIDEMIOLÓGICA				
Responsável	Enfermeiro da Vigilância Epidemiológica/ Educador Físico/ Odontologia				
Público-alvo	Toda a equipe da UBS e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Orientação à Rede de Atenção à Saúde da Criança, ressaltando a importância das ações de controle e monitoramento de vacinação infantil, para promoção da proteção das crianças contra as doenças que podem ser evitadas por imunização e promovendo o bem estar.				
Duração total das ações	08hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	90 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Entendendo o que é prevenção e promoção da saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o significado de riscos ao não cumprimento do calendário vacinal para saúde da criança na atenção básica; • Conversa sobre a importância de identificar os riscos e formas de manter a cobertura vacinal; • Articulação com a rede, apresentação da rotina da unidade e calendário vacinal às demais instituições da rede de atenção. <p>2ª Ação: Promovendo o bem estar e evitando doenças respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o significado de promoção do bem físico e hábitos saudáveis da população de 0 a 5 anos; • Conversa sobre a importância de identificar hábitos familiares que trazem riscos à saúde da criança de 0 a 5 anos; • Bem estar e os determinantes sociais; • Articulação com a rede, apresentação dos métodos e orientações para promoção da saúde às demais instituições da rede de atenção; • Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. 				

	<ul style="list-style-type: none"> Humanos: equipe da UBS/ESF; vigilância epidemiológica, educador físico, odontologia.
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções.

OBJ. ESPECÍFICO 06: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS, ESCOLAS E CMEIs PARA A IDENTIFICAÇÃO E CUIDADOS EM RELAÇÃO ÀS PRINCIPAIS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS

Ponto de atenção	UBS/ESF/EDUCAÇÃO/CRAS				
Responsável	Fisioterapeuta				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social.				
Duração total das ações	8hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	90 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Identificação e cuidados das principais doenças respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"> Discussão as principais doenças respiratórias acometidas em menores de 05 anos na comunidade; Discussão sobre fatores ambientais, sociais e hábitos familiares que favorecem o acometimento de doenças respiratórias; Mapeamento e identificação da população vulnerável à doença respiratória; Discussão de intervenção e rotina aos menores de 05 anos com queixa respiratória dentro dos estabelecimentos de rede de atenção à criança presente na comunidade; Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> Físico: local para a realização da reunião. Humanos: equipe da UBS/ESF; vigilância epidemiológica. 				
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções. 				

OBJ. ESPECÍFICO 07: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS, ESCOLAS E CMEIs EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA DAS CRIANÇAS COM FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS

Ponto de atenção	UBS/ESF/EDUCAÇÃO/CRAS/NASF				
Responsável	Samu				

Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social.				
Duração total das ações	8hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	90 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Promovendo a saúde da criança em situação de urgência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o cuidado em situação de engasgo ou insuficiência respiratória de crianças de 0 a 5 anos, em casos agudos ou crônicos; • Discussão sobre as principais situações de riscos à saúde da criança de 0 a 5 anos em doenças respiratórias. • Discussão com as demais instituições da rede de atenção; • Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF; NASF; SAMU. 				
Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções. 				

OBJ. ESPECÍFICO 08: CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DAS UBS QUANTO AOS CUIDADOS DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES DAS CRIANÇAS COM FAIXA ETÁRIA DE 0 A 5 ANOS

Ponto de atenção	UBS/ESF/EDUCAÇÃO/CRAS/NASF				
Responsável	Enfermagem e ACS				
Público-alvo	Toda a equipe da ESF (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista, serviços gerais) e representantes da escola, creche e CRAS da região				
Proposta de Intervenção	Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integradas e articuladas no contexto familiar e social.				
Duração total das ações	8hrs	Frequência	1h/semana	Prazo de Execução	90 dias
Técnica	Roda de conversa / Discussão				
Detalhamento das ações	<p>1ª Ação: Promovendo a saúde da criança por meio do cuidado das vias respiratórias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discussão sobre o cuidado das vias respiratórias de crianças de 0 a 5 anos; • Discussão sobre as principais situações de riscos em doenças respiratórias em crianças de 0 a 5 anos, relacionadas à moradia e clima; • Oficina de cuidados das vias aéreas; • Discussão com as demais instituições da rede de atenção; • Esclarecimento de dúvidas. 				
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Físico: local para a realização da reunião. • Humanos: equipe da UBS/ESF; NASF; 				

Análise de viabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilidade: pouco investimento financeiro; recursos humanos próprios. • Inviabilidade: atividade realizada em horário de trabalho; nem todos os trabalhadores poderão estar presentes ao mesmo tempo; trabalhadores podem achar que haverá aumento em suas funções.
------------------------	---

6.5 ANÁLISE DA VIABILIDADE GERAL

Considera-se viável a execução deste projeto por atender à necessidade em dialogar com várias ciências que atuam em uma determinada área adstrita de um município, cujos problemas e dificuldades das ações específicas de cada profissional, possuem relação direta ou indireta com os mesmos determinantes sociais. Este projeto busca capacitar os profissionais de saúde sensibilizando quanto à identificação de problemas de saúde dentro da comunidade onde está inserido, além compreender os instrumentos e mecanismos que melhor se adaptam ao atendimento qualificado.

A realização do projeto não requer investimento financeiro alto, visto que não há necessidade de contratação de recursos humanos adicionais, e o gasto com materiais será mínimo.

Pode-se considerar que algumas situações podem tornar inviável ou dificultar a realização do projeto, como a necessidade de realizar os encontros no horário de expediente, o que impossibilitaria a participação de todos os funcionários da unidade ao mesmo tempo. Nesta situação, pode-se considerar a possibilidade de fazer um rodízio dos participantes dos encontros, a fim de que todos possam participar sem que haja prejuízo no desempenho das funções essenciais de uma Unidade Básica de Saúde. Outra situação diz respeito à aceitação por parte dos demais serviços que não atuam diretamente na saúde, tendo em vista que alguns podem considerar como um acréscimo de função em suas atividades rotineiras.

7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de monitoramento e avaliação de um projeto se refere à análise e acompanhamento das ações por meio de compartilhamento de objetivos comuns, integração entre a equipe e setores e flexibilidade e interdependência. A interação entre os membros da equipe e demais setores da rede, proporcionam um ambiente seguro aos participantes, contribuindo aos objetivos da equipe, suporte para inovação para construção de um processo assistencial comum para tomadas de decisões compartilhadas (PEDUZZI, 2016).

7.1 MONITORAMENTO

O monitoramento será contínuo, com decisões corretivas na gestão do projeto, de maneira que permite ajustar, e por meio da discussão, identificam experiências exitosas que permitam aprimorar o processo (WHO, 2016).

7.2 AVALIAÇÃO

A avaliação consiste na análise objetiva e sistemática do desenvolvimento do projeto, sua eficácia, relevância e eficiência. Assim, verifica se os resultados esperados contribuíram ao propósito do projeto e seus efeitos alcançados

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	META	PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	PRAZO
Apresentação do projeto de intervenção;	100% dos profissionais	Enfermeiro	15 dias
Apresentação de informações detalhadas sobre o conceito de saúde da criança e as doenças respiratórias mais comuns.	100% dos profissionais	Enfermeiro/ Fisioterapeuta	30 dias
Apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Criança e ações integrais e articuladas no contexto familiar e social	100% dos profissionais	Enfermeiro/ Educador físico/ Odontologia/	90 dias
Apresentação do fluxo de atenção à Saúde da Criança na região.	100% dos profissionais	Enfermeiro	60 dias

8. RESULTADOS

O projeto visa desfragmentar a atuação dos diversos atores da APS e fortalecer a rede de atenção local, buscando ferramentas que possam melhorar a assistência em saúde, por meio da qualificação dos trabalhadores de saúde e dos demais profissionais da região que atendem este mesmo público.

Espera-se que os profissionais da UBS possam desenvolver o cuidado voltado à pessoa, identificando os determinantes sociais em saúde que influenciam na ocorrência de problemas e fatores de risco em crianças de 0 a 5, dentre eles especificamente, as infecções respiratórias. O mesmo objetivo se estende às outras redes de atenção, com a troca de experiência e atualização sobre o cenário atual.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, sendo o local com maior potencial de compreender o perfil epidemiológico da população da sua região e realizar trabalhos que possam alterar o cenário daquele público. É na atenção básica que se pode desenvolver o cuidado para além da doença, considerando os determinantes sociais como potenciais causas de morbidades e mortalidade.

No entanto a atuação do profissional de saúde ainda é fragmentada, seja pela formação profissional e rotina do serviço ou pelo modelo biomédico no qual a saúde ainda está inserida. Percebe-se ainda, entre os profissionais de saúde, a atuação de um profissional que ainda não compreende o todo, limitando-se ao exercício restrito daquilo que o compete.

Isso impede a prestação de uma assistência com qualidade e eficiente, uma vez que o profissional atua na queixa imediata, sem refletir mais profundamente sobre a causa, fatores e riscos, o que gera um círculo vicioso, onde o usuário é condicionado a percorrer por serviços desnecessariamente, em função da falta da resolutividade, causando alta demanda em outros tipos de necessidade.

O profissional em saúde qualificado reflete no acolhimento e escuta com qualidade, que por sua vez qualifica a orientação à população e aos demais pontos de atenção da comunidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Livia Zulmyra Cintra et al. **Diagnósticos de enfermagem respiratória para crianças com infecção respiratória aguda.** São Paulo , v. 25, n. 5, p. 713-720, 2012.


BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de vigilância em saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de saúde (SUS) no Brasil.** 1 ed. Brasília. DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento e demanda espontânea: queixas comuns na atenção básica.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

CHIESA, Ana M.; WESTPHAL, Marcia F.; ARKERMAN, Marco. **Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-69, Jan. 2008.

CUNHA, Antonio José Ledo Alves da. **Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro.** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-61, fev. 2002.



DAMASCENO, Simone Soares et al. **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2961-2973, set. 2016 .

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Apucarana, 2019.

IPARDES. **Caderno Estatístico – Município de Nova Esperança**. Apucarana, 2019.

LEAO, Claudia Danyella Alves; CALDEIRA, Antônio Prates; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife , v. 11, n. 3, p. 323-334, set. 2011.

MARTINS, Juliana; VERISSIMO, Maria de La Ó Ramalho. **Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches municipais relativos ao cuidado da criança com infecção respiratória aguda**. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 10, n. 20, p. 487-504, Dez. 2006.

PEDUZZI, Marina et. al. **Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional**. Barueri, 2016.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos; ROCHA, Regina Lunardi; RAMOS-JORGE, Maria Letícia. **Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 26, n. 12, p. 2316-2322, Dec. 2010 .

SCHOLZE, Alessandro da Silva; DUARTE JUNIOR, Carlos Francisco; SILVA, Yolanda Flores e. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 13, n. 31, p. 303-314, Dec. 2009



CAPÍTULO 9

CONDUTA DE ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ADMISSÃO DE PACIENTES COM DOR TORÁCICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Esiquel Batista Lopes, Acadêmico de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, RS.

Gianfábio Pimentel Franco, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, RS.

Alexa Pupiara Flores Coelho, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, RS.

Renato Vargas Fernandes, Enfermeiro Residente em Cardiologia. Hospital de Clínicas de Passo Fundo\RS.

Andressa de Andrade, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, RS.


RESUMO

O objetivo desse trabalho foi identificar a produção da literatura acerca das condutas de enfermeiros do serviço de urgência e emergência de um hospital na admissão de pacientes com dor torácica. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura na Plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-SALUD) no qual foram selecionados quatro artigos científicos que irão conduzir a presente revisão. Os achados permitiram dividir a revisão de literatura em duas categorias: fatores desencadeantes, de riscos e características dos sinais e sintomas dos pacientes com dor torácica suspeita de Síndrome Coronariana Aguda e, a conduta do enfermeiro na admissão do paciente com dor torácica na unidade de urgência e emergência. Evidenciaram-se atrasos na realização do eletrocardiograma, que é a principal forma de diagnóstico de paciente com suspeita de Síndrome Coronariana Aguda. Destaca-se o comprometimento da equipe administrativa hospitalar em programar protocolos de dor torácica no setor de emergência, dando maior autonomia para o enfermeiro realizar a classificação de risco dos pacientes com dor torácica e tomar as devidas condutas com maior celeridade.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome Coronariana Aguda. Dor torácica. Cardiologia. Urgência e Emergência. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) constituem-se uma das principais causas de óbito em todo o mundo, independente de raça, cor, gênero ou classe social. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015 o quantitativo de óbitos foi de 17,7 milhões, representando 31% das mortes registradas, devido as DCV (ISSA, 2015). Ainda, segundo estes dados, 7 milhões de pessoas foram a óbito em decorrência de doenças isquêmicas do coração, sendo a Síndrome Coronariana Aguda (SCA) a principal causa de doença cardíaca (ALVES et al., 2017).




A SCA é definida por um conjunto de sinais e sintomas apresentados pelo paciente, evidenciados clinicamente e laboratorialmente por sinais de isquemia miocárdica aguda devido ao desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilidade de uma placa aterosclerótica (TEICH; ARAÚJO, 2011). Tendo em vista o aumento dos casos de SCA, este é destacado pela existência de alguns fatores de risco, sendo eles: o tabagismo, sedentarismo, histórico familiar precoce, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus* e obesidade (GRAEFF; GOLDMEIER; PELLANDA, 2012).

A SCA apresenta-se sob duas formas clínicas. A primeira refere-se às alterações eletrocardiográficas com supra desnivelamento do segmento ST (SCACSST), sendo esta sugestiva de infarto agudo do miocárdio (IAM), a qual necessita de rápido manejo. Já a segunda, apresenta alterações sem supra desnivelamento do segmento ST (SCASSST), o qual denota melhor prognóstico clínico. Entende-se que essa diferenciação é de suma importância para o tratamento imediato da SCA, bem como, para melhor prognóstico clínico (REGGI; STEFANINI, 2016).

Destaca-se como principal sintoma típico da SCA a dor torácica, a qual é compreendida como sensação de aperto, queimação ou peso na região torácica, podendo ser acompanhada por náuseas, êmese, sudorese e dispneia. Os sintomas podem ser desencadeados por esforço físico, situações de estresse ou ainda em repouso, tendo como outra característica o prolongamento desta dor - sendo maior do que 20 minutos (BERNOCHE et al., 2019).

Considerando a admissão do paciente no setor de urgência e emergência de um hospital, este sendo de pequeno, médio ou grande porte, o enfermeiro deve atentar-se para as queixas e aos sinais e sintomas referidos pelo usuário durante a realização do acolhimento. Neste sentido, as queixas com relação à dor torácica associada ao exame físico incluem observar a hipotensão arterial (PAS 85 mm/Hg), sudorese, crepitações pulmonares e taquicardia (FC >100 bpm), sendo estes os principais achados na SCA (VIEIRA et al., 2016).

Ainda, durante a admissão desse paciente é de suma importância à realização do eletrocardiograma (ECG), sendo este um importante pilar para o critério de confirmação do IAMCSST. Sua interpretação tem como fatores confirmatórios: a presença de supra desnivelamento do segmento ST, maior que 1 mm em, no mínimo, duas derivações periféricas contínuas ou 2mm em, no mínimo, duas derivações precordiais contínuas, ou presença de bloqueio completo do ramo esquerdo (BRCE) representando assim, cerca de 7% dos pacientes com IAMCSST (REGGI; STEFANINI, 2016).




Segundo a V Diretriz Brasileira de Cardiologia, em todo o paciente com suspeita de SCA deve ser realizado o ECG em até 10 minutos da sua chegada ao ambiente hospitalar. Se o primeiro ECG não apresentar alterações e não ser diagnóstico, deve-se repetir o exame em 5 a 10 minutos após a realização do primeiro ECG. Ainda, se porventura o paciente permanecer em observação, um novo exame deverá ser repetido a cada 3 horas nas primeiras 9h às 12h de observação ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica do paciente (PIEGAS et al., 2015).

Desta forma, no que tange ao manejo do paciente com SCA, destaca-se o enfermeiro, o qual atua na unidade de urgência e emergência e necessita ter conhecimento técnico, prático e científico para tomar decisões rápidas e concretas baseadas em evidências, reconhecendo situações que ofereçam riscos aos usuários com suspeita de SCA. Ainda, para subsidiar a atuação deste profissional frente ao paciente, é importante a utilização de protocolos para a otimização e sucesso do atendimento (FERREIRA; MADEIRA, 2011; VIEIRA et al., 2016).

Considerando o tema exposto, este estudo tem como objetivo identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os fatores desencadeantes, de riscos e características dos sinais e sintomas dos pacientes com dor torácica suspeita de SCA e a conduta dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência de um hospital na admissão de pacientes com dor torácica. Como questão norteadora deste estudo, temos: *“Qual a conduta dos profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência de um hospital na admissão de pacientes com dor torácica suspeita de SCA?”*.

MÉTODO

Com o propósito de atender o objetivo da presente investigação, realizou-se uma revisão integrativa de literatura, composta de uma metodologia de pesquisa baseada em seis etapas, constituídas por: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento; 6) produção do conhecimento através do artigo científico que será publicado. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).



A primeira etapa consistiu-se com a definição do tema a ser pesquisado, formando uma questão que tenha relevância para a área da saúde, definindo então como questão de pesquisa: “Qual a conduta dos profissionais de saúde do serviço de urgência e emergência de um hospital na admissão de um paciente com dor torácica suspeita de SCA? ”.

Na segunda etapa, foram definidos os critérios de inclusão: artigos de pesquisa manuscritos publicados online com texto completo, gratuito, em suporte eletrônico, idiomas em português, inglês e espanhol com recorte temporal dos últimos 5 anos (2015-2019). A definição por este recorte temporal se deu com o objetivo de obter os estudos mais recentes e relevantes para a revisão. Quanto aos critérios de exclusão, estes foram: artigos repetidos e que não possuíam relação com a temática, artigos de revisão de literatura, teses, dissertações, capítulo de livros, relatórios ministeriais, anais de congressos e/ou conferências.

Na terceira etapa ocorreram as categorizações dos estudos selecionados, tendo como objetivo a organizar as informações dos estudos selecionados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Já na quarta etapa, constituiu-se da avaliação dos estudos incluídos na revisão, onde ocorreu uma análise detalhada dos artigos selecionados. Em seguida, contemplando a quinta etapa, a interpretação dos resultados encontrados. Por fim, a última etapa teve por objetivo a apresentação/síntese do conhecimento, onde se desenvolveu um artigo apresentado os principais resultados evidenciados na análise dos estudos que contemplaram este artigo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca bibliográfica ocorreu em junho de 2020 na Plataforma da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-SALUD) com acesso as Bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados da Enfermagem) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), por meio da utilização conjunta dos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS (*Chestpain and nursing and coronary syndrome*). Com a utilização dos DeCS na base de dados emergiram 120 artigos, que após os critérios de inclusão e exclusão restaram 40 artigos. Após a leitura dos resumos, foram excluídos 36 estudos que não contemplavam o objetivo da presente pesquisa ou que não estavam liberados gratuitamente na íntegra, desta forma restaram quatro (4) artigos que conduzirão a revisão da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos quatro artigos selecionados para esta revisão, um foi publicado no ano de 2016 (TEMPASS et al., 2016 – A1), e três foram publicados no ano de 2015 (ANDRADE et al., 2015 – A2; LUZ et al., 2015 – A3; GOUVÊA et al., 2015 – A4). No que tange a metodologia utilizada pelos autores, dois são de caráter quantitativo (A1 e A3), seguidos de um estudo documental (A2) e um observacional (A4). Em relação ao país de pesquisa e publicação, os quatro estudos foram realizados e publicados no Brasil.

Após a análise, observou-se que a totalidade dos artigos selecionados dispôs da autoria de enfermeiros e foram publicados em revistas de enfermagem. Baseado na análise exposta entende-se que os profissionais enfermeiros são os primeiros a receber os pacientes nas entradas de urgências e emergências hospitalares, realizando o acolhimento e a classificação de risco dos pacientes com dor torácica. Atrelado a isso, estes profissionais buscam realizar as condutas de forma rápida e efetiva, com o objetivo de diminuir a porta de entrada desse paciente, com posterior manejo e condutas direcionadas, aumentando assim as chances de um diagnóstico rápido, preciso e a redução da mortalidade dos pacientes com suspeita de SCA.

Sendo assim, o quadro 1 traz as informações dos estudos selecionados contendo o número do artigo, referência do estudo, objetivo proposto, o local onde ocorreu o estudo e os principais resultados encontrados.

Quadro 1: Classificação dos artigos analisados

Artigo	Referência do artigo	Objetivo(s)	Tipo de estudo	Local	Principais Resultados
A1	TEMPASS, L.R. et al. Características do atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana. Revista de enfermagem da UFPE online , v.10, n. 9, p. 3293-301, set., 2016.	Caracterizar o atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita clínica ou diagnóstica de síndrome coronariana aguda.	Quantitativo	Brasil	Os 144 (2,39%) prontuários representam todos os casos relacionados à síndrome coronariana aguda, 28 atendimentos por motivo clínico e 116 para transporte de paciente com suspeita clínica ou diagnóstica de síndrome coronariana aguda. O principal desfecho foi o encaminhamento para o plantão cardiológico, representado por 74 casos.
A2	ANDRADE, K.B.S. et al. A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. Revista de enfermagem da UERJ , v.23, n.4, p. 443-448, jul/ago 2015.	Analisar o tempo de espera para a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG) dos pacientes, com suspeita de síndrome coronariana	Documental	Brasil	Foram analisados 116 exames de eletrocardiogramas, do período de janeiro e fevereiro 2010; o tempo médio do ECG inicial foi de 22 minutos.


		aguda, na sala de emergência.			
A3	LUZ, A.R. et al. Características do atendimento inicial a pessoas com síndrome coronariana aguda. Revista de enfermagem da UFPE online , v.9, n.11, p.9763-70, nov., 2015.	Analisar os atendimentos a pacientes com síndrome coronariana aguda em hospital público.	Quantitativo	Brasil	A mediana dos tempos gastos do registro até a classificação de risco, da classificação até o atendimento médico e do registro até a realização do eletrocardiograma foram 8, 27 e 47 minutos, respectivamente. Apenas 20,5% receberam a tripla terapia antitrombótica/ antiplaquetária. A média do tempo de internação 2,9 dias, 23% receberam alta e 74,3% foram transferidos.
A4	GOUVÊA, V.E.T. et al. Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. Int J Cardiovasc Sci , v.28, n.2, p.107-113, 2015.	Avaliar o atendimento a pacientes com síndrome coronariana aguda, submetidos ao sistema de triagem de Manchester aplicado por enfermeiros.	Observacional	Brasil	Dos 191 pacientes selecionados, 65,0% eram homens e 47,0% com história prévia de doença arterial coronariana. O sistema de triagem de Manchester permitiu uma correta classificação em 80,1% dos pacientes. O fluxograma “dor torácica” com o discriminador “dor precordial” foi o mais utilizado. Os tempos médios de espera para a classificação, atendimento médico e primeiro eletrocardiograma foram 12,2, 28,6 e 24,9 minutos, respectivamente.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a análise dos artigos selecionados, estes foram subdivididos em duas categorias, sendo a primeira categoria: Fatores desencadeantes, de riscos e características dos sinais e sintomas dos pacientes com dor torácica suspeita de SCA e a segunda categoria: A conduta do enfermeiro na admissão do paciente com dor torácica na unidade de urgência e emergência.

CATEGORIA 1: FATORES DESENCADEANTES, DE RISCOS E CARACTERÍSTICAS DOS SINAIS E SINTOMAS DOS PACIENTES COM DOR TORÁCICA SUSPEITA DE SCA.

Os quatro artigos (A1, A2, A3, A4) levantados para a presente revisão têm como característica em comum a predominância do sexo masculino, sendo o mais registrado. Um estudo americano corrobora com este achado, justificando que os homens procuram mais o atendimento médico ao apresentarem sinais e sintomas de SCA. Ainda, entende-se que as mulheres suportam mais os sinais e sintomas até procurarem atendimento da equipe de saúde (MIRZAEI et al., 2019).




Outros estudos trazem alguns aspectos relacionados à procura de atendimento entre os sexos. Em um estudo realizado na Bahia, os autores enfatizam que as mulheres sentem menos dores e tem sinais e sintomas de SCA menos intensos quando comparados aos homens. Ainda, os autores mencionam que as mulheres buscam formas próprias de alívio da dor e tentam ocultar os sintomas buscando auxílio médico somente em últimos casos. Por outro lado, os homens sentem mais “medo da morte” sendo este o motivo de sua busca por um sistema de saúde mais rápido, quando comparado à população feminina (MUSSI; ÁLVARO, 2010).

Outro fator de suma importância trazido nos estudos analisados é relacionado com a média de idade dos pacientes que buscaram o serviço de urgência e emergência, com dor torácica, os quais variaram de 59 a 83 anos (ANDRADE et al., 2015; GOUVÊA et al., 2015 LUZ et al., 2015; TEMPASS, 2016). Esses dados vão ao encontro de diversas publicações, as quais encontraram resultados semelhantes, apontando idades entre 41 a 83 anos, tendo uma média de 62 anos de idade (SILVA et al., 2018; TAVARES et al., 2020).

A idade acima dos 59 anos foi encontrado como sendo de maior índice mencionado nos artigos. Esses números aumentam quando se tem outros fatores de risco associado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, desta maneira aumentam as buscas pelos serviços de urgência e emergência com dor torácica suspeita de SCA. Caracteriza-se como fator de risco qualquer elemento clínico ou laboratorial associado à probabilidade da doença e sua progressão, durante um período de tempo variável (LEMOS et al., 2010).

Porém, o estudo A3 encontrou pacientes de 18 anos de idade com dor torácica. Este achado vai de encontro aos demais resultados encontrados em pesquisas (FRATICELLI, 2018). Contudo, considera-se que jovens adultos que apresentam fatores de risco para SCA, tais como tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus*, sedentarismo e alimentação inadequada, aumentam significativamente as chances de desenvolver doenças cardíacas no futuro. Ainda, quanto ao fator idade, outro estudo traz que pacientes acima dos 59 anos tem maiores riscos para SCA, quando associados a existência de fatores para doenças cardiovasculares.

Deste modo, no que tange aos fatores de risco, os artigos A2, A3, e A4 correlacionam o tabagismo, a HAS e a as doenças cardiovasculares prévias como sendo as principais morbidades presentes nos pacientes que buscaram as unidades de urgência e emergência com dor torácica. Um estudo realizado no estado de São Paulo evidencia que o sedentarismo, junto com a idade avançada, a HAS, o tabagismo, a dislipidemia, questões relacionadas com a hereditariedade,



doenças metabólicas e o estresse, foram os fatores de riscos que mais apareceram nos casos dos pacientes que procuraram a emergência com dor torácica suspeita de SCA (LEMOS et al., 2010).


Ainda, quanto aos fatores de riscos, estes podem ser divididos em modificáveis e os não modificáveis. Compreendem-se como fatores não modificáveis as questões de idade, o sexo e a hereditariedade. Já os classificados como fatores de risco modificáveis referem-se a mudança no estilo de vida dos indivíduos, onde pode se destacar o sedentarismo, o tabagismo, as dislipidemias, o estresse e a diabetes. O sedentarismo, a obesidade, a HAS e o histórico familiar são os fatores de maior risco encontrados nos estudos publicados, tanto nacional quanto internacionalmente (ALVES et al., 2017; LEMOS et al., 2010).

Em relação as características dos pacientes com SCA, o artigo A1 traz um dado importante, onde após a análise de 144 prontuários de pacientes atendidos com suspeita de SCA, 48 destes eram empregados, seguido de 20 aposentados, o que vem ao encontro de um estudo brasileiro onde a maioria dos pacientes eram idosos aposentados (LEMOS et al., 2010).

Entre a associação dos fatores de risco o artigo A1 destaca-se que os meses de maior procura por atendimento com suspeita de SCA são de março a maio, mas o período de maior prevalência são os meses de maio a setembro, que, na região pesquisada, são meses que correspondem às estações de outono e inverno, com temperaturas mais baixas (sul do Brasil). Confirmando este achado, um estudo gaúcho afirma que o Rio Grande do Sul é o estado com maior busca por atendimento nas emergências com dor torácica e alcança o segundo lugar com 19,1% em óbitos por doença cardíaca, perdendo apenas para a região nordeste que apresenta maiores números de óbitos em razão de apresentar muitas vezes ineficácias no atendimento imediato (MEDEIROS et al., 2018).

No que se refere aos sinais e sintomas apresentados, a partir do conhecimento dos fatores de risco, bem como, o público que é mais acometido por dor torácica, um estudo americano caracterizou que a maioria dos pacientes com suspeita de SCA nas unidades de urgência e emergência apresentou como sinais e sintomas característicos: dor na mandíbula, pescoço, garganta, algia torácica e intercostal. Ainda, ressalta-se que pacientes com dor irradiada para o membro superior esquerdo apresentam duas vezes mais chances de serem diagnosticados com SCA (MIRZAEI et al., 2019).

É de suma importância que o paciente que procura a unidade de urgência e emergência com dor torácica tenha uma avaliação minuciosa, pois este pode apresentar dor torácica



caracterizada como típica e atípica. Compreendem-se como dor torácica as queixas relacionadas ao tipo de dor: constrição, compressão, queimação e peso; quanto à localização: retroesternal, ombro esquerdo, pescoço, face, dentes, região interescapular e epigástrica; quanto aos fatores desencadeantes: exercício, excitação, estresse e frio. Já a dor torácica atípica refere-se ao caráter da dor, sendo do tipo facada, agulhada, pontada, com piora ao respirar; quanto à sua localização: ombro direito e hemitórax direito; e seus fatores desencadeantes: ao repouso (SANTOS; TIMERMAN, 2018).


Nestes casos, o enfermeiro que recebe o paciente na sala de acolhimento deve ficar atento aos sinais e sintomas, correlacionando com os fatores de risco e ao exame físico. Para então, tomar as devidas condutas e não perder tempo no segmento do atendimento ao paciente com dor torácica suspeita de SCA.

CATEGORIA 2: CONDOTA DO ENFERMEIRO NA ADMISSÃO DO PACIENTE COM DOR TORÁCICA NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Sabe-se, que o enfermeiro tem a capacidade técnica e científica de realizar a triagem e o acolhimento de um paciente que busca a unidade de urgência e emergência com dor torácica suspeita de SCA. Desta forma, todos os artigos analisados A1, A2, A3 e A4 trazem como resultado a demora significativa no atendimento a esses pacientes com dor torácica entre sua admissão até seu atendimento, delongando assim, seu diagnóstico e a realização dos procedimentos cabíveis, aumentando as taxas de mortalidade desta população.

Em uma revisão integrativa realizada em 2018, os autores apresentam que os protocolos de dor torácica se baseiam na investigação das características da dor torácica, além da realização e análise do ECG inicial e imediato (em até dez minutos a partir de sua admissão no setor hospitalar). Uma associação desses dois dados permite que o profissional de saúde estabeleça se o paciente é portador de um SCA (GUIMARÃES; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2018).

Os autores do artigo A2 obtiveram como resultados que o tempo de espera entre a chegada do paciente na unidade de emergência com suspeita de SCA e a realização de seu primeiro ECG foram de 22 minutos. Indo ao encontro do A2, o estudo A3 apontou que em 37 prontuários analisados, houve registro do tempo decorrido entre o registro do paciente e o primeiro ECG que variou de 2 minutos a 2 horas e 39 minutos com mediana de 47 minutos. O estudo A4 achou um tempo médio de espera da admissão até a realização do seu primeiro ECG um tempo de 24,9 minutos.




Os artigos analisados que apresentaram tempo-porta para realização do ECG (tempo entre a chegada do paciente na emergência até a realização da ECG) acima dos 10 minutos vai contra o que é apresentado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e por estudos nacionais, em que o tempo-porta ECG deve ser em até 10 minutos para aumentar as chances de sobrevivência do paciente (BERNOCHE et al., 2019; GUIMARÃES; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2018).

Alguns estudos analisados justificam a não realização do primeiro ECG dentro do tempo preconizado, apresentando como justificativas os problemas de infraestrutura e a superlotação dos serviços de emergência (SANTOS et al., 2015). Ainda, o estudo A4 discorre que muitos serviços de emergência apresentam dificuldades com profissionais e equipamentos, o que acaba gerando atrasos na realização dos primeiros procedimentos dos pacientes admitidos com dor torácica.

O artigo A2 mostra que o eletrocardiograma é o teste diagnóstico mais utilizado na avaliação inicial dos indivíduos com dor torácica ou suspeita de SCA, pois se trata de um método de baixo custo, não invasivo e disponível nas salas de emergência, devendo ser o primeiro exame na admissão ao paciente com dor torácica. Desta forma, o enfermeiro junto com a história clínica do paciente e munido do ECG, poderá facilmente confirmar ou excluir o diagnóstico de IAM, definindo assim a melhor estratégia de tratamento do paciente, aumentando seu tempo de sobrevivência (GUIMARÃES; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2018).

Ainda, quanto à atuação do enfermeiro na realização do ECG, estudos afirmam a importância do profissional em conhecer e identificar as alterações no resultado, podendo o mesmo adotar as medidas e intervenções imediatas para o tratamento dos pacientes com dor torácica suspeita de SCA (LOPES; FERREIRA, 2013). Um tempo prolongado para a realização do ECG pode contribuir para o aumento de pior resultado clínico, visto que a demora na realização do exame, bem como sua interpretação, resulta em intervenções tardias, impactando diretamente nas medidas decisivas para salvar o miocárdio.

Entende-se que em muitas instituições o papel da interpretação do ECG seja realizado pelo médico, porém, o enfermeiro é o primeiro profissional que atenderá o paciente com dor torácica na unidade de urgência e emergência. Sendo assim, o mesmo realizando o ECG e reconhecendo os traços de alterações pode priorizar o atendimento a este paciente e classificá-lo para que o mesmo seja atendido rapidamente (MONTEIRO; MARÇAL; BITENCOURT, 2018).




Uma medida importante encontrada pelos estudos analisados envolveu a classificação do paciente admitido na urgência e emergência através do sistema de triagem de Manchester, o qual é realizado exclusivamente pelo enfermeiro do setor. O termo triagem é tido como um processo que tem como objetivo designar quem é prioridade de emergência, urgência e pouca urgência, organizando o fluxo conforme o tempo estipulado para cada caso (MURRAY, 2003).

Desta forma, o sistema de triagem de Manchester possui cinco categorias de classificação e a cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo-alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, sendo: VERMELHO: emergência, tendo atendimento imediato; LARANJA: muito urgente, atendimento em até 10 minutos; AMARELO: urgente, atendimento em até 60 minutos; VERDE: pouco urgente, atendimento em até 120 minutos; e AZUL: não urgente, atendimento em 240 minutos (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2010).

O estudo A4 apresentou que 83,8% dos pacientes que buscaram a unidade de emergência foram classificados nos fluxogramas de dor torácica, onde se destaca que 80,2% dos pacientes receberam classificação na cor vermelha e na cor laranja, via sistema de triagem de Manchester, confirmando a influência dos sintomas típicos de SCA, porém, apesar da adequada classificação realizada pelo enfermeiro, o tempo de espera para a realização do atendimento médico e dos procedimentos cabíveis se excederam.

Indo ao encontro dos resultados do estudo A4, o A2 aponta que o tempo médio entre o registro do paciente até o seu atendimento pelo enfermeiro foi de 1 a 43 minutos. Ainda, destaca-se que após a realização da classificação de risco pelo profissional, o tempo médio de espera até o atendimento médico variou de 5 minutos a 3 horas e 25 minutos. Desta forma, subentende-se que o paciente precisou aguardar entre 4 minutos até 5 h e 30 minutos para ser atendido e receber as devidas condutas.

Sendo assim, compreende-se que é responsabilidade do enfermeiro na triagem garantir que o paciente que seja admitido no serviço de urgência e emergência com dor torácica, receba um atendimento ágil e eficaz a sua atual condição de saúde (NONNENMACHER, 2016), estando justificável pela a importância da preparação adequada do enfermeiro para que o mesmo utilize das atividades de acolhimento deste paciente, realizando a classificação de risco logo na sua chegada à unidade de emergência, conhecendo as melhores e mais rápidas formas de atendimento ao paciente com dor torácica suspeita de SCA (SANTOS et al., 2015).




Desta maneira, os enfermeiros de emergência são profissionais que fazem diferença ao atender pacientes com dor torácica suspeita de SCA, pois podem auxiliar no alcance dos tempos estabelecidos nos protocolos, seja ele por meio da operacionalização das etapas dos protocolos sistematizados, ou pelo gerenciamento do cuidado para a melhoria dos processos em sua própria unidade - A2.

A conduta dos enfermeiros que atuam na urgência e emergência na admissão de um paciente com dor torácica é a priorização do atendimento, caracterizando o tipo da dor torácica, avaliando com os principais fatores de risco. Ainda, este estudo apresentou como característica a autonomia do profissional enfermeiro, tendo este as atribuições de solicitar o primeiro ECG, bem como sua interpretação inicial, após realizando e solicitando exames de marcadores cardíacos, a punção de acesso venoso calibroso e a instalação de oxigênio caso necessário (CAVEIÃO et al., 2014).

Contudo, para que o enfermeiro realize as devidas condutas técnicas e científicas ao paciente admitido na emergência hospitalar com dor torácica suspeita de SCA, estes devem centrar-se em sistemas que contribuam para que as aquisições das condutas iniciais sejam cumpridas no tempo ideal preconizado. Para isso, o artigo A2 reforça que com o intuito de que este objetivo seja alcançado, isso requer esforços do grupo multidisciplinar, e não somente do enfermeiro da unidade, bem como os demais prestadores do cuidado que atuam na sala de emergência, incluindo médicos e administradores do hospital, fortalecendo a importância da implementação de um protocolo de dor torácica.

Corroborando com os achados publicados pelo A2, os autores do estudo A3 recomendam à utilização de protocolos assistenciais a pacientes com dor torácica e, a realização de treinamentos com base na educação permanente dos profissionais. Entendendo que focados nos serviços de emergência, estes profissionais, munidos de protocolos e treinamentos, garantirão o menor tempo entre à chegada do paciente até a terapêutica necessária, aperfeiçoando a qualidade da assistência e reduzindo os agravos e complicações geradas pela demora na assistência ao paciente com dor torácica.

Um estudo realizado no estado de Santa Catarina reafirma a teoria dos estudos aqui analisados (VIEIRA et al., 2016). Tal estudo teve por objetivo identificar as percepções dos enfermeiros de um serviço de emergência hospitalar, utilizando um protocolo específico de enfermagem aos pacientes com dor torácica, onde os profissionais referiram que a utilização de um protocolo proporciona a classificação do paciente de forma mais ágil e correta. Ainda,



mencionam que subsidiados por um protocolo, este vem a facilitar a diferenciação da dor torácica do paciente, resultando em um atendimento mais organizado, empático e garantindo mais segurança tanto ao paciente, quanto ao enfermeiro que realiza a triagem e a classificação de risco.


Sabe-se que o paciente que é admitido na urgência e emergência com dor torácica suspeita de SCA deve ser rapidamente atendido, acolhido e ter sido classificado de acordo com a gravidade de seu quadro clínico. Deste modo, o enfermeiro que realiza a triagem a este paciente deve atentar-se para a sua conduta frente a esta situação, evitando atraso na consulta, classificação e diagnóstico médico, a fim de não trazer danos à saúde, danos estes que podem ser irreversíveis.

CONCLUSÃO

A partir da busca dos dados para a presente revisão, foram analisados quatro estudos, sendo em sua totalidade estudos nacionais. Em unanimidade, estes mostram que o público que mais busca os serviços de urgência e emergência com dor torácica, suspeita de SCA, é do sexo masculino, sendo estes também, os mais são acometidos pelas doenças cardiovasculares.

Considerando os fatores de risco encontrados, destacam-se a HAS, a obesidades e o sedentarismo como predisponentes ao aumento de buscas pelo serviço hospitalar com dor torácica, se confirmando posteriormente com o diagnóstico de doença cardiovascular. Outro dado importante encontrado foi a relação com a idade dos pacientes que buscaram a emergência, estando acima dos 59 anos, porém já há indícios de adultos jovens que buscam o serviço de urgência e emergência com dor torácica suspeita de SCA.

Desta forma, o enfermeiro que atua no setor de urgência e emergência deve estar atento as suas condutas técnico/científicas ao receber o paciente com dor torácica, realizando-as de forma rápida e eficaz. Os estudos apontaram atrasos na realização do principal meio de diagnóstico de doença cardiovascular em pacientes com dor torácica, a realização do ECG. O mesmo deve ser realizado em até 10 minutos a partir da sua admissão, o que não foi encontrado em nenhum dos artigos analisados. Além disso, o enfermeiro deve atentar-se para a realização de uma triagem e classificação de risco adequada, considerando a queixa principal do paciente e observando os fatores de risco, a fim de acelerar o atendimento e realizar as intervenções precocemente para atingir de fato a otimização clínica do paciente, com suspeita de SCA.



Sendo assim, destaca-se o comprometimento de toda a equipe multiprofissional e das partes administrativas hospitalares para que realizem treinamentos e condutas com toda a equipe, implementando protocolos de dor torácica, concedendo mais autonomia e respaldo ao enfermeiro que realiza a classificação de risco, possibilitando assim um atendimento mais rápido e eficaz ao paciente admitido na emergência com dor torácica suspeita de SCA.

Por fim, ressalta-se a importância da realização de novos estudos que abordem as condutas do enfermeiro na admissão do paciente com dor torácica na urgência e emergência, com intuito de que sejam explorados novos métodos e estratégias para o rápido acolhimento destes pacientes, evitando atrasos no seu atendimento e nas execuções das condutas apropriadas, contribuindo assim para melhores desfechos.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.A. et al. Infarto agudo do miocárdio: a importância do profissional de enfermagem em um sistema de triagem estruturado. **Revista Saúde em Foco**, v. SN, n. 09, p.657-78, 2017.

ANDRADE, K.B.S. et al. A avaliação do tempo de espera do eletrocardiograma inicial em pacientes com síndrome coronariana aguda [Evaluation of waiting times for initial electrocardiogram in patients with Acute Coronary Syndrome]. **Revista Enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 4, p. 443-448, set., 2015.

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 3, p. 449-663, Set, 2019 .

CAVEIÃO, C. et al. Dor torácica: atuação do enfermeiro em um pronto atendimento de um hospital escola. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 4, n.1, p. 921-928, 2014.

COUTINHO, A.A.P.; CECÍLIO, L.C.O.; MOTA, J.A.C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica Minas Gerais**, v.22, n.2, p.188-198, 2012.

FERREIRA, A.M.C.; MADEIRA, M.Z.A. A Dor Torácica na Sala de Emergência: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v.4, n.1, p.50-56, Jan-Fev-Mar., 2011.

FRATICELLI, C.L.S. **Infarto Agudo do Miocárdio em adultos jovens: revisão integrativa da literatura**. 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em enfermagem) - Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, [S. l.], 2018.

GOUVÊA, V.E.T. et al. Avaliação do Sistema de Triagem de Manchester na Síndrome Coronariana Aguda. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 28, n. 2, p.107-113, 2015.



GRAEFF, M.S.; GOLDMEIER, S.; PELLANDA, L.C. Acute coronary syndrome in tobacco producers: prevalent risk factors. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.2, n.3, p.507-14, 2012.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.

GUIMARÃES, D.B.O.; RODRIGUES, T.S.; OLIVEIRA, S.C.M. Tempo porta eletrocardiograma em pacientes com dor torácica na emergência. **Revista Enfermagem da UFPE online**, v.12, n. 4, p. 1027-36, 2018.

ISSA, A.F.C. et al. **MAC: Manual de Atualização e Conduta: Síndrome Coronariana Aguda (SCA)**, 1 ed. São Paulo: PlanMark, p.11-12, 2015.

LEMOS, K.F.; DAVIS, R.; MORAES, M.A.; AZZOLIN, K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p. 129-35, mar., 2010.

LOPES, J.L; FERREIRA, F.G. Eletrocardiograma para enfermeiros. São Paulo: **Atheneu**; 2013.

LUZ, A.R. et al. Características do atendimento inicial a pessoas com síndrome coronariana aguda. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v.07, n.11, p. 9763-70, nov., 2015.

MEDEIROS, T.L.F. et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v.12, n.2, p.565-72, fev., 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n.4, p.758-64, Out-Dez., 2008.


MIRZAEI, S. et al. The quality of symptoms in women and men presenting to the emergency department with suspected acute coronary syndrome. **Journal of Emergency Nursing**, v. 45, n. 4, p. 243-253, jul., 2019.

MONTEIRO, N. O; MARÇAL, D.C; BITENCOURT, I.F. Habilidades dos enfermeiros na realização e interpretação do eletrocardiograma em pronto atendimento. **Revista Científica UniVçosa**, v.10, n.1, p. 1122-1126, jan/dez., 2018.

MURRAY, M. J. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. **Emergency Medicine Journal**, v. 15, n. 1, p. 6-10, 2003.

MUSSI, F. C.; ÁLVARO, P. Tolerância à dor no infarto do miocárdio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p.80 - 87, 2010.

NONNENMACHER L. C. **Sistema de Triagem de Manchester no Infarto Agudo do Miocárdio: determinantes da prioridade de atendimento**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de pós-graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2016. 87 f.



PIEGAS, L.S. et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n.2, p. 1 - 121, ago., 2015.

REGGI, S.; STEFANINI, E. Diagnóstico das Síndromes Coronarianas Agudas e Modelo Sistematizado de Atendimento em Unidades de Dor Torácica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 26, n. 2, p. 78-85, 2016.

SANTOS, E.; TIMERMAN, A. Dor torácica na sala de emergência: quem fica e quem pode ser liberado? **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n.4, p.394-402, 2018.

SANTOS, F. G. et al. Avaliação da qualidade do atendimento ao paciente com síndrome coronariana aguda no serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v.17, n. 4, p. 1-9, out./dez., 2015.

SILVA, L.N. et al. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes com síndrome coronariana aguda. **Revista de enfermagem da UFPE- online**, v.12, n.2, p. 379-85, fev., 2018.

TAVARES, M.M.G. Prevalência dos fatores de risco da doença coronariana em paciente submetidos a revascularização do miocárdio. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 5, p. 32- 59, abr.,2020.

TEICH, V.; ARAUJO, D.V. Estimated Cost of Acute Coronary Syndrome in Brazil. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 24, n. 2, p.85-94, 2011.

TEMPASS, L.R. et al. Características do atendimento pré-hospitalar de pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana. **Revista de enfermagem da UFPE – online**, v.10, n. 9, p.3293-301, set., 2016.

VIEIRA, A. C. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto contexto – enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-7, 2016.



CAPÍTULO 10

QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA VERIFICAÇÃO DE LESÕES CUTÂNEAS PÓS - INFILTRATIVAS

Jaciane Santos Marques, Graduada em enfermagem, UESPI
Elyrose Sousa Brito Rocha, Enfermeira e Docente do curso de Enfermagem, UESPI


RESUMO

Introdução: A preocupação das organizações hospitalares atuais, em fornecer a seu usuário uma assistência de qualidade, cresce constantemente. Diante disso, reconhece-se a importância de avaliar, controlar e aperfeiçoar a assistência de enfermagem com base em indicadores de qualidade. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir do indicador Verificação de lesões cutâneas pós- infiltrativas. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório e quantitativo realizado nas clínicas médica e cirúrgicas I e II de um hospital público e de ensino, na cidade de Teresina (PI). Os participantes da pesquisa foram os pacientes hospitalizados em uso de cateter venoso periférico, ou em uso de infusão venosa ou que o fizeram em menos de 24 horas e que apresentassem idade igual ou superior a 18 anos. A coleta e a análise dos dados foram segundo as orientações do Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem. **Resultados:** Na amostra de 656 observações, verificou-se que 232 pacientes observados da clínica médica, 225 não apresentaram flebites. Na clínica cirúrgica I, dos 216 pacientes, 200 não evoluíram com flebite e na clínica cirúrgica II, dos 208 observados, 198 pacientes não desenvolveram flebites. Além disso, observou-se que as clínicas médica (96,06%; 98,10%), clínica cirúrgica I (97,00%; 97,17%) e clínica cirúrgica II (97,30%; 92,78%) apresentaram um Índice de Conformidade Ideal superior ao preconizado pelo manual operacional, que é 80%. **Conclusão:** Constatou-se que a clínica médica, e as clínicas cirúrgicas I e II apresentaram um Índice de Conformidade Ideal superior ao preconizado, conseqüentemente em relação ao aparecimento de lesões cutâneas pós-infiltrativas, dos 656 pacientes observados, 633 não apresentaram flebite no decorrer do estudo. Reconhece-se a importância de avaliar a assistência de enfermagem baseada em indicadores de qualidade e da necessidade de desenvolver atividades educativas bem como a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente como forma de prevenir e controlar as complicações associadas aos procedimentos invasivos, dentre eles, o acesso venoso periférico.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade da Assistência à Saúde; Indicadores de Qualidade; Assistência à Saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A preocupação das organizações hospitalares atuais, em fornecer a seu usuário uma assistência de qualidade, cresce constantemente. No entanto, para a obtenção desta, necessita-se do cooperativismo de vários profissionais do serviço de saúde. Nessa relação de desempenho e resultados há uma cobrança e expectativa maior sobre os profissionais de enfermagem, que embora interajam com todas as áreas da saúde, atuam diretamente com o cliente hospitalizado durante um período maior (SIMÕES *et al.*, 2009; VITURI; MATSUDA, 2009).



Ainda que qualidade seja um termo bastante citado e possua diversas compreensões conforme sua abordagem, segundo a Fundação Nacional de Qualidade (FNQ) (2006), este termo é a totalidade de características de uma entidade (atividade ou processo, produto, organização ou uma combinação destes), que lhe confere a capacidade de satisfazer as necessidades explícitas e implícitas dos clientes e demais partes interessadas. Tratando-se do gerenciamento da qualidade em saúde, Kurganct, Melleiro e Tronchin (2008), consideram qualidade como um conceito abstrato e subjetivo, que carece de subsídios concretos e consensuais para ser adotada como ferramenta de avaliação de decisões e ações gerenciais.


Para Simões *et al.* (2009), os serviços de enfermagem inseridos nesse contexto se deparam com desafios no sentido de atender às demandas de clientes internos e externos, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial no contexto hospitalar. Esta qualidade precisa estar presente durante todo o processo de discussão do cuidado, uma vez que o foco da assistência de enfermagem deve ser o indivíduo e o atendimento de suas necessidades.

Para alcançar uma qualidade de excelência, a adoção de indicadores nos serviços oferecidos aos clientes tornou-se quase um imperativo para as organizações modernas, sendo que a área hospitalar também incorporou esta prática. A utilização de indicadores traz como benefícios a possibilidade de, constantemente, acompanhar a qualidade do atendimento de saúde e de enfermagem. Além disso, permite a comparação dos escores entre hospitais e, em um mesmo hospital, entre diferentes setores e no mesmo setor ao longo do tempo (MOURA *et al.*, 2009).

Diante dessa proposição, a implementação de estratégias que possibilitem avaliar esses atributos vem despontando no cenário atual, sendo cada vez mais a utilização de indicadores pelos profissionais de saúde, uma necessidade na busca da eficiência e da eficácia dos resultados organizacionais (MENEZES; BITTENCOURT; MENEZES, 2013).

Dentre os procedimentos terapêuticos presentes na prática clínica da equipe de enfermagem, a Terapia Intravenosa constitui-se em modalidade que acompanha o paciente em todas as fases do tratamento, tendo como objetivo a administração intravenosa de fluidos para corrigir ou prevenir os distúrbios hidroeletrólíticos, o que permite o acesso direto ao sistema vascular ao favorecer a infusão contínua de líquidos durante um período de tempo (POTTER; PERRY, 2009; MENEZES; BITTENCOURT; MENEZES, 2013).

Dessa forma, a preservação da rede venosa se faz imprescindível na assistência de enfermagem, pois o uso constante dessa via, para aplicação dos mais variados medicamentos



e/ou soluções endovenosas, leva a problemas cada vez mais sérios de visualização e acesso ao vaso (DOMINGUES; MORAES; F. JÚNIOR, 2012).

Dentre as complicações mais frequentes no ambiente hospitalar relacionadas à Terapia Intravenosa está a Flebite (MAGEROTE *et al.*, 2011), que segundo o Programa “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” (CQH) (2012), consiste em um processo inflamatório na parede da veia, associado ao eritema, com ou sem dor, edema, endurecimento do vaso ou cordão fibroso palpável, com ou sem drenagem purulenta.


No que se refere à enfermagem, a avaliação da qualidade dos procedimentos como os que envolvem a infusão venosa, com o uso de indicadores, é importante e necessário porque os seus resultados fornecem dados que possibilitam a elaboração de diretrizes e parâmetros sobre o cuidado prestado, com foco na melhoria dos processos e dos procedimentos (MEIRELES *et al.*, 2011).

Acredita-se que a qualidade da assistência é algo a ser buscado todos os dias, o que lhe concede relevância, o que passa a ser alvo de diversos estudos. E dessa forma, a perspectiva de se pesquisar nessa área é contribuir para possibilitar e assegurar a eficácia nos serviços de saúde e conseqüente satisfação dos usuários, bem como o respaldo aos profissionais que promovem essa assistência, dentro de suas condições de trabalho e limitações. Desta forma, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir do indicador de qualidade “Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas”.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa realizado em um hospital geral público e de ensino, do Estado do Piauí, composto por 1.837 funcionários e 316 leitos. É referência na rede do Sistema Único de Saúde, atendendo casos complexos que não são resolvidos em hospitais de bairros e do interior do Estado. Esta instituição possui o programa Gestão de Qualidade implantado no ano de 2012 com o processo de acreditação hospitalar.

Dentre as especialidades que compõem este hospital, optou-se pela escolha das clínicas médica e cirúrgicas para a realização do estudo por observar que nestas clínicas havia muitos pacientes internados e que a maioria destes eram submetidos ao uso do acesso venoso periférico em maior quantidade em relação a outras clínicas.



A população da pesquisa foram os pacientes hospitalizados nas clínicas médica e cirúrgicas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pacientes hospitalizados em uso de cateter venoso periférico no período da coleta de dados; pacientes hospitalizados em uso de infusão venosa ou que o fizeram em menos de 24 horas e pacientes que apresentassem idade igual ou superior a 18 anos.

O instrumento utilizado para a coleta de dados baseou-se no Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem (VITURI, 2007), desenvolvido e validado na língua portuguesa, abordando o indicador: Lesões cutâneas pós infiltrativas, por meio de questões fechadas com o propósito de mensurar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir da ocorrência dos eventos adversos envolvidos.

Os dados foram coletados mediante os critérios de inclusão e através da observação direta dos pacientes internados na unidade, com acesso venoso periférico por meio de cateter de metal ou cateter plástico. Foram 14 dias aleatórios no mês da realização da coleta, sendo que esta avaliação ocorreu em dois momentos com intervalo trimestral: uma no mês de novembro do ano de 2014 e a outra no mês de março do ano de 2015.

Os dados coletados foram digitados e transferidos para planilhas eletrônicas do programa *Microsoft Excel* – 2010. Para a realização dos cálculos do indicador utilizou-se as instruções constantes no Manual Operacional dos Indicadores de Qualidade do Cuidado de Enfermagem (VITURI, 2007). Empregou-se a seguinte fórmula para o cálculo do indicador Verificação de lesões cutâneas pós- infiltrativas:

$$\frac{\text{Número de pacientes com infusão venosa sem lesões cutâneas pós-infiltrativas, associadas à punção venosa para infusão de soro e/ou medicações/dia}}{\text{Número de pacientes com acesso venoso no período}} \times 100$$

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual do Piauí com o CAAE nº 14048713.3.0000.5209, bem como da instituição hospitalar onde foi realizada a coleta de dados. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa foram coletados em dois momentos durante um intervalo de tempo de três meses, através da observação direta dos pacientes. Primeiramente, as unidades foram avaliadas no mês de novembro de 2014 e, posteriormente, no mês de março de 2015, com o objetivo de observar a qualidade da assistência de enfermagem prestada em relação ao indicador estudado nesses dois períodos de tempo. Ao final da coleta, realizaram-se 656 observações, sendo 232 na clínica Médica; 216 na clínica Cirúrgica I e 208 na clínica Cirúrgica II.

Para a discussão dos dados nas tabelas, utilizou-se o Índice de Conformidade Ideal (ICI) proposto por Vituri e Matsuda (2009), que adotou como percentual para o indicador Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas (indicador 4), de 80%, pois a ocorrência destas lesões não está relacionada apenas à habilidade técnica da equipe de enfermagem. Os resultados das punções venosas periféricas dependem também da qualidade do material utilizado no procedimento, do tipo de droga/solução infundida e de fatores inerentes ao próprio paciente (VITURI; MATSUDA, 2009).

A seguir, os resultados estão dispostos nas tabelas e em cada tabela consta os dados de uma clínica estudada nos dois meses de coleta, apresentando a quantidade e percentuais de adequação encontrados nas clínicas em estudo.

Tabela 1: Distribuição do indicador - Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas da Clínica Médica nos meses de novembro e março. Teresina, PI, Brasil, 2015

Descrição	Novembro		Março	
	n	%	n	%
Nº de pacientes sem lesões cutâneas pós-infiltrativas	122	96,06	103	98,10
Nº de pacientes com lesões cutâneas pós-infiltrativas	5	3,94	2	1,90
Total	127	100	105	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2: Distribuição do indicador - Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas da Clínica Cirúrgica I nos meses de novembro e março. Teresina, PI, Brasil, 2015

Descrição	Novembro		Março	
	n	%	n	%
Nº de pacientes sem lesões cutâneas pós-infiltrativas	107	97,00	103	97,17
Nº de pacientes com lesões cutâneas pós-infiltrativas	3	3,00	3	2,83
Total	110	100	106	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3: Distribuição do indicador - Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas da Clínica Cirúrgica II nos meses de novembro e março. Teresina, PI, Brasil, 2015

Descrição	Novembro		Março	
	n	%	n	%
Nº de pacientes sem lesões cutâneas pós-infiltrativas	108	97,30	90	92,78
Nº de pacientes com lesões cutâneas pós-infiltrativas	3	2,70	7	7,22
Total	111	100	97	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4: Comparação do indicador - Verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas das clínicas Médica, Cirúrgica I e Cirúrgica II nos meses de novembro e março. Teresina, PI, Brasil, 2015


Descrição	Novembro (n)			Março (n)		
	Méd.	Cir. I	Cir. II	Méd.	Cir. I	Cir. II
Nº de pacientes sem lesões cutâneas pós-infiltrativas	122	107	108	103	103	90
Nº de pacientes com lesões cutâneas pós-infiltrativas	5	3	3	2	3	7
Total	127	110	111	105	106	97

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme mostra nas tabelas 1, 2, e 3 ao comparar os resultados obtidos entre as clínicas em estudo, observou-se que as clínicas médica (96,06%; 98,10%), clínica cirúrgica I (97,00%; 97,17%) e clínica cirúrgica II (97,30%; 92,78%) apresentaram um ICI superior ao preconizado pelo manual operacional, que é 80%. Na tabela 4, no mês de novembro a clínica que apresentou maior número de pacientes sem lesões cutâneas pós-infiltrativas foi a clínica médica (122) e no mês de março foi tanto a clínica médica (103) quanto a cirúrgica I (103), demonstrando que o aparecimento de lesões cutâneas pós-infiltrativas nesse estudo foi pouco expressivo.

Com relação ao indicador de verificação de lesões cutâneas pós-infiltrativas, as clínicas avaliadas de forma separada apresentaram-se equivalentes, pois os resultados superaram o estabelecido no manual operacional que preconiza o ICI de 80%, embora o tempo de permanência destes cateteres periféricos ultrapassasse o recomendado para prevenção de infecções relativas ao cateter venoso periférico que é de 72 a 96 horas (BRASIL, 2013).

Apesar de Meireles e colaboradores (2011), descreverem que quanto maior for o tempo de permanência do cateter venoso periférico maior é o risco de complicações infecciosas, e Pereira e Zanetti (2000), considerarem que se o tempo de permanência for acima de 48 horas



aumenta-se aproximadamente em 30% o risco de flebite e que a partir de 72 horas o risco eleva-se para 39 a 49%, o que percebe-se no presente estudo que não houve relação entre o tempo de permanência do cateter e o aparecimento de flebites.


Em discordância com o estudo atual, tem-se a pesquisa realizada por Tertuliano *et al.* (2014), que na amostra de 76 pacientes avaliados, 24 (31,6%) evoluíram com flebite, com tempo de permanência dos cateteres venosos variando de três a 120 horas. E o estudo feito por Magerote *et al.* (2011), que avaliou 155 cateteres intravenosos periféricos e 40 (25,8%) sítios de inserção, desenvolveram flebite com tempo de permanência menor ou igual a 72 horas. Um dos fatores desencadeantes para o surgimento de lesões cutâneas pós-infiltrativas nesses estudos foi o fator tempo, embora haja outros contribuintes para o desenvolvimento de flebites.

Por mais que no presente estudo o percentual de lesões cutâneas pós-infiltrativas tenha superado o recomendado, é essencial que os cuidados técnicos recomendados sejam realizados a fim de se prevenir e/ou reduzir as iatrogenias relacionadas à instalação do dispositivo (SIMÕES *et al.*, 2009; WIELENS *et al.*, 2014). Além disso, são necessárias ações educativas e capacitação da equipe de enfermagem para o manejo da terapia intravenosa, principalmente no que se refere à detecção precoce da flebite (MAGEROTE *et al.*, 2011).

Destaca-se que além do fator humano para o desenvolvimento de lesões cutâneas pós-infiltrativas, tem-se o tipo de material utilizado na fabricação dos cateteres que podem influenciar diretamente na ocorrência de complicações. Ressalta-se que o tempo de troca do cateter depende ainda do tipo de material, pois o fabricado com teflon possui o tempo de permanência de até 72 horas e o confeccionado com poliuretano de 96 horas (BRASIL, 2013). Desta forma, há a necessidade de monitorar o tempo de permanência deste cateter através da identificação adequada do acesso venoso periférico.

Segundo Vituri (2007), a necessidade da identificação do acesso venoso periférico não é um excesso de zelo, como considera grande parte dos profissionais do cuidado, mas um cuidado que demonstra a preocupação do profissional com o bem-estar do indivíduo sob seus cuidados, pois não consome tempo extra do profissional que punciona a veia do paciente e assegura que o mesmo acesso não permaneça por tempo além do recomendado, o que aumenta o risco de infecções relacionadas.

Portanto, identificar e relatar os eventos adversos que ocorrem na instituição evidencia que os profissionais de saúde, além de reconhecerem e notificarem o risco, adotam medidas preventivas para possíveis correções, para minimizar ou eliminar a sua ocorrência, e ainda



acompanhar o desenvolvimento das ações implantadas para melhoria da prática em saúde. Conhecer e entender os eventos adversos, seu gerenciamento, controle e fatores de risco, permite, a toda a equipe multidisciplinar, a implementação de medidas preventivas e tratamento eficazes, sendo as evidências científicas uma fonte de estímulo e meio para a conscientização dos profissionais de saúde para a abordagem sistêmica dos eventos adversos (CARNEIRO *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O principal objetivo do estudo foi avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem em relação a verificação de lesões cutâneas pós- infiltrativas em uma instituição pública que tem a Gestão de Qualidade implantada no seu serviço como modelo gerencial. Após a análise e discussão dos resultados, os objetivos do estudo foram alcançados.

Como resultado, constatou-se que a clínica médica, e as clínicas cirúrgicas I e II apresentaram um ICI superior ao preconizado, conseqüentemente em relação ao aparecimento de lesões cutâneas pós-infiltrativas, dos 656 pacientes observados, 633 não apresentaram flebite no decorrer do estudo.


Assim, reconhece-se a importância de avaliar a assistência de enfermagem baseada em indicadores de qualidade e da necessidade de desenvolver atividades educativas, bem como a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente como forma de prevenir e controlar as complicações associadas aos procedimentos invasivos, dentre eles, o acesso venoso periférico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional De Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Brasília: 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MOD=AJPERES> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

CARNEIRO, F. S. *et al.* Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 19(2):204-11, abr/jun, 2011.

DOMINGUES, G.; MORAES, F. R. R. L.; F. JÚNIOR, M. A. Tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite relacionado ao sítio de inserção. **Revista científica indexada linkania júnior**, ano 2, n. 3, abril/julho, 2012.



FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006- 2007). São Paulo: **FNQ/CQH**; 2006.

KURGANCT, P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, n.5, p.539-44, set – out, 2008.

MAGEROTE, N. P. *et al.* Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 20(3): 486-92, Julho-Setembro, 2011.

MEIRELES, V. C. *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado relacionado ao acesso venoso periférico. In: VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 2011, Maringá. **Anais eletrônicos** do VII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, Centro Universitário de Maringá. Editora: Cesumar, Maringá – Paraná, 2011. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/viviani_camboin_meireles.pdf. Acesso em 21 abr. 2015.

MENEZES, V. P. S.; BITTENCOURT, A. R.; MENEZES, M. F.B. Infecção relacionada a cateter venoso central: indicador de qualidade da assistência em oncologia. **J. res.: fundam. care. online.** 5(3):373-385 jul- set, 2013.

MOURA, G. M. S. S. *et al.* Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.136-40, 2009.

PEREIRA, R. C. C.; ZANETTI, M. L. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p.21-27 – outubro, 2000.


POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SIMÕES, S. C. *et al.* Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30, n.2, p.263-71, jun, 2009.

TERTULIANO, A. C. *et al.* Phlebitis associated with peripheral intravenous catheter among in-patients of a Hospital in Vale do Paraíba. **Rer. Min. Enferm.**, 18(2): 334-339, abr- jun, 2014.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p.429-37, 2009.

VITURI, W. V. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem.** 2007. 00 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Maringá, Maringá (PR), 2007. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select_action=&co_obra=132210. Acesso em: 10 ago. 2014.



WIELENS, T. N. *et al.* Cuidado de enfermagem na terapia intravenosa como um indicador de qualidade. In: **XXII Seminário de Iniciação Científica**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI – RS), 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/viewFile/3450/2851>>. Acesso em: 25 abr. 2015



CAPÍTULO 11

PERSPECTIVAS DO CUIDADOR FAMILIAR NO CUIDADO AO IDOSO

Jefferson Nascimento dos Santos, Graduando em fisioterapia, UniAteneu - (Grupo de estudos em antropologia e saúde coletiva)

Lizandra Tereza de Souza Vasconcelos, Graduando em fisioterapia, UniAteneu - (Grupo de estudos em antropologia e saúde coletiva)

Maria Erisnilda Nunes Irineu, Graduando em fisioterapia, UniAteneu - (Grupo de estudos em antropologia e saúde coletiva)

Jonas Loiola Gonçalves, Mestrando no programa pós-graduação em Saúde Coletiva, UNIFOR

Rafaele Teixeira Borges, Doutora em Saúde Coletiva, UniAteneu - (Grupo de estudos em antropologia e saúde coletiva)

RESUMO

Objetivo: Identificar os sentidos do cuidador familiar no que se refere ao cuidado do idoso, refletindo as repercussões em aspectos físicos, sociais e culturais relativos aos sentidos e experiências envolvidos nesta atividade. Métodos: Trata-se de uma revisão integrativa, que se utilizou das bases de dados LILACS, SciELO e PubMed. Os critérios de inclusão não envolveram recorte temporal e levaram em consideração a presença de texto completo em português e inglês, além de metodologia qualitativa. Resultados: Encontraram-se 211 artigos, dos quais 25 foram analisados e 07 inclusos neste trabalho. Foi observado que esta é uma temática pouco abordada na literatura, sendo evidenciada a figura feminina como presença dominante na atividade de cuidadora, e com repercussões negativas na saúde psicossocial. Conclusão: É importante descrever os sentidos, percepções e repercussões do cuidador familiar diante da dinâmica do cuidado, evidenciando-se um impacto negativo na saúde. Encorajamos análises futuras desta dinâmica.


PALAVRAS-CHAVE: Idosos. Cuidadores. Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que ganha dimensões mundiais, podendo vir acompanhado de problemas físico e/ou psíquico, decorrentes de fatores contextuais favorecendo o surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (ILHA et al., 2016; VIEIRA et al., 2012; GIACOMIN et al., 2005).

Este processo envolve alterações fisiológicas e funcionais além das relações socioambientais destes indivíduos. Desta maneira a saúde do idoso concerne de uma interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social e suporte familiar. (VIEIRA et al., 2012; GIACOMIN et al., 2005).

A existência de incapacidade funcional é o fator determinante para a necessidade de um cuidador, que irá por meio de suas atividades suprir a incapacidade funcional, seja temporária



ou definitiva. A figura deste já é assimilada, nos países desenvolvidos, como um parceiro da equipe de saúde, mas ainda é infrequente no Brasil (VIEIRA et al., 2012; GIACOMIN et al., 2005).

Dentre o contexto familiar, a função de cuidador tende a ser assumida por uma única pessoa tornando este um elo entre o idoso, família e a equipe de saúde. Alguns fatores, como o parentesco, gênero e proximidade afetiva, tornam-se um mecanismo de filtrar e designar quem assumira o posto de cuidador, sendo em determinados momentos uma imposição por parte da família (ILHA et al., 2016; OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Predominantemente o cuidador familiar não só assume as tarefas relativas ao cuidado como também relativas à rotina do lar, da família, e sua vida pessoal, resultando em um desgaste e ao mesmo tempo uma sobrecarga emocional, física e psicológica. As repercussões desta sobrecarga são ilimitadas podendo perdurar por toda a vida, já que ocorre uma abnegação da vida pessoal por uma vida de cuidados (OLIVEIRA; CALDANA, 2012; GIACOMIN et al., 2005).


Portanto, este trabalho tem por intuito colher na literatura, seguindo a linha das evidências científicas que permeiam a experiência do cuidador familiar perante o cuidado para com o idoso, demonstrando os principais pontos relativos aos sentimentos e experiências deste cuidado em aspectos físicos, sociais e culturais.

Este estudo mostra sua relevância para a discussão acadêmica, quando buscamos nesta revisão apontar os principais aspectos da atual conjuntura do cuidador familiar. Como ele interpreta esse cuidado, quem é o cuidador, seus motivos e sentimentos e qual o real impacto destas atividades em sua vida pessoal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa cujo método de pesquisa tem como objetivo identificar os estudos já presentes na literatura e obter conclusões exaltando as melhores evidências científicas a partir de um assunto pré-definido.

O presente estudo desenvolveu-se em seis etapas: discussão do problema e formulação da pergunta norteadora; coleta de dados; avaliação; análise; interpretação dos dados coletados e construção do manuscrito. Foram realizadas buscas de dados junto à biblioteca virtual de saúde (BVS) pela base de dados literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (Lilacs); portal científico eletrônico online (SciELO), e PubMed sem recorte temporal, pois



pretendia-se fazer uma análise global acerca da temática, e visto o baixo índice de publicações nacionais.

A seleção do material ocorreu nos meses de setembro a novembro de 2017, por meio das palavras-chave: idoso, cuidadores, Brasil. Realizando por 2 pesquisadores, aplicando a mesma estratégia de busca.

Após a busca inicial por meio das palavras-chave, ocorreu a leitura prévia dos títulos e resumos para refinamento. Por conseguinte, foram analisadas e selecionadas as publicações de interesse para esse estudo obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: textos na forma de artigos, disponíveis na íntegra gratuitamente em meio eletrônico, no idioma português e inglês, publicados em periódicos nacionais, e com metodologia/delineamento qualitativo, abordando a temática dos sentidos, percepções e/ou impactos na vida vivenciados por cuidadores familiares de idosos em domicílio. Optou-se por incluir apenas estudos nacionais pois pretendia-se compreender este fenômeno no contexto da população brasileira. Estudos de revisão ou de abordagem metodológica quantitativa foram excluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se as bases de dados utilizadas foram rastreados 211 estudos. Destes, ao aplicar os filtros de buscas, chegou ao número de 25 artigos para avaliação do texto completo. 18 estudos não responderam aos critérios inclusivos e por este motivo foram excluídos. Ao final foram selecionados 7 trabalhos para comporem a presente revisão, destes, três trabalhos advindos do portal Scielo, e quatro trabalhos da base Lilacs.

Na sequência realizou-se a leitura exhaustiva dos artigos selecionados, a fim de identificar por uma análise de conteúdo dos textos os sentidos e/ou vivências que afetem de alguma maneira a vida e/ou saúde do cuidador, posteriormente houve a extração e organização dos dados que serão apresentados nos resultados, na forma de quadro demonstrativo e das temáticas identificadas para discussão: Relação parentesco e Cuidado; Ato de cuidar e Herança histórico-cultural; Cuidador e Agravos na saúde.

Foram identificados 7 estudos, publicados entre 2004 e 2017 demonstrando uma regularidade de publicações qualitativas, utilizando a entrevista como principal método de coleta de dados. Os dados são apresentados abaixo no quadro 1, organizados em ordem decrescente de publicação.

Quadro 1. Revisão da literatura (Sentidos e percepções do cuidado ao familiar)


Autor	Ano	Métodos	Principais Resultados
Meira et al.	2017	Técnica de história oral de vida	O cuidado doméstico-familiar é fortalecida pela atitude dos idosos preferirem ser cuidados por mulheres, reforçando a ideia da mulher na assistência do idoso dependente, advinda de uma herança histórico-cultural presente em várias gerações.
Ilha et al.	2016	Técnica de grupo focal com discussões abertas	A complexidade do cuidador no entorno familiar sugere a realização de maiores vivências sobre as dificuldades de ordem física, mental e social para que possam ser minimizados por meio da construção e socialização de estratégias coletivas tendo participações do idoso nesse processo.
Oliveira e Caldana	2012	Entrevista	Há apontamentos sobre o impacto negativo na vida conjugal, social e na liberdade decorrente da nova tarefa.
Vieira et al.	2012	Entrevista semiestruturada	É evidenciada a grande sobrecarga gerada nos cuidadores ao assumir não só o cuidado como outras atividades domésticas, influenciando na dinâmica saúde-doença do mesmo.
Sena e Gonçalves	2008	Entrevista não diretiva	O cuidado familiar parte da ambiguidade, entre pessoal e impessoal. No qual o cuidador vê o ato de cuidar como uma prática de amor ao próximo, trazendo para si novas perspectivas de cura emocional e formas de transmitir afetividade ao ente cuidado.
Giacomin et al.	2005	Entrevista gravada com roteiro sugestivo	A cômputo ao assumir o papel de cuidadora por imposição cultural e moral, abnega em diversos momentos de sua existencialidade. Referindo falta de apoio familiar e políticas públicas, subsidiárias deste cuidado, tornando a mulher autodidata ao ofertar os cuidados. Ao vivenciarem o envelhecimento juntos, estabelece-se uma situação de vulnerabilidade social e de saúde, tendo a religiosidade, um refúgio.
Cattan e Gurardon-Perlini	2004	Entrevista semiestruturada	Uma melhor assistência familiar, promove relações de cuidado e apoio ao familiar, evitando que o desgaste do cuidador se torne rotina.

Fonte: Autores (2018)

Analisando os dados obtido nesta revisão, percebe-se que a qualidade de vida do cuidador familiar é um tema pouco abordado na literatura. Os estudos são insuficientes ao nível internacional e escassos de âmbito nacional, assim como a elaboração de estratégias que possibilitem a melhora na qualidade de vida e a diminuição da sobrecarga do cuidador familiar.

Segundo o estudo de Pereira e Soares (2015), a maioria dos cuidadores são do sexo feminino, cônjuges e filhas, que corrobora com os dados encontrados na literatura do perfil de cuidadores familiares de pessoas idosas. Contudo, destaca-se que há crescente participação dos homens e esse dado foi encontrado em poucos estudos.

A parte do estudo que foi sistematizado e com o envelhecimento populacional, podemos observar que quanto maior a relação de parentesco com o idoso, maior as possibilidades deste indivíduo vir a tornasse o cuidador, ocorrendo maior preferência pela esposa ou filhos, por imposição cultural e moral, não sendo um ato totalmente voluntário.



Esse aumento da longevidade, existe uma tendência de crescimento no número de cuidadores com idade superior a 60 anos, esses na maioria das vezes cuidam de seus cônjuges ou pais. Nesta continuidade é essencial levar em consideração as condições físicas desses cuidadores que podem se tornar doentes em potencial, além do mais, se faz necessário meditar que a capacidade funcional destes está constantemente em risco (PEREIRA; SOARES, 2015).

RELAÇÃO PARENTESCO E CUIDADO


É evidenciado que o grau de parentesco é um fator determinante quando se coloca em pauta o cuidador familiar. A maioria dos cuidadores são filho (as) do idoso, os quais vivenciam diariamente muitas dificuldades associadas a exclusividade do cuidado sem auxílio de outros familiares (DANTAS et al., 2015; LOUREIRO et al., 2014; GRATÃO et al., 2013; ALMEIDA et al., 2012; STACKFLETH et al., 2012).

Simultaneamente, observa-se as dificuldades advindas do cuidado que envolva pai e filha, quando ambos têm que lidar com a nudez, algo nunca visto antes do idoso estar submetido a condição de dependente (REIS et al., 2016). Os filhos(as) acabam por assumir essa reponsabilidade em decorrência de uma obrigação, o cuidado aos pais é realizado como forma de reconhecimento pelo cuidado recebido durante toda a vida, além disso considera-se também o vínculo afetivo entre pai/mãe e filho (a) (MEIRA et al., 2017).

ATO DE CUIDAR E HERANÇA HISTÓRICO-CULTURAL

O ato de cuidar é considerado uma herança histórico-cultural para a figura feminina, uma vez que historicamente a mulher assume o papel do cuidado familiar enquanto o homem é responsável por garantir suprimentos financeiros a família (MEIRA et al., 2017; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Embora muitas vezes essa função não seja um ato planejado, essas mulheres cuidadoras o fazem com amor e devoção, incluindo cunhos religiosos e humanísticos como justificativa para o processo de cuidar (MEIRA et al., 2017).

Esse cuidado característico é evidenciado por Reis et al. (2016) quando, revelam que a cuidadora coloca as prioridades do idoso dependente como fundamentais não priorizando seus próprios anseios, além disso é evidenciado o sentimento de gratidão vivenciado por essas mulheres. Em contrapartida Oliveira e Caldana (2012) notabilizam, o relato de mulheres que se sentem sobrecarregadas em vários aspectos da vida pessoal e social em função do encargo que lhes foi atribuído. Sobrecarga essa, proveniente do grau de demanda do cuidado e acometimento



físico-cognitivo do idoso que, também é descrita por Loureiro et al. (2014), onde 96,2% dos cuidadores participantes eram do sexo feminino.

Segundo Anjos et al. (2014), o predomínio de cuidadores do sexo feminino, tendo filhos e com união estável corrobora com os achados de estudos. Esse achado reforça o papel social da mulher que historicamente é determinado com a função de provedora de cuidados, visto como natural pela mulher e pela sociedade, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica.


CUIDADOR E AGRAVOS NA SAÚDE

Alterações em estado físico e emocional comumente são evidenciados, o que traz à discussão os fatores tensionais gerado pelo cuidado, tais como stress crônico, depressão, ansiedade, acometimento de doenças prévias ou desenvolvimento de sintomatologias psicossomáticas, são afecções promulgadas no estado de saúde do indivíduo cuidador, em decorrência das atividades cuidadoras realizadas. Pressupõe-se então uma diminuição na qualidade dos cuidados prestados ao idoso e negligência pessoal do cuidador (COUTO et al., 2016; FERNANDES; GARCIA, 2009).

Em uma meta-análise mostrou-se que cuidadores, principalmente mulheres e cônjuges, apresentaram níveis mais elevados de depressão e sobrecarga no ato de cuidar e níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e saúde percebida (BRIGOLA et al., 2017).

Existe uma relação direta entre stress pelo cuidado, suporte social, insônia e satisfação com a vida. Foi demonstrado em estudos que os idosos cuidadores com alto stress, possuam elevadas chances de desenvolverem insônia. E uma baixa satisfação com a vida quando há baixos níveis de suporte social, entretanto é um pressuposto relativo, pois ao comparar as idades dos cuidadores, o grupo de idosos mais velhos podem apresentar satisfação com a vida, em grau bom ou intermediário, mesmo com baixo suporte social (TOMOMITSU, 2014; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

As variáveis interferem diretamente no grau de funcionalidade do indivíduo e qualidade de vida; a insônia sendo relacionada diretamente com o nível de fadiga apresentada. E o grau de satisfação com a vida possivelmente pressupõe um estado depressivo, e associada ao stress e fadiga, leva a reclusão pela baixa sociabilidade e perda de interesse para as atividades de vida. De maneira geral, há maior incidência de ansiedade, depressão e baixa autoestima, repercussões



negativas decorrentes da exaustão causada pelo cuidado, muitas vezes (TOMOMITSU, 2014; PEREIRA; CARVALHO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é importante descrever os sentidos, percepções e repercussões do cuidador familiar diante da dinâmica do cuidado. A partir da análise e discussão evidencia-se um impacto negativo na saúde destes, principalmente em âmbito psíquico e social. Encorajamos maiores análises futuras desta dinâmica na população brasileira, visto que o processo de cuidar apresentam fatores culturais, contextuais e particulares em diferentes grupos populacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. *et al.* Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto contexto enferm.** v. 21, n. 3, p. 543-548, 2012.

ANJOS, K. F. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto contexto enferm.** v. 23, n. 3, p. 600-608, 2014.

BRIGOLA, A. G. *et al.* Perfil de Saúde de cuidadores familiares de idosas em sua relação com variável do cuidado: um estudo no contexto rural. **Rev. bras. geriatra. gerontol.** v. 20, n. 3, p. 409-420, 2017.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista eletrônica de enfermagem.** v. 6, n. 2, p. 254-71, 2004.

COUTO, A. M. *et al.* Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene.** v. 17, n. 1, p. 76-85, 2016.


DANTAS, T. M. *et al.* Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Rev. bras. promoc. saúde.** v. 28, n. 3, p. 411-417, 2015.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 43, n. 4, p. 818-824. 2009.

GIACOMIN, K. C. *et al.* Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, n. 5, p. 1509-1518, 2005.

GRATÃO, A. C. M. *et al.* Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

ILHA, S. *et al.* Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Esc. Anna Nery.** v. 20, n. 1, p. 138-46, 2016.



LOUREIRO, L. S. N. *et al.* Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev. bras. enferm.** v. 67, n. 2, p. 227-232. 2014.

MEIRA, E. C. *et al.* Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Esc. Anna Nery.** v. 21, n. 2, e20170046, 2017.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde Soc.** v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012.

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 20, n. 12, p. 3839-3851. 2015.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas em psicol.** v. 20, n. 2, p. 369-384, 2012.

REIS, C. C. A. *et al.* Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. **Esc Anna Nery.** v. 20, n. 3, e20160070, 2016.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de alzheimer - perspectiva da filosofia de merleau-ponty. **Texto contexto enferm.** v. 17, n. 2, p. 232-40, 2008.

STACKFLETH, R. *et al.* Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta paul. enferm.** v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

TOMOMITSU, M. R. S. V. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014.

VIEIRA, L. *et al.* Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Rev. bras. geriatra. gerontol.** v. 15, n. 2, p. 255-264, 2012.



CAPÍTULO 12

O ENFERMEIRO NO CUIDADO DO PACIENTE COM HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA

Rayrane Clarah Chaveiro Moraes, Enfermeira, USP
João Vitor Andrade, Enfermeiro, USP
Aline Alves Fernandes, Enfermeira, UFG
Juliana Cristina Martins de Souza, Enfermeira, USP
Luma Nunes Camilo, Enfermeira, UFV
Karen de Oliveira Santana, Enfermeira, USP
Shirley Aparecida da Silveira, Enfermeira, UFV
Letícia Marques da Silva Neto, Enfermeira, USP

RESUMO


A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. Figura-se como um problema de saúde pública, sendo que o Brasil ocupa o segundo lugar em número absoluto de casos, atrás apenas da Índia. Objetivou-se sistematizar as ações do Enfermeiro exercidas durante o cuidado do paciente com hanseníase. Revisão integrativa, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2020, nas bases de dados CINAHL (Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (U.S. National Library of Medicine National Institute of Health), SciELO (Scientific Electronic Library Online). Após aplicação dos critérios, foram selecionados 10 artigos. O Enfermeiro atua no controle e prevenção da hanseníase por meio da consulta de enfermagem, avalia o estado geral do paciente, as incapacidades físicas, realiza exames dermatológicos e administra as doses supervisionadas do tratamento, além de explicar detalhadamente a doença por meio da educação permanente e em saúde. Demarca-se que é preciso inserir a hanseníase no calendário anual de atividades prioritárias de saúde e fortalecer ações que visem à interrupção da cadeia de transmissão como aprimoramento do conhecimento dos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde para auxiliar os pacientes no combate à patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase; Enfermagem; Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete predominantemente as células cutâneas e nervos periféricos, ocasionando lesões nesses locais (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014). Sua transmissão ocorre por meio do contato íntimo e prolongado com o doente infectado sem tratamento que ao falar, tossir ou espirrar, expele gotículas que contaminam outras pessoas (FONSECA *et al.* 2016).

Também conhecida como lepra ou mal de Lázaro, antigamente a doença era associada ao pecado e à impureza, com relatos históricos de assolar sobretudo a população menos favorecida financeiramente (CALDWELL, 2010). Por falta de conhecimento, a hanseníase era




muitas vezes confundida com outras doenças, principalmente as de pele e venéreas (CALDWELL,2010; FONSECA, I. F. *et al.* 2016).

No Brasil, até meados do século XX, os doentes eram obrigados a se isolar em leprosários e tinham seus pertences queimados, visando mais o afastamento dos portadores do que o tratamento propriamente dito (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014). Desde 1995, o tratamento é gratuitamente oferecido para os pacientes de todo mundo, e, nesse mesmo ano, no Brasil, o termo lepra e seus derivados foram proibidos de serem empregados nos documentos oficiais da Administração pública como uma tentativa de reduzir o estigma da doença (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014; FONSECA *et al.* 2016).

A forma clínica da doença é determinada pelo grau de imunidade dos indivíduos, e pode ser classificada como indeterminada, tuberculóide, virchowiana, dimorfa ou neural, e em cada uma dessas formas as lesões dermatológicas e neurológicas sofrem variações (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; FONSECA *et al.* 2016). A doença manifesta-se por meio de sinais e sintomas que podem surgir em qualquer região do corpo do paciente como manchas avermelhadas ou esbranquiçadas (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014). A principal complicação da doença é o comprometimento dos nervos periféricos mediano, ulnar, radial, fibular e facial, que se não tratados podem causar deformidades e incapacidades físicas (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; FONSECA *et al.* 2016).

Em 2015, foram registrados em todo o mundo, 211.973 novos casos, sendo que 33.789 foram notificados nas Américas (OPAS, 2016). O Brasil ocupa o segundo lugar em número absoluto de casos, atrás apenas da Índia (RIBEIRO *et al.*, 2014; OPAS, 2016). Em 2013 o Brasil apresentou coeficiente de detecção de 16,3 casos/100.000 habitantes, um avanço se comparado a 2007 que o coeficiente alcançou o valor de 21,08/100.0004 (RIBEIRO *et al.*, 2014). A meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde era reduzir até o ano de 2015 a doença hanseníase como um problema de saúde pública e desde então tem se intensificado ações de promoção e proteção de populações vulneráveis (COÊLHO *et al.*, 2015).

Destacam-se as regiões brasileiras com casos de hiperendemicidade em 2010, as regiões Norte e Centro-Oeste, com 42,7 e 41,3/100 mil habitantes, as regiões sul e sudeste com 5,2 e 7,2/ 100 mil habitantes respectivamente, apresentando média endemicidade e o Nordeste com 27,7 casos por 100 mil habitantes apresentando endemicidade elevada (COÊLHO *et al.*, 2015). Esses dados são considerados altos quando comparados à meta do Ministério da Saúde para



2015 que era de reduzir para menos de um os casos de hanseníase no Brasil para cada dez mil habitantes (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014).

O tratamento preconizado pela OMS desde 1970 é a administração de antibióticos combinados, poliquimioterapia, que é constituído por três medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, em administração associada (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014). Essa associação evita a resistência ao bacilo, que ocorre com frequência quando se utiliza apenas um medicamento (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; VIANA; AGUIAR; AQUINO, 2016).


O tratamento de um caso de hanseníase compreende um esquema específico para as formas paucibacilares, que dura seis meses, e outro para os casos multibacilares, com duração de um ano, incluindo também o acompanhamento que possa identificar e tratar as possíveis intercorrências e complicações da doença, assim como a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas (BRASIL, 2008; ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; VIANA; AGUIAR; AQUINO, 2016).

Apesar de se tratar de uma doença infectocontagiosa, quando iniciado o tratamento, os pacientes podem conviver normalmente com sua família, seus colegas de trabalho e amigos sem qualquer restrição (PORTO *et al.*, 2016). A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico (PENHA *et al.*, 2015).

O tratamento do paciente com hanseníase é essencial para interromper a cadeia de transmissão da doença, e enquanto problema de saúde pública a redução das limitações físicas e psicológicas que a doença pode causar em um indivíduo pode ser alcançada por três intervenções: diagnóstico precoce, tratamento adequado e a prevenção de incapacidades; o que torna o processo de controle da doença fundamental para a saúde pública (LIMA *et al.*, 2015).

Para assegurar um diagnóstico precoce, é necessário que os profissionais da saúde de modo geral e os da Atenção Primária à Saúde, em especial, sejam capacitados e orientem a população sob seus cuidados, para esteja atenta e saiba como proceder em caso de apresentar sinais e sintomas clássicos como: alteração na pele, manchas, placas, infiltrações, tubérculos, nódulos, e há quanto tempo eles apareceram; possíveis alterações de sensibilidade em alguma área do corpo; presença de dores nos nervos, ou fraqueza nas mãos e nos pés (GOMES *et al.*, 2015).

Assim, destaca-se o papel do enfermeiro, visto que este deve estar diretamente envolvido na busca de casos novos, na identificação de sinais e sintomas da doença, na notificação ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no tratamento e



acompanhamento e na realização de ações educativas, de forma a contribuir significativamente para o combate da hanseníase (FONSECA *et al.* 2016). Ademais, pontua-se a importância da equipe multidisciplinar, visto que esta deve estar atenta as alterações que os indivíduos apresentem em relação à hanseníase, assim, juntos os profissionais, podem articular medidas que visem à prevenção ou a recuperação das incapacidades das pessoas acometidas (GOMES *et al.*, 2015).


Assim, ante ao supra referido, a escolha desse tema justifica-se pela necessidade que os enfermeiros tem de se manterem atualizados, e em virtude da problemática social envolvendo a hanseníase, uma patologia extremamente relevante que requer profissionais capacitados e preparados a fim de fornecer cuidado de qualidade aos pacientes acometidos. Para nortear o presente estudo formulou-se a seguinte questão norteadora: “Qual o papel do enfermeiro frente ao cuidado do paciente com hanseníase?”.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa, configurando-se em uma análise sistematizada de pesquisas relevantes que servem como apoio para a tomada de decisões possibilitando a síntese de conhecimento de um determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

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

A estratégia de busca consistiu em acesso a bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (U.S. National Library of Medicine National Institute of Health), SciELO (Scientific Electronic Library Online). A pergunta utilizada para motivar o aprofundamento na temática da revisão foi: quais são os cuidados de enfermagem relacionados ao atendimento do paciente com hanseníase? Utilizou-se a estratégia PICOT para delimitar a revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019). Sendo a mesma um acrônimo, representando no presente estudo: P) População (pacientes com hanseníase); I) Intervenção



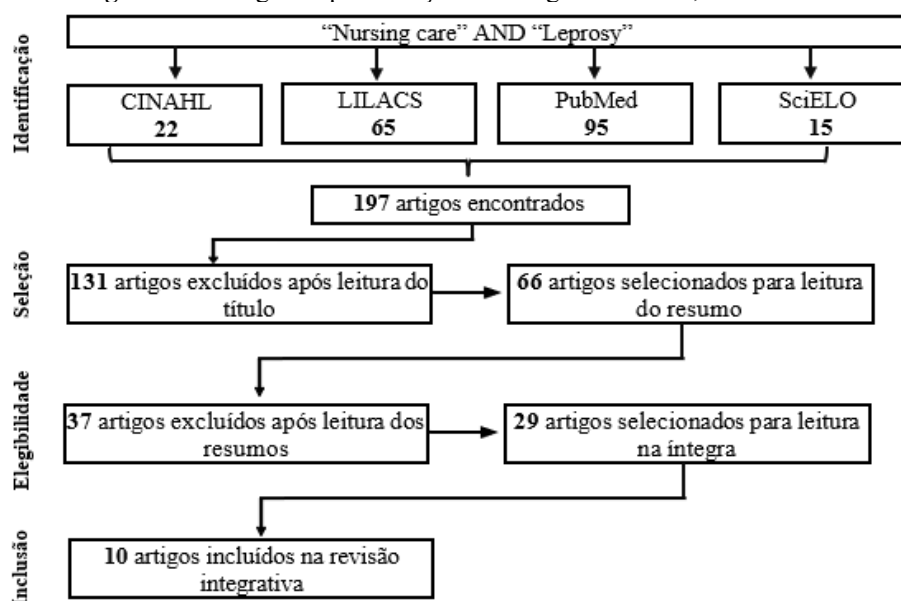
(cuidados de enfermagem ao paciente com hanseníase); C) Comparação (que cuidados são esses?); O) Desfecho ou resultados (traz benefícios aos que recebem?); T) Tempo (estudos publicados nos últimos dez anos 2010/2020).

A busca foi realizada de maneira interdependente por dois trios de pesquisadores, sendo que em caso de divergência entre esses trios, uma dupla faria a última análise. Utilizou-se os os descritores controlados disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e seus correspondentes em português e espanhol da Biblioteca Virtual em Saúde: “Nursing care” e “Leprosy”, utilizou-se para o cruzamento dos descritores o operador booleano “AND”.

Os estudos foram selecionados pela leitura criteriosa dos títulos, resumos e posteriormente dos artigos na íntegra. Os critérios de inclusão definidos foram artigos científicos similares com a temática deste estudo, produções disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol e que detalhassem e versassem o assunto: cuidados de enfermagem relacionados ao cuidado do paciente com hanseníase, independentemente do método de pesquisa utilizado, publicado entre os anos de 2010 a 2020. Artigos que se encontravam repetidos nas bases de dados e não abarcavam a temática principal não foram incluídos na análise.

Para a caracterização dos estudos selecionados utilizou-se um instrumento de fichamento de dados adaptado [incluindo-se os itens autor, ano, título do artigo, base de dados e país de publicação, nível de evidencia, objetivo do estudo e síntese da conclusão], visando a sistematização e organização. A análise dos dados foi realizada por meio da leitura dos artigos, sendo as informações dos mesmos extraídas e inseridas em um quadro elaborado no Microsoft Word® 2016, na ordem de citação no decorrer do texto.

Figura 1: Fluxograma para seleção dos artigos do estudo, 2010-2020.



Fonte: dados do presente estudo.

RESULTADOS

Foram encontrados cinco artigos (50%) na CINAHL, dois artigos (20%) no PubMed e na LILACS e um artigo (10%) na SciELO, totalizando 10 artigos (100%) para o fim da análise. relação aos anos de publicação dos estudos, três artigos (30%) foram publicados no ano de 2014, 2015 e 2016 respectivamente e um artigo (10%) foi publicado em 2020.

Quadro 1: Síntese dos artigos selecionados para a análise, 2021.

Autor Ano	Título	Objetivo	Amostra	Tipo de Estudo	Conclusão
Oliveira; Leão; Britto, 2014	Análise do perfil epidemiológico, da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem	Analisar o perfil epidemiológico da hanseníase no município de Maricá, Rio de Janeiro.	Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Epidemiológico Retrospectivo	Há a necessidade de intensificação e fortalecimento da vigilância em hanseníase, pois ela subsidia recomendações, a promoção e a análise da efetividade das intervenções, determinando que os registros dos casos diagnosticados e sob tratamento sejam atualizados continuamente.
Ribeiro <i>et al.</i> , 2014	Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na	Estimar prevalência oculta de hanseníase na	Notificações de casos de hanseníase	Epidemiológico Ecológico	Os gestores precisam se sensibilizar a inserir a hanseníase no

	microrregião de Diamantina - Minas Gerais	microrregião de Diamantina.			calendário anual de atividades prioritárias de saúde e elaborar estratégias de educação em saúde que visem à interrupção da cadeia de transmissão.
Teles <i>et al.</i> , 2014	Aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da hanseníase em indígenas na região do Alto Rio Juruá/Acre, Brasil	Caracterizar os casos de hanseníase na população indígena da Região do Alto Rio Juruá/Acre.	Casos notificados pelo Sistema de Informação e Notificação de Agravos.	Descritivo Exploratório	Os casos e contatos avaliados vivem em precárias condições socioeconômicas, más condições sanitárias e de moradia, além de baixa renda e baixa escolaridade, sendo estas algumas das condições favoráveis para o desenvolvimento da hanseníase.
Paschoal; Soler, 2015	O fenômeno reacional na hanseníase e aspectos da assistência de enfermagem	Descrever fatos acerca do papel enfermeiro no cuidado aos pacientes com hanseníase e seu relevante e necessário envolvimento com as ações de controle da doença.	Recomendações do Ministério da Saúde	Descritivo Exploratório	O enfermeiro atua além da consulta de enfermagem, na realização de exames, avaliações, e encaminhamentos na procura dos achados no exame dermatoneurológico na prevenção de infecções oportunistas, na formação de grupos de educação em saúde e, na assistência para pacientes.
Coelho <i>et al.</i> , 2015	Vivência do enfermeiro da atenção básica nas ações de controle da hanseníase	Analisar a vivência do enfermeiro da atenção básica nas ações de controle da hanseníase.	13 Enfermeiros	Descritivo Exploratório	Há a necessidade da criação de estratégias para se trabalhar o preconceito a fim de facilitar a detecção precoce de novos casos e adesão dos contatos intradomiciliares através de qualificação profissional e uma melhor articulação entre os serviços.
Penha <i>et al.</i> , 2015	Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase	Conhecer os desafios na adesão ao tratamento	9 Enfermeiros	Exploratório Qualitativo	É necessário aprimorar o conhecimento sobre hanseníase em

	segundo enfermeiros da atenção primária à saúde	pelos pacientes com hanseníase segundo os enfermeiros da atenção básica.			relação aos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde para auxiliar os pacientes com hanseníase a superar os desafios do tratamento.
Porto <i>et al.</i> , 2016	Análise dos números de casos notificados de hanseníase pelo SINAN na Bahia	Analisar os números de casos notificados de hanseníase pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na Bahia, durante o período de 2010 a 2014	Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Descritivo Epidemiológico	É necessário energizar as ações de vigilância no controle da hanseníase, especialmente para análise do diagnóstico e tratamento, por parte dos profissionais. É de suma importância o aperfeiçoamento dos mesmos quanto aos sistemas de informação para poderem notificar corretamente.
Viana; Aguiar; Aquino, 2016	Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem	Traçar o perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase.	60 Idosos	Descritivo Quantitativo	As informações podem contribuir para diferentes aspectos gerenciais e assistenciais, bem como possibilitarem à prestação do cuidado integral, conforme preconiza os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Silva <i>et al.</i> , 2016	A assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase Assistidos pelo programa de saúde da família	Analisar a assistência de enfermagem utilizada no atendimento de portadores de hanseníase	60 prontuários e 14 profissionais de enfermagem	Retrospectivo, prospectivo	O índice de portadores de hanseníase existente no programa de saúde é pouco expressivo segundo o Ministério da Saúde, entretanto merece a devida atenção e rever o papel da promoção e prevenção de enfermagem em relação doença
Costa <i>et al.</i> , 2020	Prática de enfermagem na estratégia de cuidado ao cliente	Identificar ações de enfermagem ao cliente	2 enfermeiras	Exploratório, observacional	Os enfermeiros demonstram conhecer as diretrizes e políticas do Sistema

	acometido pela hanseníase	acometido pela hanseníase			Único de Saúde brasileira, contudo, apresentam uma prática que remete ao modelo hegemônico, biomédico.
--	---------------------------	---------------------------	--	--	--


Fonte: dados do presente estudo.

DISCUSSÃO

A estimativa de proporção de casos de hanseníase aponta para uma redução de 34,1% no número de casos novos diagnosticados com hanseníase no Brasil, passando de 43.652 diagnosticados em 2006, para 28.761 em 2015 (BRASIL, 2017). Tal redução corresponde assim à queda de 39,7% da taxa de detecção geral do país, que passou de 23,37/100 mil habitantes em 2006 para 14,07/100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2017). Essa redução ocorre devido as ações implantadas no País para o enfrentamento da patologia, com foco na busca ativa de casos novos para o diagnóstico ainda na fase inicial, tratamento e cura, além da prevenção de deformidades físicas e incapacidades, fatos que são as principais causas de preconceito que permeiam o indivíduo acometido por essa doença (PORTO et al., 2016; BRASIL, 2017).

Percebe-se que majoritariamente os indivíduos acometidos por hanseníase são sexo masculino, representado 58% de acordo com dados nacionais, sendo que aproximadamente 30% dos casos ocorreram na faixa etária de 35 a 49 anos (BRASIL, 2017). Indo ao encontro com tais dados, um estudo realizado no Maranhão, identificou que que 58,3% dos indivíduos acometidos por hanseníase que participaram do estudo, eram do sexo masculino (VIANA; AGUIAR; AQUINO, 2016). Em relação à idade, essa alta frequência de indivíduos adultos infectados se dá devido ao longo período de incubação do bacilo que varia entre 2 e 7 anos (ALVES; FERREIRA; NERY, 2014). Diante disso, a hanseníase acaba por acometer pessoas em faixas etárias consideradas economicamente ativas, e com isso traz prejuízos além de físicos e psíquicos, econômicos e sociais que interferem na realização das atividades diárias desenvolvidas por esses indivíduos (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014). Portanto, quanto mais precoce o intervalo entre a observação dos sintomas, o início do tratamento e forma correta, mais facilidade em reparar danos que possam comprometer o estado geral do paciente (RIBEIRO *et al.*, 2014; ALVES; FERREIRA; NERY, 2014; PASCHOAL; SOLER, 2015).

O envolvimento dos profissionais de enfermagem no controle e prevenção da hanseníase é fundamental, pois por meio da consulta de enfermagem o enfermeiro avalia o estado geral do paciente e as incapacidades físicas, realiza exames dermatológicos e administra as doses




supervisionadas do tratamento além de fornecer orientações acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos (PASCHOAL; SOLER, 2015; PENHA, A. A. G. *et al.*, 2015; LIMA, D. A. Q. *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Além das ações supra citadas, a atuação do enfermeiro também deve pautar-se na busca ativa e na educação permanente e em saúde, buscando orientar e manter à população e os demais membros da equipe informados sobre a doença (PASCHOAL; SOLER, 2015; COÊLHO *et al.*, 2015).

Nas ações preventivas é papel do enfermeiro capacitar sua equipe por meio da educação permanente em saúde, qualificar os agentes comunitárias de Saúde para que tenham um olhar crítico capaz de perceber precocemente sinais e sintomas e encaminhar esse indivíduo para a unidade de saúde de referência, e ainda orientar a população quanto à importância da vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG), para prevenção e/ou controle de formas mais contagiosas da doença (LIMA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2020).

Em análise dos casos notificados pelo SINAN foi possível identificar que os casos avaliados viviam em precárias condições socioeconômicas, entre elas más condições sanitárias, de moradia, baixa escolaridade e renda, apresentando-se assim como condições que favorecem o desenvolvimento da hanseníase (TELES *et al.*, 2014). Frente a isso há a necessidade de estimular e fortalecer ações de vigilância no controle da hanseníase e seus agravos, com foco para o diagnóstico e tratamento, além da promoção e análise da efetividade das intervenções (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014; PORTO *et al.*, 2016).

Alguns estudos identificaram a necessidade da criação de estratégias a fim de trabalhar e lidar com o preconceito além de desmistificar todos os conceitos errôneos sobre a patologia (OLIVEIRA; LEÃO; BRITTO, 2014; COÊLHO, L. S. *et al.*, 2015; FONSECA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Diante deste fato o Enfermeiro possui papel primordial no controle da hanseníase e seus agravos no que tange a vigilância em saúde, epidemiologia, criação de vínculo e confiança com o cliente, assistência humanizada de qualidade, ações de educação em saúde para orientar, promover saúde e lutar contra o preconceito (COÊLHO *et al.*, 2015; PENHA *et al.*, 2015).

A fim de intensificar a prevenção da hanseníase é preciso inserir a hanseníase no calendário anual de atividades prioritárias de saúde e fortalecer ações que visem à interrupção da cadeia de transmissão (RIBEIRO *et al.*, 2014, COSTA *et al.*, 2020). Para isso é necessário aprimorar o conhecimento sobre hanseníase em relação aos profissionais que trabalham na



atenção primária à saúde para auxiliar os pacientes com hanseníase a superar os desafios do tratamento (PENHA *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2015; LIMA *et al.*, 2016; COSTA *et al.*, 2020).


CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este estudo foi possível perceber que todo paciente acometido pela hanseníase, necessita ser tratado com seriedade por todos os membros da equipe, pois descuidos nesse período poderão levar a disfunção orgânica no paciente. O enfermeiro, como profissional diretamente envolvido no acolhimento aos pacientes, deve auxiliar nos cuidados, evitando o agravamento e progressão da patologia.

O enfermeiro da atenção básica possui papel importante na promoção e prevenção da saúde da comunidade atendida pela atenção primária à saúde, sendo, portanto, de fundamental importância identificar as fragilidades das equipes quanto a hanseníase e corrigi-las, com ações de capacitação dos profissionais de modo que o cuidado aconteça da maneira correta e em tempo hábil, além de oferecer apoio eficiente ao paciente visando melhora de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL - Ministério da Saúde. **SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CALDWELL, T. **Médico de Homens e de Almas**, São Paulo: Record; 2010.
- COELHO, L. S. *et al.* Vivência do enfermeiro da atenção básica nas ações de controle da hanseníase. **Rev Enferm UFPE**, v. 9, n. Supl 10, p. 1411-7, 2015.
- COSTA, C. R. L. *et al.* Nursing practice regarding care strategy towards clients affected by leprosy. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. v. 12, p. 1194-1200, 2020.
- FONSECA, I. F. *et al.* Importância do enfermeiro no controle do tratamento da hanseníase: revisão integrativa. **Revista E-Ciência**, v. 3, n. 2, 2016.
- GOMES, S. V. *et al.* Aspectos patológicos e o papel da enfermagem no acompanhamento do paciente com hanseníase. **Revista Científica da Escola da Saúde**. v. 4, n. 3, p. 103-111, 2015.
- LIMA, D. A. Q. *et al.* Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase: Revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.



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

OLIVEIRA, J. C. F.; LEÃO, A. M. M.; BRITTO, F. V. S. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 815-821, 2014.

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. **Lepra**. 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/lepra>

PASCHOAL, V. D.; SOLER, Z. A. S. G. O fenômeno reacional na hanseníase e aspectos da assistência de enfermagem. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 3, n. 1, 2015.

PENHA, A. A. G. *et al.* Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 14, n. 2, p. 75-82, 2015.

PORTO, M. J. *et al.* Análise dos números de casos notificados de hanseníase pelo SINAN na Bahia. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 2, 2016.

RIBEIRO, G. C. *et al.* Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina-Minas Gerais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, 2014.

SILVA, L. S. R. *et al.* A assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo programa de saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE**. v. 10, n. 11, p. 4111-4117, 2016.

TELES, S. F. *et al.* Aspectos clínicos, epidemiológicos e sociais da hanseníase em indígenas na região do Alto Rio Juruá/Acre, Brasil. **Hansen Int**. v. 39, n. 1, p. 47-57, 2014.

VIANA, L. S.; AGUIAR, M. I. F.; AQUINO, D. M. C. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**. v. 8, n. 2, p. 4435-4446, 2016.

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; NERY, I. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.



CAPÍTULO 13

AMBULATÓRIO INTEGRAL: AMPLIANDO A PREVENÇÃO, PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E REABILITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Juliana Cristina Martins de Souza; Enfermeira; Universidade de São Paulo
João Vitor Andrade; Enfermeiro; Universidade de São Paulo
Débora Passareli da Silva; Enfermeira; Universidade de São Paulo
Geovana Caroline Batoni de Souza; Enfermeira; Universidade de São Paulo
Karen de Oliveira Santana; Enfermeira; Universidade de São Paulo
Leticia Marques Silva; Enfermeira; Universidade de São Paulo
Luara Venturini Abile; Enfermeira; Universidade de São Paulo
José Gilberto Prates; Enfermeiro; Doutor em ciências; Universidade de São Paulo

RESUMO


O presente estudo consiste em um descritivo do tipo relato de experiência, com o objetivo de relatar a experiência do Ambulatório Integral, o mesmo é um dos campos de formação dos residentes em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. O Ambulatório Integral compreende um dos campos pelos quais os 8 enfermeiros residentes em saúde mental e psiquiátrica do primeiro ano fazem sua formação. No Ambulatório os residentes realizam consulta de enfermagem; passeios culturais e oficinas de geração de renda. Destaca-se que ambas as atividades trazem benefícios aos usuários e aos especializandos. Concluímos que o Ambulatório Integral alcançou seus objetivos enquanto instância formadora, ademais, explicita-se que é necessário replicar iniciativas como a descrita, a fim de fortalecermos a capacitação de recursos humanos para atuarem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental. Assim, enfatiza-se a importância do presente trabalho, visto que por meio do mesmo, tem-se a explicitação de um serviço que colabora para o desenvolvimento e capacitação de profissionais da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Psiquiatria; Enfermagem; Formação de Recurso Humanos; Atenção Integral à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 2006). Nesta perspectiva, quando se tem algum quadro de instabilidade ou alteração em relação a algum dos aspectos concernentes à saúde, tem-se a necessidade do cuidado holístico, devendo este, ser o cerne das ações da área da saúde, tendo como intuito atender a todas as dimensões e necessidades do ser humano (HORTA, 2011).

No tocante aos aspectos mentais, destaca-se que a saúde mental é relacionada à autonomia e a gestão da própria vida, sempre tangenciando aspectos emocionais, caracterizando-se como estado de equilíbrio entre a condição externa e interna de cada



indivíduo (BRASIL, 2001). Destaca-se que a saúde mental é sobretudo influenciada pelos determinantes sociais da saúde, sendo estes, fatores econômicos, étnico-raciais, sociais, culturais, psicológicos e comportamentais (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Tomando como base a afirmação da Organização Mundial da Saúde, de que “uma em cada 10 pessoas precisará de cuidados de saúde mental em algum momento da vida” (OMS, 2017), a saúde mental é um tema que urge em nosso cotidiano, haja visto que com uma população mundial de 7,8 bilhões pessoas, temos minimamente 780 milhões de indivíduos necessitando de cuidados em saúde mental. Portanto, demarca-se que o adoecimento neuronal, caracteriza-se como um dos principais desafios do presente século e um crescente problema de saúde pública (ANDRADE et al., 2019).

Ante ao supra referido, destaca-se a importância de serviços de atenção à saúde mental, cabendo referenciar o Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (IPQ, 2020). A missão deste é “promover saúde mental e melhorar a vida das pessoas e famílias afetadas por transtornos mentais” (IPQ, 2020), ressalta-se que mensalmente o IPq realiza mais de 8 mil atendimentos por meio de seus múltiplos serviços (SÃO PAULO, 2019). Um destes serviços é o Ambulatório Integral, criado no ano de 2014, ante a necessidade de se realizar uma alta com responsabilidade. Esta conceitua-se como o processo de alta hospitalar alicerçado e alinhado por meio da orientação e compreensão dos envolvidos (paciente-familiar-profissional). Destaca-se que cada envolvido deve assumir o compromisso, respondendo pelos eventuais efeitos e consequências pós saída hospitalar, indiferentemente de suas proporções.

O Ambulatório Integral, busca a articulação com a rede de atenção psicossocial, constituindo-se em um importante instrumento para o matriciamento em saúde mental. Além disso, o Ambulatório Integral promove o atendimento/acompanhamento a indivíduos em sofrimento psíquico, bem como a ressocialização pós internação hospitalar. Neste íterim, o presente trabalho visa relatar a experiência do Ambulatório Integral no tocante à atenção à saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência sobre as práticas terapêuticas desenvolvidas no Ambulatório Integral. Este é coordenado por enfermeiros, especializando na

modalidade residência uniprofissional em saúde, com ênfase em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no IPq do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

O Ambulatório Integral compreende um dos campos pelos quais os 8 enfermeiros residentes em saúde mental e psiquiátrica do primeiro ano fazem sua formação. O período de vivência destes residentes no Ambulatório Integral, compreende 6 meses, sendo que nesse tempo, os residentes realizam múltiplas atividades com os pacientes, conforme descritas no quadro 1.

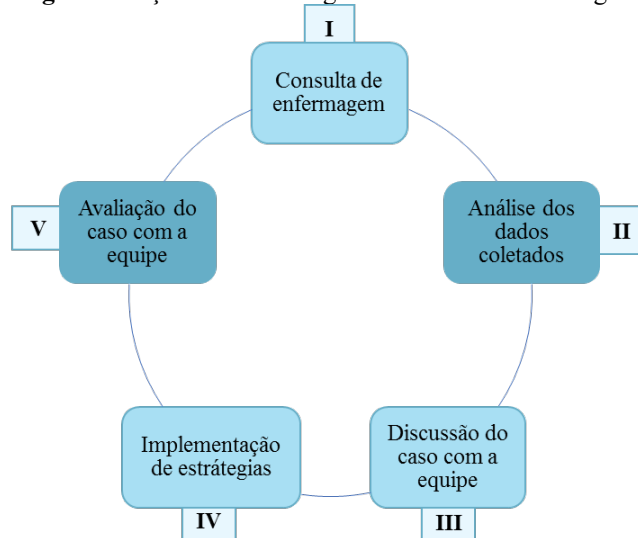
Quadro 1 - Atividades realizadas pelo Ambulatório Integral, 2020.

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVO
<i>Consulta de enfermagem</i>	Realizada semanalmente consistindo em uma tecnologia leve, que visa a produção do cuidado. Destaca-se que tem-se na consulta de enfermagem a instituição da relação interpessoal, pautada no respeito, na empatia e na garantia da autonomia do paciente.	Prestar assistência à saúde mental de maneira próxima, singular, e horizontalizada, bem como potencializar a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo.
<i>Passeio cultural</i>	Realizado mensalmente, constituindo-se em visitas a parques, museus, cinemas, teatros e exposições de caráter artístico cultural.	Trabalhar a autonomia, e a independência dos pacientes, no intuito de potencializar a realização das atividades de vida diária, bem como as atividades instrumentais de vida diária.
<i>Oficinas de geração de renda</i>	Realizadas semanalmente, constituindo-se na produção de itens a serem comercializados (camisetas e bolsas tie dye) e cursos profissionalizantes (jardinagem).	Trabalhar a motricidade ampla e a motricidade fina, bem como as habilidades sociais, possibilitando que os pacientes por meio do comércio de produtos ou serviços tenham geração de renda.

Fonte: Dados do próprio estudo, 2020.

Demarca-se que o fluxo interno para atendimento se dá por encaminhamento após a alta de uma das enfermarias ou por encaminhamento de outros ambulatórios do IPq, que avaliam a necessidade de um acompanhamento para as atividades de autocuidado que também incluem as atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Demarca-se que as ações de enfermagem na prestação de assistência à saúde mental no Ambulatório Integral dividem-se em 5 etapas, conforme figura 1.

Figura 1: Ações de enfermagem no Ambulatório Integral.




Fonte: Dados do próprio estudo, 2020.

Na primeira etapa, tem-se a consulta de enfermagem, na qual o enfermeiro lança mão do “método científico para identificar situações de saúde-adoecimento-doença” (COFEN, 1987). Ainda nesta etapa, tem-se a “prescrição e a implementação de medidas de Enfermagem que contribuam para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo” (COFEN, 1987).

A segunda etapa constitui-se na organização cronológica dos dados coletados na consulta de enfermagem. Realiza-se também nesta etapa “os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros cuidados” (COREN, 2016).

Posteriormente, ocorre a discussão do caso com a equipe, sendo o foco desta etapa o “gerenciamento de caso”. Por meio deste, ocorre a problematização coletiva das necessidades do paciente e em sequência a estruturação de intervenções específicas que visem minimizar estas necessidades. Ressalta-se que por meio do gerenciamento de caso, ocorre o asseguramento da continuidade do cuidado, a transição integrada e o engajamento de ambas as partes na relação paciente-profissional (LEE et al. 1998).

Na quarta etapa, tem-se o intuito de “implementar as estratégias” que foram discutidas coletivamente entre a equipe, estas agora serão apresentadas ao paciente, e caberá a ele avaliar a viabilidade de cada uma destas estratégias, com isso então tem-se um efetivo plano terapêutico singular (OLIVEIRA, 2007). Sendo o mesmo centrado no paciente e nas necessidades emergentes que o mesmo considere como importantes (OLIVEIRA, 2007).



Pontua-se, portanto, a importância de se ter um bom vínculo com este paciente, para que se tenha transparência neste processo e ele seja sincero em relação a suas necessidades e expectativas (TRAVELBEE, 1979). Há que se destacar que de acordo com Travelbee (1979), em um relacionamento terapêutico de sucesso, muitas experiências comprovam o vínculo inicial estabelecido no pacto de cuidado. Sendo que as interações no cuidar e no estabelecimento do relacionamento terapêutico, solidificaram a confiança entre os envolvidos (enfermeiro-paciente), criando um ambiente confiável e consistente de cuidado (TRAVELBEE, 1979).


A quinta e última etapa, consiste na “avaliação do caso pela equipe”, esta avaliação visa analisar a evolução do paciente com relação ao seu plano terapêutico (OLIVEIRA, 2007). Cabe ressaltar a importância desta etapa, uma vez que por meio dela, tem-se um cuidado singular, e com a devida corresponsabilização da equipe, sendo possível rever as metas e objetivos traçados, e em caso de necessidade reestruturá-los.

Destaca-se ainda que a apresentação circular na Figura 1, tem o interesse de demonstrar o ciclo que é permanente no tocante ao cuidado dos pacientes sob o cuidado do Ambulatório Integral.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto do cuidado em saúde mental, a assistência de enfermagem às pessoas em sofrimento psíquico modificou-se conforme as lutas sociais mudaram o paradigma de um cuidado centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de base comunitária (AMARANTE, 1995). Conforme a Lei nº 10.216 de 2001 que iniciou a efetivação do que se discutia até então sobre o fim do modelo manicomial, o qual era fortalecido por práticas de violência e o enclausuramento da loucura, bem como sua biologização (BRASIL, 2001). Neste interim, destaca-se que as atividades realizadas no Ambulatório Integral são consoantes aos princípios da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001), contribuindo assim para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental.

Segundo Wanda Horta (2011), a enfermagem consiste na arte e ciência de assistir pessoas em suas necessidades básicas de modo que pelo processo de educação em saúde para o autocuidado se possa alcançar a independência dos cuidados prestados. Assistir no contexto da enfermagem, então, é fazer o que o sujeito não pode fazer por si, consistindo então em ajudar




ou auxiliar nos momentos de inabilidade para autocuidar-se, orientar e/ou ensinar, supervisionar e encaminhar para outros profissionais (HORTA, 2011),

Pontua-se que as ações de enfermagem na prestação de assistência à saúde mental no Ambulatório Integral (figura 1), se assemelham parcialmente as etapas do Processo de Enfermagem, haja visto que este foi utilizado como base para a construção do ciclo de ações (BRASIL, 2009). Portanto, de semelhante modo ao processo de enfermagem que se deve ser subsidiado por referencial teórico (BRASIL, 2009), as ações de enfermagem (figura 1), também se dão com base em evidências científicas, sendo realizadas com base em literatura especializada na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

No tocante a realização de passeios culturais, destaca-se os múltiplos benefícios destes em relação ao estímulo da autonomia e da independência dos pacientes. Pontua-se ainda que de acordo com Esperança e colaboradores (2012), por meio destes passeios, chamados de “*city tour*”, se tem um treino cognitivo, os autores explicitaram em seu estudo que após os participantes irem em *city tour*, eles apresentaram melhor resposta no Mini Exame do Estado Mental.

Destaca-se ainda os múltiplos benefícios do *city tour*, tais como: melhoria da qualidade de vida, vivência de novas experiências, troca de saberes, lazer, conhecimento, socialização e integração social, entretenimento, estabelecimento e fortalecimento de vínculos, minimização da solidão (ESPERANÇA, 2012; FERREIRA, et al., 2016). Ademais, por serem realizadas nas instâncias da cidade, e com a utilização de transporte público, tem-se também o fortalecimento da autonomia e segurança na execução de atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária. Assim, triangulando os resultados do presente estudo com a literatura (ESPERANÇA, 2012; FERREIRA, et al., 2016), percebe-se que por meio das atividades executadas pelo Ambulatório Integral, tem-se de fato a prevenção de agravos, a promoção da qualidade de vida e da saúde, proteção e reabilitação em saúde mental.

No tocante as Oficinas de Geração de Renda, além de se ter a aquisição de renda por parte dos pacientes, tem-se o desenvolvimento e a estimulação da psicomotricidade. Menezes e Hora (2019), destacam os benefícios de tais atividades, destacando “o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo, como também a integração do grupo”. Corroborando com o supra referido, Andrade e colaboradores (2020), pontuam que as atividades que envolvem a criatividade e permitem que o sujeito se expresse, são imprescindíveis para o cuidar em saúde



mental. Haja visto que possibilitam o resgate da autoestima e o desenvolvimento e sensação de bem-estar (ANDRADE, et al., 2020).


Ressalta-se ainda que de acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007) e Faler e Camargo (2020), as condições de trabalho e o acesso a renda, relacionam-se diretamente à melhores condições de vida e conseqüentemente de saúde, impactando os aspectos biológicos, mentais, econômicos e sociais. Portanto, pontua-se sobre a potencialidade das atividades desenvolvidas pelo Ambulatório Integral, visto que, além de trabalhar com as questões supra citadas, elas possibilitam o desenvolvimento e a estimulação das habilidades humanas, bem como o suporte social aos pacientes. Nesta perspectiva Feldman et al. (2008), argumentam que o suporte social pode ser ofertado por qualquer um próximo ao indivíduo, tendo o mesmo como finalidade a proteção a transtornos mentais, o apoio emocional e a oportunidade para compartilhamento de situações e momentos difíceis.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), uma das maneiras mais eficazes de se desenvolver uma rede para a promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental é por meio da capacitação de profissionais para atuarem na linha de frente da rede de atenção à saúde. Assim, ratifica-se a importância do Ambulatório Integral, dando-se destaque ao fato do mesmo ser uma instância de ensino-aprendizagem, que oportuniza a ampliação de recursos humanos qualificados a atuarem na área da saúde mental.

O CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o Ambulatório Integral constitui-se em uma via de mão dupla que gera benefícios aos usuários atendidos (propiciando bem estar e melhora qualidade de vida) e aos profissionais que os atendem (estimulando estes a serem profissionais críticos, reflexivos e comprometidos). Ratifica-se que é fundamental incentivar profissionais a entenderem como podem atuar, no tocante à rede de atenção à saúde e no cuidado em saúde mental.

Demarca-se ainda que as ações exercidas no Ambulatório Integral, sobretudo a consulta de enfermagem, promovem acolhimento e humanização, contribuindo para uma postura resolutiva e atenta às necessidades dos pacientes. Ademais a satisfação dos usuários atendidos e os resultados obtidos no acompanhamento dos mesmos, validam e comprovam o impacto da prática ambulatorial na formação do especializando em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, conferindo maior segurança e qualificação à estes, e possibilitando o alcance do



objetivo maior na assistência à saúde que é a melhor qualidade de vida para os pacientes assistidos.

Por fim, demarca-se que o Ambulatório Integral alcançou seus objetivos enquanto instância formadora, ademais, explicita-se que é necessário replicar iniciativas como a descrita, a fim de fortalecermos a capacitação de recursos humanos para atuarem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental. Assim, enfatiza-se a importância do presente trabalho, visto que, tem-se a explicitação de um serviço que colabora para o desenvolvimento e capacitação de profissionais da saúde mental.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE, J. V. et al. Ansiedade: um dos problemas do século XXI. **Revista de Saúde ReAGES**, v. 2, n. 4, p. 34-39, 2019.

ANDRADE, J. V.; et al. Dia mais feliz! relato de uma oficina de arteterapia em um Centro de Atenção Psicossocial. **EntreAções: diálogos em extensão**, v. 1, n. 1, p. 85-98, 2020.

BRASIL. **Lei n.10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 9, abr. 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.


COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Decreto Nº 94.406/87**, regulamenta a Lei Nº 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília-DF, 03 de março de 1987.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358 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, 15 de outubro de 2009.

COREN - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente**. São Paulo: COREN, 2016.

ESLABAO, A. D. et al. Mental health care network: the views of coordinators of the Family Health Strategy (FHS). **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. e60973, 2017.

ESPERANÇA, R. L. D. et al. Passeios turísticos como estratégia de prevenção e recuperação da saúde mental em idosos. **Turismo-Visão e Ação**, v. 14, n. 2, p. 184-195, 2012.



FALER, C. S.; CAMARGO, C. V. P. Transtornos mentais e a concessão de auxílio-doença no oeste de Santa Catarina entre 2014 e 2018. **Revista de Direito**, [S. l.], v. 11, n. 02, p. 105-126, 2020.

FELDMAN, L. *et al.* Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. **Universitas Psychologica**, v. 7, n. 3, p. 739-751, 2008.

HOHL, K. G. et al. Ensino e aprendizagem X Qualidade de assistência no atendimento de saúde mental em um ambulatório de um Hospital Público, um relato de experiência. In: **ANAIS DO ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE HOSPITAIS DE ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO**, 2016, . Anais eletrônicos... Campinas: Galoá, 2016.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011.

IPQ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA. **Apresentação do departamento de psiquiatria**. 2020. Disponível em: <http://ipqhc.org.br/quem-somos/departamento-de-psiquiatria/apresentacao/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LEE, D. et al. Case management: a review of the definitions and practice. **Journal of Advanced Nursing**. v. 2; n. 7; p:933-9; 1998.

MENEZES, I. M. S.; HORA, G. S. O lúdico na psicomotricidade: vivências de adolescentes com síndrome deficitária neurológica. **Estudos IAT**, v. 4, n. 2, p. 216-231, 2019.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas, 2007. p. 176. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. **Documentos básicos, suplemento da 45ª edição**. 2006.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Mental Health Atlas**. 2017.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Dados de suicídio, 2019**.

FERREIRA, T. P. S. et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 373-384, 2016.

REINALDO, A. M. S.; LUÍS, M. A. V. A utilização do gerenciamento de casos na enfermagem psiquiátrica: relato de caso. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 110-118, 2008.

SÃO PAULO. **Instituto de Psiquiatria da USP atende cerca de 8 mil pessoas por mês**. 2019. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/sala-de-imprensa/release/instituto-de-psiquiatria-da-usp-atende-cerca-de-8-mil-pessoas-por-mes/>. Acesso em: 28 nov. 2020.

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



CAPÍTULO 14

SENTIMENTOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS QUANTO AO RISCO DE MICROCEFALIA

Karolinny Évans de Araújo Severo, Graduada em Enfermagem, UFRN/FACISA
Marília Rute de Souto Medeiros, Mestre em Saúde Coletiva, UFRN/FACISA
Juliana Iscarlaty Freire de Araújo, Graduada em Enfermagem, UFRN/FACISA
Marcos Jonathan Lino dos Santos, Professor da UNIVISA/PE
Heleni Aires Clemente, Professora Adjunta, UFRN/FACISA
Lúcia Emanuelle Silva de Carvalho, Graduada em Enfermagem, UFRN/FACISA
Astha Oliveira Catônio de Araújo, Graduada em Enfermagem, UFRN/FACISA
José Adailton da Silva, Professora Adjunto, UFRN/FACISA

RESUMO

Esta pesquisa objetiva investigar, na percepção de gestantes e puérperas, os sentimentos diante o risco de microcefalia e sua influência no pré-natal por meio de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em um município do Rio Grande do Norte, com 60 participantes. **MATERIAIS E METÓDO:** A técnica utilizada para coleta de dados foi entrevista estruturada e grupo focal. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Observou-se menor evasão ao pré-natal e maior frequência de consultas, especialmente no primeiro trimestre. As percepções das participantes acerca da microcefalia, perpassam por um misto de sentimentos, como medo e ansiedade durante a gestação e alívio ao chegar ao puerpério. **CONCLUSÕES:** Estratégias com foco em tecnologias leves precisam ser melhor implementadas na atenção primária à saúde.


PALAVRAS-CHAVE: Microcefalia. Atenção Primária à Saúde. Pré-natal

INTRODUÇÃO

Os arbovírus são responsáveis pela transmissão de diversos tipos de arboviroses no ser humano, frequentemente de forma acidental, possuindo diferentes famílias, e podendo causar sintomatologias variadas, de leves até mesmo graves. Para tal, há condicionantes relevantes associados, como: biologia do animal hospedeiro, condições climáticas, ecológicas e socioeconômicas locais (DONALISIO et al., 2016).

Dentre os vetores arbovirais o *Aedes Aegypti* é mundialmente reconhecido pela competência em transmitir doenças como a dengue, febre chikugunya e zika. As condições climáticas das regiões subtropicais e tropicais favorecem o aparecimento e reprodução do mosquito, contudo, com as mudanças ambientais e a globalização houve o aumento do potencial de distribuição, o que colocou as demais regiões do mundo em estado de alerta para a chegada deste vetor (KAMAL et al., 2018).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mostra dados referentes à região das



Américas. Considerando a população de todo o território anteriormente citado, 66,8% possuía no ano de 2015 risco muito alto para as exposição aos arbovírus. O nosso país, nesse mesmo ano encontrava-se entre as classificações de risco “muito alto” e “alto” considerando a população potencialmente exposta por zona climática e índice de risco de arbovírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).


De fato, em outubro do ano supracitado foi observado no Brasil um aumento significativo e inesperado de casos de nascidos vivos com microcefalia que até então não se tinha conhecimento fidedigno da relação entre a infecção do Zika Vírus por mulheres grávidas e as alterações neurológicas que caracterizam os achados na microcefalia (GARCIA, 2018). A suspeita dessa relação iniciou quando foi detectada a presença do vírus zika em tecidos amnióticos, placenta e outros tecidos neonatais (MELO *et al.*, 2016).

Sendo assim é importante destacar como se caracteriza a síndrome congênita do zika vírus. Tal síndrome é tida como uma condição na qual o bebê nasce com alterações morfológicas, como a microcefalia, acarretando em uma formação inadequada do cérebro, e consequente atrasos no desenvolvimento. Tais atrasos variam de uma criança para outra e dentre elas se encontram as habilidades psicomotoras fundamentais para a comunicação (BRASIL, 2016).

Diante disso é importante destacar que o período gravídico é um acontecimento geralmente considerado especial para quem a vivencia, sofrendo uma influencia direta do contexto social e cultural na evolução da gravidez, marcado pelas transições que permeiam o contexto familiar, uma vez que a mãe e o pai terão diversos sentimentos para o exercício dos papéis, maternos e paternos. E ainda o surgimento das mudanças no corpo da mulher, assim como no ambiente em que se constrói o processo de gestação (BRASIL, 2016).

Com isso, por vezes o ato de gestar constitui um momento em que as gestantes e puérperas podem estar mais sensíveis, em um importante estado de vulnerabilidade psicológica, revelando a importância de conhecer e refletir, sobre esses sentimentos, para assim intervir, corroborando para uma melhor qualidade de vida desses (SAVIANI-ZEOTI; PETEAN, 2015).

Faz-se necessário destacar que, a assistência no pré-natal está pactuada no investimento de estratégias de educação e cuidado em saúde, assegurando o desenvolvimento da gestação, com melhor prognóstico, permitindo o nascimento de um bebê saudável, como também na identificação de fatores de riscos, favorecendo ações e intervenções prévias e adequadas que



promovem o bem-estar de toda a família que está à espera do novo membro e evitam precocemente maiores complicações a mãe e o bebê (BRASIL, 2016).

Ainda, o pré-natal destaca-se essencialmente por permitir que os profissionais conheçam a história, medos, desejos e ansiedades da mulher. E por ser um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados se torna uma oportunidade para que os profissionais da saúde invistam em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando ao bem-estar da mulher e da criança, assim como o envolvimento do pai ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher (BRASIL, 2016).

Vista os argumentos apresentados, este estudo tem como objetivos: investigar, na percepção de gestantes e puérperas, os sentimentos diante o risco de microcefalia, traçar o perfil sociodemográfico, clínico e de acompanhamento do pré-natal das gestantes e puérperas, e analisar as experiências, necessidades e expectativas das gestantes e puérperas diante o surto de microcefalia.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado no município de Jardim do Seridó, no estado do Rio Grande do Norte, com todas as gestantes e puérperas da área urbana e rural cadastradas pelas equipes de saúde da família.

Os sujeitos pesquisados totalizam 60 participantes, sendo 50 gestantes e 10 puérperas, definida a partir dos dados do E-SUS do município. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2016. Sendo utilizados como critérios de inclusão: Possuir diagnóstico confirmado de gestação; Estar realizando pré-natal (se gestante) ou estar até 45 dias pós parto (puerpério); Possuir cartão da gestante; Não possuir nenhum tipo de distúrbio cognitivo grave que impossibilite a comunicação ou lucidez.

A pesquisa desenvolveu-se em duas etapas: 1) entrevista estruturada e análise dos registros no cartão do pré-natal, de todas as gestantes e puérperas. Considerou-se como puérpera, as mulheres no pós-parto até 45 dias, na data da entrevista. 2) Grupo focal com uma amostra de 6 gestantes participantes da primeira etapa. A seleção das gestantes para o grupo focal foi intencional, com o intuito de conhecer as experiências, necessidades e expectativas e os sentimentos das participantes, em virtude do cenário de saúde atual.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/UFRN, parecer nº 1.707.615 e CAAE 56728916.7.0000.5568 e seguiu os aspectos éticos da pesquisa, em que foram respeitadas as exigências estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram utilizados nomes de flores, como pseudônimos para as participantes do grupo focal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO-OBSTÉTRICO

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das 60 participantes do estudo. Identifica-se que a maioria das mulheres têm idades entre 26 a 30 anos, correspondendo a 33,33% (N=20) dos sujeitos. Contudo, 16,67% (N=10) tem idade inferior a 20 anos e 8,33% (N=5) superior a 35 anos, considerado gestação de risco, mas que possibilita a realização do pré-natal na atenção básica (BRASIL,2013). Identificou-se também que prevalecem gestantes e puérperas de cor branca (46,67%) (N=28), em união estável (56,67%) (N=34), com ensino médio completo (36,67%) (N=22), com residência própria (58,33%) (N=35) e dona de casa (40%) (N=24) e família nuclear com três membros (33,33%) (N=20).

Tabela 1. Dados sócio-demográficos das gestantes e puérperas do município (n=60). Jardim do Seridó, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	N	%
FAIXA ETÁRIA		
De 11 a 15 anos	1	1,67
16 a 20 anos	9	15,00
21 a 25 anos	14	23,33
26 a 30 anos	20	33,33
31 a 35 anos	11	18,33
36 a 40 anos	3	5,00
41 a 45 anos	2	3,33
COR		
Branco	28	46,67
Negra	15	25,00
Parda	17	28,33
ESTADO CIVIL		
União Estável	34	56,67
Casado	16	26,67
Solteiro	10	16,67
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Nenhum	1	1,67
Ensino Fundamental Completo	2	3,33
Ensino Fundamental Incompleto	13	21,67
Ensino Médio Completo	22	36,67
Ensino Médio Incompleto	15	25,00
Superior Completo	4	6,67
Superior Incompleto	3	5,00
OCUPAÇÃO		

Dona de Casa	24	40,00
Costureira	12	20,00
Diarista/Domestica	2	3,33
Comerciante	6	10,00
Estudante	7	11,67
Cabelereira	2	3,33
Cuidadora	1	1,67
Artesã	1	1,67
Professora	2	3,33
Agente de Microcrédito	1	1,67
Gari	1	1,67
Auxiliar de Serviços Gerais	1	1,67
RESIDÊNCIA		
Casa própria	35	58,33
Casa alugada	20	33,33
Casa de parentes	5	8,33
NÚMERO DE PESSOAS QUE VIVEM NO DOMICÍLIO		
Um	4	6,67
Dois	14	23,33
Três	20	33,33
Quatro	14	23,33
Cinco	2	3,33
Mais de cinco pessoas	6	10,00

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

No componente relacionado aos dados clínico-obstétricos e de acompanhamento do pré-natal, foram analisados: tipo de gestação, antecedentes obstétricos e história anterior de aborto (Tabela 2).

Tabela 2. Dados clínico-obstétricos das gestantes e puérperas. Jardim do Seridó, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016.

DADOS CLÍNICOS OBSTÉTRICOS	N	%
TIPO DE GESTAÇÃO		
Única	53	88,33
Ignorada	7	11,67
TOTAL	60	100,0
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
Primigesta	20	33,33
Múltipara	40	66,67
TOTAL	60	100,0
HISTÓRIA ANTERIOR DE ABORTO		
Sim	14	23,33
Não	46	76,67
TOTAL	60	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

Em relação ao tipo de gestação, 88,33% (N=53) das gestantes têm gestação única e 11,67% (N=7) desconhecem o tipo de gestação. Do total de sujeitos pesquisados 66,67% (N=40) são múltiparas, as demais, primigestas. Além disso, 23,33% (N=14) declararam história anterior de aborto.

Os resultados encontrados na investigação do acompanhamento de pré-natal mostraram que 61,67% (N=37) das participantes entrevistadas não planejaram a gravidez e 81,67% (N=49) ainda não havia participado de atividade educativa.

Acrescenta-se que, 61,67% (N=37) realizaram visita à maternidade de referência, e 76,67% (N=46) estavam, no momento da análise documental, com vacinação em dia.

Em relação ao período do ciclo gravídico puerperal, evidenciou-se que 23,33% (N=14) das participantes do estudo encontravam-se, no momento da análise documental, no 1º trimestre, 30% (N=18) no 2º trimestre, 30% (N=18) no 3º trimestre e 16,67% (N=10) no puerpério.

Entre os períodos gestacionais, o 1º trimestre se apresenta como o de maior risco para a microcefalia¹⁰, o que indica relevância iniciar o pré-natal o quanto antes e manter o acompanhamento contínuo até o 3º trimestre de gestação.

A busca para iniciar o pré-natal precocemente foi evidenciada nesse estudo, mostrando que o número de consultas de pré-natal superou o esperado. Percebe-se o aumento na quantidade de consultas, podendo essa ocorrência estar relacionado com a maior preocupação com a gestação, somado à maior procura do serviço de saúde, conforme tabela 3.

Tabela 3. Período do ciclo gravídico-puerperal e número de consultas.

Período	N	%	Consultas Previstas	Consultas Identificadas
1º Trimestre	14	23,33	14	26
2º Trimestre	18	30,00	54	70
3º Trimestre	18	30,00	108	115
Puerpério	10	16,67	60	85
TOTAL	60	100,00	236	296

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

A PERCEÇÃO DAS PARTICIPANTES ACERCA DA MICROCEFALIA, DA INFECÇÃO PELO VÍRUS ZIKA E OS SENTIMENTOS INERENTES

Para identificar a percepção das participantes acerca da microcefalia e da infecção pelo vírus Zika, procedeu-se com alguns questionamentos estruturados. Quando questionadas se conhecem alguém que teve Zika ou suspeita de Zika durante a gestação 31,67% (N=19) das participantes referiram conhecer alguém de seu núcleo de convivência, que já foram infectadas pelo vírus.

No que corresponde à atuação dos profissionais de saúde, 51,67% (N=31) das entrevistadas, referiram já ter recebido alguma orientação no pré-natal sobre o vírus Zika, seja

do profissional médico ou enfermeiro. Além disso, 60% (N=36) acreditam que o município está em uma situação de alerta para o Zika vírus, e 68,33 % (N=41) referem que o município, as vezes, realiza medidas de combate ao mosquito.

Com relação às estratégias de proteção utilizadas pelas entrevistadas, sobre sair de casa 78,33% (N=47) referiram não ter limitações para sair de casa, ao passo que 16,67% (N=10) não saem de casa em alguns horários e 5% (N=3) nunca saem de casa.

Dentre as gestantes que utilizam alguma medida preventiva 31,67% (N=19) usam repelente conforme as recomendações do fabricante e 45% (N=27) não estão atentas a estas recomendações e, 23,33% (N=14) utilizam o repelente inúmeras vezes ao dia.

Quanto à preocupação com a vestimenta para proteção 20% (N=12) usam somente roupas de manga longa, que escondem a pele, inclusive à noite, e 15 % (N=9) usam roupas longas pela manhã cedo e ao final da tarde, enquanto que 65% (N=39) não utilizam roupas de manga longa.

Quando questionadas sobre qual sentimento melhor expressa sua relação com o Aedes aegypti ou Zika vírus durante o pré-natal, evidencia-se maior frequência para o medo e preocupação. A tabela 4 apresenta todos os sentimentos expressados pelas gestantes e puérperas.


Tabela 4. Sentimentos mencionados pelos sujeitos da pesquisa

SENTIMENTOS	GESTANTES		PUÉPERAS	
	N	%	N	%
Medo	43	86,0	3	30,0
Preocupação	31	62,0	4	40,0
Desespero	9	18,0	0	0,0
Angústia	8	16,0	0	0,0
Tristeza	6	12,0	0	0,0
Tranquilidade	5	10,0	3	30,0
Revolta	5	10,0	0	0,0
Estresse	2	4,0	1	10,0
Descrença	2	4,0	0	0,0
Alívio	0	0,0	3	30,0
Calma	0	0,0	1	10,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

FALANDO DE SENTIMENTOS: EXPERIÊNCIAS, NECESSIDADES E EXPECTATIVAS

Por tratar-se da percepção de sujeitos, a abordagem qualitativa tornou-se indispensável para aprofundar a investigação. Esta etapa foi realizada por meio de grupo focal, com 6



gestantes. Antes de iniciar o grupo focal, as gestantes escolheram flores, utilizadas como seus pseudônimos: Dália, íris, Acácia, Hortênciã, Orquídea e Camélia.

Do grupo focal emergiram 214 unidades de registros, analisadas quanto ao conteúdo. A construção das categorias foi baseada nos resultados encontrados por meio do grupo focal, como também nos objetivos do estudo.

EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO PRÉ-NATAL

As experiências retomadas no pré-natal perpassam por estratégias utilizadas pela atenção primária à saúde para promover um espaço de acolhimento e inserção da gestação no processo de cuidado do pré-natal. Bem como as vivências em relação ao vínculo criado com os profissionais da atenção básica ou de serviços particulares diretamente ligados ao pré-natal.

As participantes evidenciaram falas com relação às experiências vivenciadas durante o pré-natal e a relação produzida entre elas e os profissionais de saúde. É notória preocupação em relação ao acesso aos profissionais de saúde.

[...] Por um lado é boa [a assistência ao pré-natal], mas por outro não. A questão de não ter o médico [...] de a gente chegar passando mal e voltar pra casa [sem atendimento] preocupa (Dália).

[...] [na primeira gestação] eu fiquei um pouco frustrada... Nesta gravidez eu já optei diretamente por um médico particular... [ainda passo] constrangimentos... [se] ele tivesse usado palavras mais adequadas [seria melhor]... [ele disse que] não era todo médico que tinha coragem de fazer uma cesárea em uma obesa... e com isso eu fiquei muito triste... a pessoa já está em um momento de fragilidade... Com o medo que existe... A gente sabe que o parto... Ou normal ou cesárea... Tem muitos riscos... na enfermeira eu sempre vou... Graças a Deus... não tenho problema não [...] (Íris).


Em contrapartida, emergem falas que retratam a relação entre acesso aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para esclarecimento de dúvidas, comuns no pré-natal.

[...] Pelo menos a enfermeira que me atende, eu não tenho do que reclamar... tira todas as minhas dúvidas... quando eu chego, sempre sou bem atendida... elas estão lá [as enfermeiras][...] (Hortênciã).

[...] Num tenho o que falar... nem do médico, nem do enfermeiro... quando eu vou, sempre sou atendida muito bem no meu PSF... quando eu pergunto as coisas, eles respondem... tanto o médico como o enfermeiro... tira todas as dúvidas [...] (Acácia).

Demonstraram ainda experiências relacionadas à situação de saúde do País, ao risco de contágio pelo Zika, como também a dificuldade em identificar as arboviroses, devido à semelhança dos sinais e sintomas.

[...] eu tive [alguma arbovirose]... Logo após que eu tive, meu esposo teve também... Só que a gente não sabe... Porque eu não fiz exame... Eu só fiz exame de hemograma... Contagem de plaquetas... Mas eu tive as reações... Meu corpo ficou todo vermelho... Tive febre... Só que ai eu achava que a Zika não dava febre não [...] (Hortênciã).



Bem como trouxeram falas sobre as experiências relacionadas às atitudes tomadas, na tentativa de evitar a proliferação do mosquito vetor *Aedes aegypti* e a contaminação pela Zika.

[...] eu sempre fico atenta [em coletar o lixo] tenho cuidado com a caixa, pra não deixar destampada... Eu deixava muito sem trocar a água do gato e cachorro... Agora eu troco dia sim, outro não... Lavo a vasilha... (Camélia)

[...] Como meu esposo teve [Dengue]... Logo no início eu só andava com calça comprida, blusa de manga longa... Usava repelente direto, 24 horas. (Dália).

EXPECTATIVAS

A segunda categoria expressa às expectativas durante o pré-natal. Em relação às expectativas relacionadas ao surto de casos de arboviroses e sobre o que está sendo feito e o que deveria ser feito para minimizar os casos, as participantes expressaram a necessidade de ações permanentes e não apenas campanhistas, além da necessidade de maior participação da comunidade para o controle do vetor.

[...] fazer a manifestação só no período que estão acontecendo... [os surtos] acho isso errado... Tem que ter uma continuação... [mesmo que passe a epidemia] fazer palestras... Reunir os bairros... Pra procurar saber mais [...] (Hortência).

[...] No meu ponto de vista eu acho que é a população que tem que se conscientizar... Porque às vezes eu faço, mas meu vizinho não faz... (Hortência).

As expectativas perpassam também pela disponibilidade de serviços de diagnóstico. As falas retratam anseios e alívio quando do acesso de exames periódicos, que devem ser parte da rotina de pré-natal.

[...] eu fico meio ansiosa... se ela se meche muito eu acho bom.. se ela fica um pouquinho parada eu digo: mulher se mecha, se mecha! (risos)

[...] eu ainda não sinto muito [o bebê mexer]... Mas quando eu fui fazer a ultra, eu fiquei impressionada com o coração batendo, ela mexendo... a gente vê até as costelas... é impressionante demais! Uma ultra é TUDO! Tira todas as dúvidas da gente... Levanta o astral[...] (Íris)

[...] Ia deixar para fazer a ultra agora só no final... Porque já tinha batido uma e o SUS só disponibiliza duas... Então fiz particular, mas... Se for um caso de urgência? E se a pessoa não tiver condições? E também não são todos os particulares que você paga, que você é bem atendida [...] (Hortência).

SENTIMENTOS EXTERNADOS

Esta categoria destaca os sentimentos mais frequentes acerca da gestação e o risco de microcefalia e perpassam, muitas vezes, pelo antagonismo do medo e alívio, felicidade e preocupação – relacionados às alterações fisiológicas e anatômicas típicas da gestação e o receio de microcefalia - até os sentimentos que enaltecem a fé e o amor, na perspectiva de superar os sentimentos negativos relacionados ao risco da malformação no recém-nascido.

[...] Alegria e ao mesmo tempo medo... é que, são muitas mudanças né? Novidade! A gente fica [refletindo] que vem um novo filho, um novo membro para família. Tem o medo! Como vai vir? Ansiedade aumenta! (Íris).



[...] Ansiedade e amor! A gente tem que dar muito carinho, atenção [...] (Acácia).
[...] fiquei feliz né, porque eu sempre quis ter um filho, mas não muito nova, porque eu só tenho 17 anos... Tinha também esse problema [do risco de microcefalia]... Meu esposo teve Dengue antes de eu engravidar... Eu tive que ir ao médico, saber se tinha perigo... O medo maior foi esse, dele nascer com algum problema devido isso [...] (Dália).

Em outra perspectiva, algumas participantes desacreditam que a microcefalia seja provocada por alguma arbovirose, não associa o risco de microcefalia ao *Aedes aegypti* ou associa o risco de microcefalia erroneamente à dengue.

[...] Sobre as doenças a gente tem um certo medo né... Mas, em relação a essa microcefalia, que é tão falada, eu particularmente, não acredito que seja dessas viroses que tão por aí... Espero que Deus não me mostre o contrário [...] (Íris).
[...] Às vezes, eu nem creio que isso é de mosquito... Mas mesmo assim, a gente fica com um certo receio... Tanta gente falando... Eu usava muito repelente no começo... [...] (Acácia).
[...] O meu foi planejado... Mas, aí eu tive Dengue. Gerou medo! Vai gerando uma preocupação, fico ansiosa, vou fazendo os exames e ficando mais preocupada... (Hortência).

A fé é um sentimento expressado como estratégia de enfrentamento e superação do medo.


[...] mas graças a Deus [os exames] estão dando tudo normal... Mas, se tiver de vim [com microcefalia], é da vontade de Deus e vai ser criado com muito amor... a gente não escolhe... A gente só não deve rejeitar... Porque veio com alguma deficiência... Não é verdade?[...] (Hortência).

Além disso, colocam o apoio emocional e familiar, além do vínculo com a equipe de saúde, como relevante, devido às mudanças decorrentes da gestação e das circunstâncias que podem influenciar os sentimentos negativos.

[...] Eu acho que o apoio é muito importante... porque a gente fica muito sensível durante a gravidez... é tanta coisa que... às vezes [surge] até pensamento negativo... e se a gente não tem apoio da própria família... Desmorona [...] (Camélia).

Conhecer o perfil das mulheres que são atendidas na Atenção Primária à Saúde possibilita um melhor entendimento acerca dos padrões de ocorrência da doença e das lacunas na prevenção, e permite um melhor embasamento das estratégias para a assistência em saúde (FREITAS et al., 2019). Neste sentido, o acompanhamento do pré-natal constitui uma ferramenta fundamental para uma evolução do ciclo gravídico-puerperal no que tange ao desenvolvimento de práticas de apoio psicossocial a essas mulheres.

A perspectiva do cuidado durante o pré-natal está fundamentada na construção de uma relação de confiança e dedicação dos profissionais da saúde. Desse modo, os programas de atenção à saúde buscam interagir e estabelecer um maior vínculo, na tentativa de trabalhar outros aspectos além da gestação e parto, atentando para o acolhimento, as queixas, ansiedades,



medos e insegurança enfrentados pelas gestantes e puérperas, os quais na maioria dos casos passam despercebidos ou até mesmo ignorados por familiares e amigos (SANTOS et al., 2015).

A confiança na equipe de saúde da família e o acesso, especialmente ao profissional médico e enfermeiro, mostram-se como fundamentais para promover uma gestação tranquila e segura. Nesta concepção, o vínculo e a prática do acolhimento, bem como as demais tecnologias leves, propõem maior interação entre os profissionais de saúde e usuários, sendo indispensável no serviço e garantindo a melhoria da qualidade da atenção básica (SILVA et al., 2015).

No que se refere ao campo da comunicação em saúde, os meios de divulgação de informações têm levantado informações, sobre o aumento de casos de microcefalia relacionada à Zika. Contudo, com o surto de arboviroses e sua disseminação midiática observa-se que os sentimentos negativos são potencializados e foram evidenciados neste estudo. A reprodução de notícias voltada para o medo e riscos referentes à Zika, favorecem também o aumento dos anseios sobre o público que está mais exposto a esses riscos (AGUIAR; ARAUJO, 2016).

O crescente número inesperado de diagnósticos de microcefalia tomou grandes efeitos por todo o país, onde até final de novembro foram notificados 10.199 casos de microcefalia. Desses, 3.115 (30,5%) casos permanecem em investigação e 7.084 casos foram investigados, sendo 2.159 confirmados para microcefalia e/ou alteração do Sistema Nervoso Central sugestivos de infecção congênita e 4.925 descartados (BRASIL, 2016).

Neste contexto, é importante que os profissionais da saúde da família orientem o adequado planejamento reprodutivo, pois a decisão de engravidar ou não, depende somente da pessoa ou casal, cabendo ao profissional, esclarecer os riscos que a gestante está exposta nos dias atuais, bem como, as principais formas de prevenir a infecção pelo vírus Zika (BRASIL, 2016; SALGE et al., 2016).

Nesse contexto, os órgãos de saúde estão buscando atuar principalmente nos casos que já foram diagnosticados, além da intervenção de forma ativa no acompanhamento de pré-natal das gestantes e puérperas, realizando busca ativa para início do pré-natal ainda no 1º trimestre, facilitando o acesso a exames e consultas especializadas, na tentativa de melhorar as condições do pré-natal, estimular o autocuidado, e melhoria da qualidade de vida das mães/bebês acompanhados (BRASIL, 2016).

CONCLUSÕES

O estudo possibilitou a construção do perfil sociodemográfico e de acompanhamento clínico do pré-natal, das gestantes e puérperas do município, favorecendo o conhecimento desse público e efetivando a necessidade de explorar esses aspectos dentro do pré-natal, a partir deste perfil, é indispensável traçar estratégias de acolhimento e vínculo dos sujeitos no ciclo gravídico-puerperal, com um olhar diferenciado para a questão do risco de microcefalia e arboviroses.

Evidencia-se que, muitas vezes, as gestantes se sentem inseguras, por não conhecerem adequadamente o agravo, as estratégias de enfrentamento e o vínculo necessário para suprir seus anseios, requerendo maior empoderamento e protagonismo. Em contrapartida, sentem-se aliviadas, no puerpério.

Neste estudo, as participantes priorizam a realização de exames, consultas, necessidade de profissionais especializados, mas também atentam para a necessidade das tecnologias leves do cuidado, como vínculo, humanização e coordenação do cuidado.


Na relação entre os sentimentos expressados e o acompanhamento de pré-natal, prevalecem sentimentos como medo e ansiedade, menor evasão ao pré-natal e maior frequência de consultas, contudo, deixaram de tomar alguns cuidados básicos com relação ao risco de contaminação pelo Zika vírus.

No que diz respeito à atenção e cuidado da gestante e o bebê e os sentimentos relacionados a esse quadro epidemiológico, a maioria das pesquisas estão voltadas aos dados epidemiológicos e confirmação dos casos de microcefalia notificados em virtude da situação de saúde do país. O suporte emocional a estas mulheres deve ser considerada como estratégia prioritária na atenção básica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R.; ARAUJO, I. S. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Brasil, v. 10, n. 1, p. 1–15, mar.2016. Disponível em: <<https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1088>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de operações de emergências em saúde pública sobre microcefalias. **Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil. Informe Epidemiológico N°52 - Semana Epidemiológica (SE) 45/2016**. Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde e resposta à ocorrência de Microcefalia/Plano Nacional de Enfretamento à Microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

DONALISIO, M. R; FREITAS, A. R. R.; VON ZUBEN, A. P. B. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Brasil, v. 51, n. 30, p. 1–7, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006889.pdf>. Acesso em: 30. mai./2017.

MELO, A. S. O. et al. Congenital Zika virus infection: Beyond neonatal microcephaly. **JAMA Neurology**, Brasil, v. 73, n. 12, p. 1407–1416, out./2016. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2557231>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **População exposta a fatores de risco para arbovírus nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2018. Disponível em: <http://ais.paho.org/phil/viz/ed_popatrisk_arbovirus.asp>. Acesso em: 26. dez. 2016.

GARCIA, L. P. **Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento**. Ipea, Brasília: IPEA, 2018.

KAMAL, M. et al. Mapping the global potential distributions of two arboviral vectors *Aedes aegypti* and *Ae. Albopictus* under changing climate. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, p. 1–21, dez. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6312308/>>. Acesso em: 25. fev./2019

SALGE, A. K. M. et al. Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasil, v. 18, n. 1, p. 1–15, mar.2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39888>>. Acesso em: 20. jun./1016.

SANTOS, R. L. B. et al. Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Brasil, v. 5, n. 4, p. 628–637, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16071>>. Acesso em: 12. mar/2016.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. Apego materno-fetal, ansiedade e depressão em gestantes com gravidez normal e de risco: Estudo comparativo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 675–683, out./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000400675&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2016.

SILVA, M. R. F. DA et al. Care Beyond Health: Mapping Bonding, Autonomy and Emotional Territory in Family Health. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Brasil, v. 19, n. 1, p. 255–259, jan./mar. 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsintegralidade/resource/pt/lil-768482>>. Acesso em: 15 mar.



2016.

FREITAS, P. S. S. et al. Síndrome congênita do vírus Zika : perfil sociodemográfico das mães. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, V. 43, N. 24, p. 1–7, 2019. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49776?locale-attribute=pt>>. Acesso em: 24 abr. 2019.



CAPÍTULO 15

O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL POR ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR: PRONTO SOCORRO

Márcia Neves Da Costa, Faculdade Mauá de Brasília Campus – Pistão Sul
Ingrid de Souza Freire, Faculdade Mauá de Brasília Campus – Pistão Sul

RESUMO

O objetivo principal desta pesquisa consiste em identificar o nível de adesão dos profissionais de enfermagem em relação ao uso dos EPI's no ambiente hospitalar. Para realizar a seleção dos estudos, utilizaram-se o sistema de base de dados Lilacs (Literatura Latino-americana em ciências da saúde) e Scielo, através do acesso Online, e as palavras utilizadas como descritores no DeCS foram: Equipamentos de Proteção Individual; Saúde do Trabalhador; Biossegurança. RESULTADOS: Estudos têm demonstrado que a resistência em relação a utilização dos EPI's pelos profissionais de enfermagem se baseiam em aspectos meramente pessoais que não deveriam interferir nos procedimentos técnicos. Fatores como o desconhecimento dos procedimentos de segurança e prevenção, assim como, a baixa percepção dos riscos iminentes, são motivos que se destacam na literatura como sendo as causas que levam os profissionais de enfermagem a não aderirem rigorosamente ao uso dos EPI's.


PALAVRAS-CHAVE: Equipamento de proteção individual. Equipe de enfermagem. Setor emergencial.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é uma das atividades mais importantes exercidas pelo homem na sociedade, pois é por meio deste que são obtidos e transformados os recursos necessários para a subsistência e desenvolvimento da estrutura social. Ao mesmo tempo, no decorrer da prática das atividades laborais há profissões que submetem o ser humano a riscos diversos, riscos estes relacionados às condições e ao ambiente em que são desenvolvidas as atividades, podendo interferir gravemente na saúde do profissional (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Dentre as diversas profissões exercidas na sociedade, a presente pesquisa enfoca basicamente a preocupação com os riscos corridos pelos profissionais que atuam na área de saúde, mais especificamente, os profissionais da área de enfermagem. Estes trabalhadores estão constantemente correndo riscos de diversos aspectos, seja de caráter químico, físico, biológico, ergonômico, dentre outros.

Atentar para o fornecimento e utilização adequada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) é um aspecto de muita importância quando se trata da equipe de enfermagem, profissionais submetidos a uma variedade de riscos ocupacionais no ambiente de trabalho, fator



que reforça ainda mais a necessidade de adotar condutas que tenham o objetivo de amenizar ao máximo a exposição do profissional em relação a estes riscos (TEIXEIRA; VALLE, 2010).

Apesar de estarem expostos a esta variedade de riscos, estudos demonstram que uma parcela significativa de profissionais de enfermagem não incorpora os conhecimentos técnicos de prevenção as suas condutas práticas do cotidiano hospitalar (TRIPPLE; AGULIARI; SOUZA, 2007).

Considerando esta realidade, é importante compreender programas que estimulem a reflexão dos profissionais de enfermagem no que diz respeito a necessidade de efetivar mudanças comportamentais entre estes trabalhadores com o objetivo fortalecer a adesão dos mesmos ao uso de EPI (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

Os Programas de Saúde do Trabalhador, que começaram a ser criados em vários Estados brasileiros, a partir do início da década de 80, tiveram seu verdadeiro momento de criação ideológica com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do SUS (BAPTISTA, 2004).

Algumas especificações inerentes as atividades laborais de algumas profissões, tal como o caso da equipe de enfermagem, devem ser consideradas de um modo especial pelo fato de oferecerem riscos à saúde dos trabalhadores, tal como doenças relacionadas as condutas repetitivas, acidentes no ambiente de trabalho, contaminação biológica, entre outras, que podem oferecer diversos riscos inespecíficos ao profissional (BALSAMO; FELLI, 2006).

Os preceitos internacionais relacionados a área da Saúde do Trabalhador passar a receber maior atenção no ano de 1978, quando ocorreu a Conferência Mundial de Alma Ata, onde foram apresentadas novas propostas referentes aos aspectos pertinentes aos cuidados específicos com a saúde dos trabalhadores à Organização Mundial de Saúde (OMS) (FARIAS; MAURO, 2005).

Outro marco importante, relacionado as inovações nas normas de segurança dos trabalhadores da área de saúde, refere-se ao evento ocorrido em 1983, quando a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou um novo documento determinando diretrizes essenciais para o desenvolvimento e implementação de programas na rede pública de saúde voltados para atender as necessidades específicas dos profissionais de saúde (BAPTISTA,



2004).

Os eventos mencionados anteriormente tiveram um reflexo muito positivo nas políticas de saúde do Brasil, que passaram a assumir uma posição mais ativa no que se refere a estruturação de um movimento político-ideológico voltado para a implantação e fiscalização na assistência dos ambientes de trabalho da área de saúde, atentando, especialmente, para os cuidados com a saúde dos profissionais. (LACAZ, 2007)

Com o advento da Constituição Federal em 1988 pode-se afirmar que a Saúde Pública passou a ter um amparo mais abrangente a respeito dos direitos referentes a saúde dos trabalhadores da área de saúde. O artigo de nº 200 apresentado no capítulo pertinente à Seguridade Social determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem, dentre outras funções, empreender ações voltadas para cuidados específicos com a Saúde do Trabalhador (KIRCHHOF, 2009).


Neste sentido, a Saúde do Trabalhador atualmente é orientada pelas diretrizes e princípios dos Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015), que são conceituados como sendo:

Conjunto de atividades que se destinam, através das ações de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2015).

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador vigente no contexto atual pode ser considerada como um grande avanço no que se refere ao estabelecimento de normas, leis e decretos normatizados especificamente para assegurar o profissional como indivíduo e, também, o ambiente de trabalho das unidades de saúde (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Estes marcos, mencionados anteriormente, devem ser considerados como aspectos de significativa importância para a evolução dos cuidados relacionados as condições de trabalho dos profissionais da saúde, pois estabelecem direitos que amparam e orientam os profissionais da saúde em relação as medidas preventivas e de proteção que são fundamentais para a qualidade de vida no trabalho (MAGNANO, 2010).

Considerando o contexto anterior, o objetivo principal desta pesquisa consiste em identificar se os profissionais de enfermagem fazem uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) no ambiente hospitalar por meio de levantamento bibliográfico. Para que o objetivo principal seja devidamente alcançado, considerou-se importante desenvolver os seguintes objetivos específicos: a) identificar na literatura especializada os princípios fundamentais que orientam a saúde dos profissionais da saúde; b) analisar aspectos de



segurança referentes aos EPI, demonstrando sua importância para a equipe de enfermagem; c) desenvolver uma análise discursiva baseada em artigos científicos, com o objetivo de identificar se os profissionais de enfermagem fazem o uso adequado e constante dos EPI nas unidades hospitalares que atuam.

3. MATERIAL E MÉTODO

A presente pesquisa abrange tanto trabalhos quantitativos e qualitativos, porém, a natureza da presente pesquisa será do tipo qualitativa. Foram utilizadas plataformas de busca como Google Acadêmicos, Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Bases de dados em Enfermagem) para a execução desta revisão de literatura. Para isso, apenas artigos no idioma português foram utilizados, usando as seguintes palavras-chaves como ferramenta de busca: equipamentos de proteção individual; saúde do trabalhador; biossegurança.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram consultados os periódicos indexados em publicações nas bases de dados mencionadas anteriormente. Os textos foram selecionados considerando os unitermos “equipamento de proteção individual”; “saúde do trabalhador” e “biossegurança”. A partir deste processo de identificação dos textos, foram incluídos aqueles que discutissem diretamente a questão da adesão dos EPI e a assistência de enfermagem. Durante a pesquisa foram encontrados diversos artigos que tratam da relação destes dois temas principais. A amostra final constou de 15 artigos.

Para extrair os dados relevantes dos artigos selecionados, utilizou-se um instrumento previamente elaborado, a fim de reunir e sintetizar as informações-chave, minimizando o risco de erros na transcrição, garantindo precisão na checagem das informações para servirem como registro.

Dessa forma, adotou-se como ferramenta o quadro a seguir (quadro 1) no qual foram agrupadas as seguintes informações: número de ordem do artigo a fim de uma melhor visualização quanto da leitura da discussão, título do trabalho, autor (es), objetivo (s), método (s), conclusão e ano de publicação.

Quadro 1: Artigos usados na pesquisa

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem	Belisa Talhaferro Denise Beretta Barboza Andrea Ranucci De Oliveira	Identificar a adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem e o conhecimento destes profissionais sobre o assunto.	Realizou-se um estudo descritivo, no qual foram questionados 47 trabalhadores da equipe de enfermagem da Central de Materiais e Esterilização de um hospital-escola de grande porte do interior paulista.	A população era, em sua maioria, do sexo feminino e auxiliar de enfermagem (91,5%), casada (57,4%), faixa etária de 30 a 49 anos (61,6%), com 2 a 11 anos de atuação na profissão (51,0%), tempo de serviço de 12 a 16 anos (31,9%) e com jornada de 6 horas (63,8%); os funcionários distribuíam-se nos períodos vespertino e noturno (68,0%). Relataram conhecimento sobre equipamentos de proteção individual, sua importância e adesão ao uso dos mesmos 79% dos participantes. Referiram, no entanto, ser incômodo, atrapalhar no trabalho, falta de habilidade no uso e medo de sofrer acidente e contrair doença.	2008
Adesão ao uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem do centro de material e esterilização	Bárbara Pereira Silva Elisângela Lopes Silva Daniela Scrabucci Janone	Avaliar a adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais de enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME)	Método quantitativo-descritivo e exploratório foi realizado em um hospital-escola de grande porte do Distrito Federal	Evidencia-se então, por este estudo, a necessidade de uma educação continuada ressaltando os conhecimentos sobre os EPI adequados para cada área e a importância dos mesmos para segurança do trabalhador.	2010
Percepção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Denise Aparecida Lopes Mafra Isabela Cristine Fonseca Juliana Xavier Viana Júlio César Batista Santana Mariana Pereira Silva	Perceber a importância para os enfermeiros do uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) relacionados a riscos biológicos no atendimento de suporte avançado em um serviço móvel de urgência, e identificar os EPI's usados por eles no serviço móvel de urgência da cidade de Sete Lagoas.	O estudo é de natureza descritiva exploratória com análise qualitativa baseada no método de Bardin. As unidades temáticas estabelecidas foram: identificando os riscos biológicos no atendimento pré-hospitalar; vulnerabilidade dos profissionais para o risco de exposição ocupacional no atendimento pré-hospitalar; percebendo a importância do uso dos equipamentos de proteção individual; o enfermeiro como elo na promoção da saúde.	Os resultados revelam que os enfermeiros têm consciência da importância do uso de EPI's, porém não os utilizam com a devida frequência na prática de seu cotidiano laboral, conforme evidencia-se na amostra em que se comprova que 100% usam luvas, botas e macacão, apenas 41,6% usam máscara e somente 16,6% utilizam óculos em todos os atendimentos.	2011

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
Uso de equipamentos de proteção individual pela enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar	Giovani Henrique Rieth Marli Maria Loro Eniva Miladi Fernandes Stumm Cleci Lourdes Schmidt Piovesan Rosanelli Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz Joseila Sônego Gomes	Evidenciar como se dá a utilização de Equipamentos de Proteção Individual pela equipe de Enfermagem de uma Unidade de Urgência e Emergência.	Estudo qualitativo descritivo, com oito profissionais de enfermagem. A produção de dados ocorreu por meio de observação participante e entrevista semiestruturada, gravadas em audiotape. As entrevistas foram interrompidas no momento em que as informações começaram a se repetir. Para a análise, utilizou-se a ordenação, classificação e análise final dos mesmos, resultando em um tema de análise. O projeto de pesquisa obteve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo 247/2008.	Para vários sujeitos estudados, o uso de Equipamento de Proteção Individual está relacionado ao conhecimento do status sorológico do paciente. Assim, a observância das medidas de segurança ainda é incipiente. Importante para o desenvolvimento de programas de educação permanente para minimizar riscos na atividade profissional.	2011
Uso dos equipamentos de proteção individual em Unidade de terapia intensiva	Ellen Lucy Vale de Souza Jennara Candido do Nascimento Joselany Afio Caetano Raquel Cavalcanti Veras Ribeiro	Analisar a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs) pelos trabalhadores de enfermagem nas unidades de terapia intensiva de um hospital de emergência localizado no município de Fortaleza/CE, Brasil.	Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, realizado nas quatro unidades da referida instituição.	Os resultados revelam que os técnicos e auxiliares de enfermagem têm consciência da importância do uso de EPIs, porém não os utilizam com a devida frequência na prática de seu cotidiano laboral, devido a problemas de ordem comportamental e de logística.	2011
Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos de proteção individual	Heliny Carneiro Cunha Neves Adenícia Custódia Silva e Souza Marcelo Medeiros Denize Bouttelet Munari Luana Cássia Miranda Ribeiro Anaclara Ferreira Veiga Tipple	Analisar as razões, atitudes e crenças dos trabalhadores de enfermagem, referentes à adesão aos equipamentos de proteção individual.	Trata-se de estudo qualitativo, realizado em um hospital universitário, com 15 profissionais de enfermagem.	Identificaram-se várias barreiras que interferem nas questões de segurança e proteção individual como comunicação, sobrecarga do trabalho, estrutura física, acessibilidade aos equipamentos de proteção e aspectos organizacionais e gerenciais. A adesão aos equipamentos de proteção é determinada tanto pelo contexto vivenciado, no ambiente de trabalho, como, também, por valores e crenças individuais, mas a decisão sobre o uso dos equipamentos de proteção é individual.	2012

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de Enfermagem de um hospital do município de coronel Fabriciano	Bruno Moraes Vasconcelos Ana Luiza Rafael de Miranda Reis Márcia Seixas Vieira	Verificar os tipos de riscos a que estão sujeitos os profissionais no hospital; avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital da região do Vale do Aço sobre o uso dos EPIs; verificar disponibilidade dos EPI's nos setores pesquisados e analisar a adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pela equipe de enfermagem deste hospital.	Através desta pesquisa de caráter quantitativo foi desenvolvido um estudo descritivo em um hospital na região do Vale do Aço, a fim de verificar a adesão da equipe de enfermagem ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual.	Pesquisa demonstrou que, apesar da maioria (94,9%) dos participantes estarem cientes dos riscos que correm no exercício profissional, esses equipamentos nem sempre são utilizados, especialmente por falta de disponibilidade (83.6%), falta de hábito e disciplina (81.6%), descuido (44.0%), desconforto e incômodo (35.2%). Apenas a minoria utiliza constantemente todos os equipamentos necessários ao exercício da enfermagem e, dos utilizados, as luvas são as que possuem mais adesão.	2012
O uso dos equipamentos de proteção Individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico	Hermynnia de Araújo Moreno Suarte Pholliany Lopes Teixeira Mirelly da Silva Ribeiro	Identificar o perfil das publicações científicas em periódicos indexados nas bases de dados, nos últimos 10 anos, sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e as práticas realizadas em centro cirúrgico.	O método utilizado foi bibliográfico.	Após a análise dos 19 artigos observou-se que os autores dos artigos concordam que a equipe de enfermagem do centro cirúrgico é exposta a riscos laborais, sobretudo os funcionários que não fazem uso de EPI ou o faz de maneira incorreta, decorrentes da comodidade, pressa ao realizar os procedimentos, falta de supervisão, dupla jornada de trabalho entre outros fatores.	2012
Segurança no trabalho: uso dos equipamentos de proteção Individual pela equipe de enfermagem	Elisabeth Alves Silva Martha Maria Macedo Bezerra Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz	Compreender o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais da enfermagem.	Esta se deu de forma bibliográfica, através da abordagem de autores que tratam do tema em discussão.	Constatou-se que a enfermagem é a categoria profissional mais exposta aos diversos riscos, sendo também o grupo detentor do maior percentual de acidentes com material biológico. No entanto, foi verificado que os profissionais de enfermagem têm adesão insatisfatória aos EPI, o que coloca em risco a sua saúde, bem como a dos pacientes aos quais assistem.	2012
Importância do EPI: Percepção		Estudar a percepção da equipe de	Estudo qualitativo, sobre	Os resultados evidenciaram que 90%	2013

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
da Equipe de Enfermagem na Sala de Emergência	Emanuelle de Andrade Batistoni Danillo Barbosa Luiz Henrique Gomes Santos Diego Andreatzi	enfermagem quanto à importância do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) durante os procedimentos com o paciente, procurando identificar as dificuldades de adesão e do uso correto dos EPI, avaliar e enfatizar a importância do mesmo pelos profissionais de saúde, e identificar o conhecimento da equipe de enfermagem no setor de emergência do Hospital Nossa Senhora da Piedade do Município de Elói Mendes/MG quanto à importância, frequência e cuidados na sua utilização, identificando as causas que levam alguns profissionais a não se submeterem ao uso.	a percepção da equipe de enfermagem na sala de emergência	da amostra relataram quanto ao EPI que é um equipamento utilizado para a prevenção, 70% da amostra relataram que o EPI é usado para prevenção de acidentes e para prevenção da integridade física, 80% deles relataram que a instituição deve fornecer gratuitamente e orientar quanto à orientação de uso e armazenamento correto e que 50% dos mesmos relataram que às vezes deixam de fazer uso do EPI durante os procedimentos realizados.	
O uso de equipamento de proteção individual por Profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal	Oleci Pereira Frota Adriano Menis Ferreira Marisa Dias Rolan Loureiro Maria de Fátima Meinberg Cheade Maria Gorette dos Reis	Verificar a adesão dos profissionais de enfermagem ao uso dos equipamentos de proteção individual na realização do procedimento de aspiração endotraqueal por sistema aberto.	Estudo descritivo-exploratório, prospectivo, com abordagem quantitativa	Evidencia-se que os profissionais estão expostos ao risco biológico e, portanto, há necessidade de rever o processo de trabalho e as atividades educativas.	2014
Percepção de técnicos de enfermagem sobre O uso de equipamentos de proteção individual em um Serviço de urgência	Eliete Albano de Azevedo Guimarães Gustavo Dias Araújo Ricardo Bezerra Renata Cristina da Silveira Valéria Conceição de Oliveira	Compreender a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) sobre a importância do uso de EPI.	Realizadas entrevistas a partir de um roteiro semi-estruturado com cinco técnicos de enfermagem. Foi utilizada a abordagem qualitativa do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC para a análise dos dados, sendo possível analisar e interpretar a subjetividade dos trabalhadores estudados.	Os técnicos de enfermagem demonstraram-se inseguros na compreensão sobre os riscos biológicos ocupacionais durante o atendimento, no desconhecimento sobre as Normas Regulamentadoras 9 e 32 e sobre a utilização adequada dos EPI's no atendimento às vítimas, além do não fornecimento regular	2014

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
				destes equipamentos pela instituição.	
Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção Individual: a contribuição das instituições formadoras	Adenícia Custódia Silva e Souza Heliny Carneiro Cunha Neves Anaclara Ferreira Veiga Tipple Silvana de Lima Vieira dos Santos Cecília Ferreira da Silva Regiane Aparecida dos Santos Barreto	Estudo objetivou verificar a compreensão dos alunos acerca do uso de Equipamento de proteção individual (EPI) na perspectiva do controle de infecção e identificar a contribuição dos cursos de graduação em enfermagem para a construção do conhecimento dos graduandos sobre esta temática.	Os dados foram obtidos por meio de um questionário após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa e analisados por meio de estatística descritiva.	Os resultados mostram múltiplas condutas dos alunos no uso e manuseio de jaleco, luvas, máscara, óculos e gorro. Embora relatem fazer uso de EPI, não conhecem suas finalidades de uso, ainda que tenham sido abordadas em disciplina curricular. O conhecimento é inconsistente e sinaliza falha no processo de ensino. Verificamos uma vulnerabilidade dos acadêmicos em relação à prevenção de infecções adquiridas ocupacionalmente.	2015
Protocolo para uso de equipamentos de proteção Individual em unidade básica de saúde	Dulcinéia Garcia Viana Ana Cabanas Lisiane Maria Teixeira Bezerra Antón	Elaborar estratégias educacionais aos profissionais da saúde no sentido de sensibilizá-los quanto a uso correto de Equipamentos de Proteção Individual.	Estudo descritivo e de campo com método de abordagem hipotético-dedutivo e procedimento funcionalista	Os resultados indicam ausência de fiscalização e punições por parte da liderança; os profissionais de saúde não receberam treinamento sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual; em alguns casos não há disponibilização destes equipamentos; falta de interesse, responsabilidade e comprometimento dos colaboradores; a equipe de Enfermagem é a que apresenta mais falhas no uso de Equipamentos de Proteção Individual, por outro lado, a equipe de Odontologia apresenta-se como exemplo no cumprimento das normativas. Conclui-se que apesar do conhecimento sobre a necessidade do uso destes equipamentos, falta consciência sobre sua importância no que se refere à proteção tanto do cliente quanto de si próprio.	2015
Condutas da equipe de enfermagem de um hospital universitário em	Magda Ribeiro de Castro	Identificar as condutas adotadas pela equipe de Enfermagem objetivando	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com a equipe de Enfermagem das Clínicas Cirúrgica	Conclui que as condutas adotadas pela equipe são adequadas. No entanto, faz-se imprescindível que a equipe identifique	2016

TÍTULO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSÃO	ANO
frente à minimização da exposição aos riscos ocupacionais	Crystiane Demuner Moraes	minimizar a exposição aos riscos ocupacionais durante a assistência ao indivíduo hospitalizado.	e Urologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo, no primeiro semestre de 2012. Foram assegurados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Utilizou-se a entrevista para coleta dos dados e a técnica aplicada fundamentou-se na análise de conteúdo.	os riscos e, para isso, precisa conhecê-los. Torna-se igualmente necessário que as instituições de ensino abordem assuntos de interesse para a saúde desse trabalhador. Cabe, portanto, aos profissionais que atuam na assistência a reflexão sobre essa temática, assim como a adoção de comportamentos e condutas que garantam saúde e segurança no ambiente de trabalho.	


Fonte: desenvolvido pela autora (2020)

No desenvolvimento do quadro apresentado anteriormente foi feita uma leitura completa de todos os artigos escolhidos para fazer parte da amostra de informações que utilizou-se para discutir os tópicos referentes ao objetivo principal da presente pesquisa, que consiste na identificação do nível de utilização dos EPI pelos profissionais de enfermagem. Os resultados a este respeito demonstraram que os profissionais de enfermagem, conforme a amostra aqui delimitada, não utilizam sistematicamente os EPI por diversos motivos. A seguir serão explorados mais minuciosamente estes resultados e, também, os motivos que levam os profissionais de enfermagem a não utilizar os EPI, que são equipamentos fundamentais para a prevenção de diversos tipos de acidentes e contágios.

Como já mencionado anteriormente, é evidente que os profissionais de enfermagem estão constantemente expostos a uma variedade de riscos relacionados a sua saúde devido as características comuns a natureza das condições de trabalho do ambiente hospitalar, onde são tratadas doenças de todos os tipos, o que acarreta um agravamento aos riscos que estes profissionais estão sujeitos (MALAGUTI; HAYASHIDA; CANINI, 2008).

Esta perspectiva é apontada por diversos autores, que a complementam salientando o fato de que os profissionais de enfermagem estão suscetíveis a mais riscos pelo fato de que, além de estarem expostos as lesões comuns as atividades laborais, estes trabalhadores normalmente acompanham os pacientes durante todo processo de recuperação (MOURA; MOREIRA; FONSECA, 2009).

Os riscos inerentes ao ambiente hospitalar são diversos, mas na literatura da área de saúde são apontados alguns que são considerados os mais evidentes. São classificados da seguinte forma (MALAGUTI; HAYASHIDA; CANINI, 2008):

- 
- O risco físico: é o risco que está relacionado a estrutura material do ambiente de trabalho das unidades de saúde, tais como a deficiência na iluminação, a temperatura inadequada dos setores, a radiação, entre outros;
 - O risco químico: aquele relacionado a interação dos profissionais de enfermagem com produtos químicos, como por exemplo, produtos de limpeza e assepsia, gases, medicamentos, entre outros;
 - O risco biológico: decorrente do contato que o profissional tem com substâncias orgânicas, como sangue, fluidos, entre outros;
 - O risco ergonômico: é aquele relacionado com os procedimentos laborais que envolvem esforço e postura física, tal como, o levantamento de pacientes, o transporte de macas, entre outros (MALAGUTI; HAYASHIDA; CANINI, 2008).

A RESISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Geralmente, os acidentes que acontecem no ambiente hospitalar decorrem da falta de precaução a respeito de medidas preventivas que deveriam ser observadas atentamente pelos profissionais de enfermagem.

Quando se trata de prevenção de acidentes, o EPI se apresenta na literatura como sendo um dos mais importantes recursos para amenizar os riscos do ambiente hospitalar, porém, a resistência dos profissionais em utilizar estes equipamentos também se apresenta como o fator mais preocupante pelos pesquisadores (FARIAS; ZEITOUNE, 2005).

Estudos têm demonstrado que a resistência em relação a utilização dos EPI's pelos profissionais de enfermagem se baseiam em aspectos meramente pessoais que não deveriam interferir nos procedimentos técnicos. Muitos profissionais de enfermagem apontam o desconforto, o mero esquecimento, a despreocupação, como sendo as causas que os levam a não utilizar os equipamentos para sua segurança (CANINI; MORAES, 2008).

Além dos aspectos pessoais, destacam-se motivos relacionados a inadequada infraestrutura das unidades de saúde, tal como, a falta de equipamentos (ou quantidade insuficiente de EPI), o desconhecimento dos procedimentos de prevenção que não são repassados pela equipe, a pressão extrema do ambiente de trabalho, entre outros (TRIPPLE; AGULIARI; SOUZA, 2007).

Outras pesquisas apontam para o fato de os profissionais de enfermagem não utilizarem os EPI's por terem ideias equivocadas a respeito dos mesmos e das condições de trabalho em que atuam. O estudo de Moura; Moreira; Fonseca (2009) demonstra que muitos profissionais não utilizam os equipamentos de prevenção por acreditarem que a iminência dos riscos hospitalares não pode ser prevenida, pelo fato dos riscos serem um fator “normal” na profissão desempenhada pela equipe de enfermagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pode-se notar, o processo de adesão a utilização de EPI está diretamente vinculada à percepção dos profissionais de enfermagem em respeito dos riscos inerentes a sua profissão e, principalmente, a conscientização relacionada a iminência dos riscos aos quais estão submetidos. Neste sentido, percebe-se a importância de um trabalho constante de reciclagem de conhecimentos sobre o tema junto a estes profissionais de saúde.

Fatores como o desconhecimento dos procedimentos de segurança e prevenção, assim como, a baixa percepção dos riscos iminentes, são motivos que se destacam na literatura como sendo as causas que levam os profissionais de enfermagem a não aderirem rigorosamente ao uso dos EPI's.

REFERÊNCIAS

APARECIDA, D. et al. Percepção dos Enfermeiros sobre a importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual para Riscos Biológicos em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2011.

BALSAMO AC, FELLI VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2006; 14(3): 346-53.

BAPTISTA RC. Doenças e outros agravos à saúde produzidos pelo trabalho. *Cadernos Interdisciplinares: saúde, tecnologia e questão social*, 2004(1);1-11.

BASTIONI, E. A. et al. Importância do EPI: Percepção da Equipe de Enfermagem na Sala de Emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, 2013.


BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: ago. 2019.

CANINI SRMS, MORAES SA, GIR E, FREITAS ICM. Fatores associados a acidentes percutâneos na equipe de enfermagem de um hospital universitário de nível terciário. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 2008;16(5):818-23.

CASTRO, M. R. Condutas da equipe de enfermagem de um hospital universitário em frente à minimização da exposição aos riscos ocupacionais. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2016.

CUNHA, H. C. et al. Segurança dos trabalhadores de enfermagem e fatores determinantes para adesão aos equipamentos proteção individual. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2012.

FARIAS S.N.P, MAURO MYC, ZEITOUNE RCG. **Riscos no trabalho e agravos à saúde do trabalhador de enfermagem de saúde pública**. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.



FARIAS SNP, ZEITOUNE RCG. Riscos no trabalho de enfermagem em um Centro Municipal de Saúde. **Rev. Enferm. UERJ.** 2005;13(2):167-73.

FONSECA J.J.S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FROTA, O. P. et al. O uso de equipamento de proteção individual por Profissionais de enfermagem na aspiração endotraqueal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2014.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Percepção de técnicos de enfermagem sobre O uso de equipamentos de proteção individual em um Serviço de urgência. **Cadernos Interdisciplinares: saúde, tecnologia e questão social**, 2014.

KIRCHHOF ALC. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009(18)2;215-223.

LACAZ FAC. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, 1997(13)2;98-104.

MAGNANO TSBS et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 2010;18(3).

MALAGUTI SE, HAYASHIDA M, CANINI SRMS, GIR E. Enfermeiros com cargos de chefia e medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2008;42(3):496-503.

MARZIALE MHP, RODRIGUES CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de Enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2002(10)

MORENO, W. A. et al. O uso dos equipamentos de proteção Individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. **Rev. Bras Enferm.**, 2012.


MOURA ECC, MOREIRA MFS, FONSECA SM. da. Atuação de auxiliares e técnicos de enfermagem no manejo de perfurocortantes: um estudo necessário. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2009;17(3)

OLIVEIRA BRG, MUROFUSE NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2001; 9(1): 109-15.

RIBEIRO EJM, SHIMIZU HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras Enferm.** 2007;60(5):535-40.

RIETH, G. H. et al. Uso de equipamentos de proteção individual pela enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011.

SILVA, A. C. et al. Conhecimento dos graduandos de enfermagem sobre equipamentos de proteção Individual: a contribuição das instituições formadoras. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2015.



SILVA, B. P. et al. Adesão ao uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de enfermagem do centro de material e esterilização. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 2010.

SILVA, E. A. et al. Segurança no trabalho: uso dos equipamentos de proteção Individual pela equipe de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, 2012.

SOUZA, E. L. V. et al. Uso dos equipamentos de proteção individual em Unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2011.

TALHAFERRO, B. et al. Adesão ao uso dos equipamentos de proteção individual pela enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 17(3-6):157-166, maio/dez., 2008.

TEIXEIRA P, VALLE S. **Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

TRIPPLE AVF, AGULIARI HT, SOUZA ACS, Pereira MS, Mendonça ACC, Silveira C. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização, uso e fatores intervenientes à adesão. **Cienc.Cuid Saúde**. 2007;6(4):441-48

VASCONCELOS, B. M. et al. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de Enfermagem de um hospital do município de coronel Fabriciano. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, 2012

VIANA, D. G. et al. Protocolo para uso de equipamentos de proteção Individual em unidade básica de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2015.



CAPÍTULO 16

REFLEXÃO SOBRE O MANEJO FAMILIAR DA CRIANÇA COM DOENÇAS CRÔNICAS

[Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira](#), Enfermeira, Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz

[Fabiola Pereira Paixão Farias](#), Enfermeira, Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz

[Sara Souza Lemos, Enfermeira](#), Discente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz

[Laís Barreto Ferreira](#), Médica, Residente em Pediatria na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

[Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira](#), Enfermeira, Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Universidade Estadual de Santa Cruz

[Roseanne Montargil Rocha](#), Enfermeira, Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Universidade Estadual de Santa Cruz

[Vitória Solange Coelho Ferreira](#), Enfermeira, Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Universidade Estadual de Santa Cruz


RESUMO

Objetivo: Realizar uma breve reflexão acerca dos impactos que envolvem o manejo familiar da criança com doenças crônicas. **Método:** Trata-se de um estudo teórico com abordagem qualitativa que se propõe a fazer uma reflexão acerca do manejo das famílias frente aos cuidados de crianças com doenças crônicas não transmissíveis, utilizando para tanto do referencial teórico de Edgar Morin, por meio de um levantamento bibliográfico, nas bases de dados eletrônicas: BVS, SciELO, LILACS e BDENF. **Resultados:** O cuidado à criança com doenças crônicas gera demandas sobre a família, redefinição de papéis, disponibilidade de tempo, reorganização das finanças e de tarefas. **Conclusão:** Precisa-se de uma maior articulação entre a complexidade e o manejo familiar relacionado à saúde. Existe uma preocupação da família em relação ao cuidado com a criança portadora de doenças crônicas não transmissíveis, que deve ser dado a partir da interação, do acolhimento e da comunicação entre a equipe e o familiar, estreitando e fortalecendo vínculos.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças Crônicas não Transmissíveis. Cuidado. Família. Criança.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores desafios do século XXI para saúde e para o desenvolvimento pelo sofrimento causado as pessoas, e danos produzidos no sistema socioeconômico especialmente dos países da baixa e média renda. São consideradas as principais causas de mortes e incapacidades na maioria dos países independentemente de seu nível econômico e em 2012 responderam por 38 milhões (68%) dos 56 milhões de mortes, destas 16 milhões (40%) foram consideradas mortes prematuras (WHO, 2014).




A melhoria das condições sociais e de vida nos países desenvolvidos possibilitou uma redução acentuada dos coeficientes de mortalidade neonatal e infantil, redução das taxas de natalidade e um aumento da expectativa de vida com conseqüente aumento da longevidade e diminuição do aparecimento das DCNT. Nos países desenvolvidos apenas 13% das mortes por condições crônicas são consideradas precoces enquanto nos países de média e baixa renda 29% do total das mortes ocorrem em pessoas com menos de 60 anos de vida (WHO, 2011).

Os processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional nas últimas décadas ocorrida no Brasil têm produzido alterações no comportamento das doenças entre crianças e adolescentes e estabelecido um novo padrão do processo saúde-doença no qual as patologias infectocontagiosas ou transmissíveis foram suplantadas pelas DCNT, impondo sérios desafios para o campo da saúde, pesquisa e mudanças no Sistema de Serviços de Saúde, no que diz respeito à formulação e implementação de políticas voltadas para necessidade destes grupos etários.

No Brasil as DCNT se constituem um problema de saúde pública de grande magnitude e são responsáveis por 72% das causas de óbitos. Dentre elas destacam-se as doenças do aparelho circulatório com (31,13%), seguida do câncer (16,3%), doenças respiratórias (5,8%) e diabetes mellitus (5,2%), atingem pessoas de todas idades, camadas socioeconômicas e com especial intensidade em grupos mais vulneráveis e em situações de riscos de adoecer e morrer (SCHMIDT et al., 2011).

O Ministério da Saúde em seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011 a 2022, tem como uma de suas metas reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Na América do Sul estima-se que cerca de 3,8 milhões de crianças (9,7%) apresentam sobrepeso e/ou obesidade, assumindo proporções epidêmicas e assim como no adulto a obesidade infantil leva ao surgimento de diversas doenças como a hipertensão sistêmica arterial, dislipidemia e diabetes mellitus, ampliando o risco de aparecimento de problemas cardiovasculares (BRASIL, 2014).

Em estudos analisados, foram observados um aumento da mortalidade por DCNT, no grupo etário de 1 a 9 anos, nos países da América do Latina e Caribe, este contexto também se repete no Brasil especialmente nas últimas duas décadas (BRASIL, 2019). Os múltiplos fatores de risco associados às mudanças no estilo vida decorrente da ampliação do acesso aos bens e serviços, baixa escolaridade, desigualdades sociais e acesso à informação são responsáveis pelo aumento de diversos agravos que demandam uma nova racionalidade na produção do cuidado



na perspectiva de reorientação do modelo tecnoassistencial, no manejo de práticas cuidadoras e de mudanças de práticas dos profissionais de saúde, as quais deveriam centrar-se nas necessidades das crianças e adolescentes em condições crônicas (BRASIL, 2011).


Nesta perspectiva, salienta-se a importância de estimular a família no desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância e adolescência como condição sine qua non para aumentar a probabilidade do estabelecimento de um estilo de vida ativo e promotor de saúde na vida adulta e na senilidade (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012). A promoção de uma alimentação saudável, da realização de atividade física, da proteção do excesso de sol e dos cuidados com a saúde respiratória por meio da sensibilização e informação para as crianças e adolescentes se constituirão em fator de proteção e redução das DCNT.

As doenças ou condições crônicas são caracterizadas como agravos de longa duração e progressão, com início gradual e prognóstico incerto na maioria dos casos, possui curso clínico composto por fases que se intercalam conforme condição clínica dos pacientes, com períodos de agudização, que podem gerar complicações e/ou incapacidades (BRASIL, 2013).

Esta característica constituinte das DCNT e o medo do desconhecido produzem inicialmente um processo de desterritorialização dos familiares expresso por ansiedade, tristeza e sensação de perda por não se sentirem preparados para o enfrentamento e manejo da nova condição da criança e do adolescente (COLESANTE et al., 2015). A utilização pela família dos conceitos de autocuidado, empoderamento e resiliência tem servido de dispositivo para promoção do processo de autodeterminação e enfrentamento da situação (LEITE et al., 2015).

O manejo familiar apesar de existir desde a década de 1990 na cultura norte-americana, ainda é recente nas pesquisas no Brasil. O significado de *Family Management Style Framework* foi desenvolvido por Kathleen Knafl e Janet Deatrck, inicialmente com o objetivo de entender como a unidade familiar incorporava as demandas de doenças das crianças no cotidiano da vida familiar e ao ser traduzido e contextualizado a cultura brasileira vem sendo utilizado em pesquisas na área de enfermagem pediátrica. O termo manejo familiar tem sido definido como o papel assumido pela família ao responder ativamente à doença e às diferentes situações de cuidado à saúde (KNAFL; DEATRICK ; HAVILL, 2012).

A experiência de vivenciar a doença crônica é intensa e complexa, pode gerar sentimentos conflitantes e dificuldades no lidar com a imprevisibilidade da nova condição da criança uma vez que o processo de cuidar torna-se prolongado e, muitas vezes, penoso, exigindo cuidados contínuos em relação à terapêutica e aos fatores de riscos que possam agravar as



condições de saúde da criança (SILVA; KIRSCHBAUM; OLIVEIRA, 2007). Assim sendo, torna-se de fundamental importância o processo de adaptação da família a esta nova condição e o suporte da equipe médica e de enfermagem para que consigam cuidar da criança, atendendo as suas necessidades.


Diante destas reflexões sobre o tema, salienta-se a importância do fornecimento de informações a família a respeito do processo saúde-doença e cuidado da criança e da incorporação desta ação na prática assistencial da equipe de saúde. Ademais, constatou-se, também a escassez de estudos sobre o tema e a necessidade de aprofundamento do conhecimento acerca das doenças crônicas em criança e a importância do conhecimento da família acerca dos modos de enfrentá-la e de cuidar da criança portadora desta enfermidade.

Tendo como substrato esta consideração, foi definida a questão norteadora do presente estudo, que se constituiu em elemento essencial para a operacionalização da investigação, a saber: Quais as principais características relacionadas ao manejo familiar na produção do cuidado as crianças com doença crônica. E teve por objetivo realizar uma breve reflexão teórica de estudos científicos que abordem o manejo familiar de crianças com DCNT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico com abordagem qualitativa que se propõe fazer uma reflexão acerca do manejo das famílias frente aos cuidados de crianças com DCNT, utilizando para tanto do referencial teórico de Edgar Morin. Nesta investigação a coleta de dados se deu a partir de fontes secundárias, por meio de um levantamento bibliográfico, e teve por base a experiência vivenciada e compartilhada pelas autoras na realização deste tipo de estratégia de pesquisa.

Este estudo justifica-se por proporcionar a ampliação da compreensão sobre determinado tema, utilizando a uma ou mais teoria para aprofundar a análise crítica e reflexiva sobre o objeto de investigação. A ampliação do olhar para fatos ou fenômenos visíveis apenas ao olhar vibrátil possibilita a articulação e apreensão de sentidos e significados que irão se expressar a luz da teoria que servirá de substratos ao objetivo proposto. Ademais, contribui com o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, possibilita avaliação crítica e reflexiva do objeto de estudo e oferece suporte para decisão e melhoria da prática clínica, se constituindo em ferramenta essencial a Prática Baseada em Evidências-PBE (CAMARGO et al., 2016).



A estratégia de busca e seleção dos estudos foi realizada por meio do levantamento dos artigos científicos da literatura nas bases de dados eletrônicas do: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), utilizando descritores adequados à busca textual previamente consultados no portal dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Doenças Crônicas, Cuidador Familiar e Criança, e o descritor não indexado no referido portal: Manejo familiar em crianças com doenças crônicas, condição crônica e linha de cuidado. Os descritores foram agrupados utilizando os operadores booleanos AND, OR e NOT , para a realização da busca nas bases de dados selecionadas.


A seleção dos estudos levou em consideração os seguintes critérios de elegibilidade: artigos originais disponíveis na íntegra, escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem restrição de desenho de estudo, com delimitação do recorte temporal de 2013 a 2019, que descreveram e/ou façam uma reflexão teórica sobre o manejo da família frente ao cuidado de crianças portadoras de doenças crônicas. Foram excluídos os estudos com duplicidade nas bases de dados, que não atenderam aos critérios de inclusão, e não responderam à pergunta de pesquisa.

O processo de seleção dos artigos foi realizado por quatro pesquisadores independentes, em etapas sequenciais, sendo feitas inicialmente as leituras dos títulos e resumos, a seguir foram selecionados aqueles que apresentarem elementos importantes ao escopo da pesquisa. Posteriormente, foram realizadas as leituras completas das publicações incluídas na amostra do estudo a fim de identificar os aspectos ou dimensões que contribuirão para o alcance do objetivo proposto.

DISCUSSÃO

Em 2015 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), através da portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015, incorpora em suas ações a prática do cuidado integral, especialmente na primeira infância (até os 6 anos de idade) e contempla a criança com doença crônica em um dos seus eixos estratégicos de ação (BRASIL, 2018).

As doenças crônicas, segundo a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, são aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas



causas e requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leveduras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012).


Por ser uma patologia inesperada, algumas famílias tem o psicológico abalado ao descobrirem que entre seus familiares há uma criança diagnosticada com esta patologia, acima de tudo quando relacionadas a conceitualização, sintomatologias, tratamento e prognóstico, além do plano de cuidados necessários e suas vivências (FIGUEIREDO; SOUSA; GOMES, 2016). Assim, ocorre uma adaptação familiar sobre o estado de saúde no qual a criança encontra-se, pois, ao adoecer, ela é inserida em um mundo de compromissos e novos hábitos diários, que até o momento não eram conhecidos pela família, constituindo-se em um percurso longo, difícil e imprevisível, que necessita de adaptação da rotina familiar para que seja possível cuidar da criança com essa nova condição de saúde (FREITAS et al., 2011).

Assim, a condição crônica da criança gera grandes alterações no cotidiano da família, que precisa reestruturar sua organização e fornecer os cuidados necessários e contínuos a ela. Essa situação desafia todos os seus membros, que acabam expressando sentimentos de medo e insegurança diante do adoecimento na infância e do diagnóstico da condição crônica.

Em 2012, Silva e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de identificar no dia a dia das famílias, os processos de mudanças de vida que envolvem momentos de estruturação e reestruturação das suas atividades básicas diárias, em função das necessidades de convivência e sobrevivência relacionadas a doença crônica na criança. A vida familiar antes do aparecimento dos primeiros sintomas da doença era definida, como normal, saudável, sem muitas preocupações (SILVA et al., 2012).

Após a chegada da patologia, a normalidade antes vivenciada foi alterada e a preocupação com a saúde do filho passa agora a ser alvo de toda a atenção por parte da família. Estes autores referem que o dia a dia da família, depois do aparecimento da doença, assume novas características e as palavras luta, batalha e sacrifício são as mais usadas para expressarem as suas experiências no decorrer da doença do filho. Essas palavras simbolizam os sentimentos dos familiares, o modo como percebem o momento pelo qual estão a passar, mas sobretudo expressam a ideia de cansaço, esgotamento e a certeza de que o sofrimento se prolongará no tempo.

Ressalta-se que a adaptação à nova situação da criança torna-se mais facilitada quando a família é bem informada e empoderada em relação ao processo de viver com uma condição




crônica, recebendo dos profissionais da saúde e da educação, acolhimento e cuidados, minimizando, assim, os sentimentos negativos que são vivenciados.

Para o enfrentamento da nova situação existencial, que a criança e a família estão vivendo, observa-se que o conhecimento aprofundado sobre a patologia e a ligação com a fé, por meio de orações, são importantes auxiliares no processo de adaptação. Não somente a criança com condição crônica necessita de cuidados, mas, sim, todo o núcleo familiar, considerando que a criança só será bem assistida se os familiares possuírem autonomia nos cuidados que são necessários. Para que isso ocorra, os profissionais de saúde precisam estar atentos às necessidades das famílias, bem como a escola deve acolher a criança e sua família, respeitando suas necessidades, formando uma grande rede de apoio.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

Sendo assim, Edgar Morin (2011) afirma através de sua “Teoria da Complexidade”, que é preciso considerar que unidades complexas, como o ser humano, são multidimensionais, pois, o ser humano é, ao mesmo tempo, biológico, psíquico, social, afetivo e racional. Desse modo, a criança com doença crônica é, ao mesmo tempo, todo e parte da sua família. Diante da doença crônica da criança, ocorrem a construção e a desconstrução da família, com mudanças contínuas e dependentes das fases da doença e das fases da vida familiar.

Assim, a complexidade é um tipo de pensamento que considera todas as influências recebidas, internas e externas, e ainda enfrenta a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes. Enfatiza o problema e não a questão que tem uma solução linear. Como o homem, um ser complexo, o pensamento também assim se apresenta (MORIN, 2011). É necessário que se tornem visíveis o contexto, o global, o multidimensional e o complexo, pois é preciso situar as informações e os dados em seu contexto para que, dessa forma, adquiram sentido.



A partir da compreensão da complexidade, torna-se possível identificar elementos-chave de respostas familiares, como a definição da situação, o comportamento de manejo familiar e as consequências percebidas pela família frente as condições crônicas da criança e contribuir com intervenções que propiciem o fortalecimento e o melhor manejo da família à nova condição.

O cuidado à criança com doença crônica gera demandas sobre a família, redefinição de papéis, disponibilidade de tempo, reorganização das finanças e de tarefas. Isso o considera um cuidado complexo, exigindo da família a implementação de estratégia para seu enfrentamento (SILVA, 2014).


Ao entenderem a situação em que estão inseridos e possuindo uma melhor compreensão da doença, os membros da família passam a enfrentá-la de forma diferenciada, aderindo a hábitos de vida mais saudáveis, para que haja o bem-estar da criança, tornando-se capazes de minimizar sinais e sintomas indesejáveis (LEAL et al., 2009). Nessa conjuntura, percebe-se que existem muitas mudanças nos hábitos familiares devido à doença crônica da criança, necessitando, muitas vezes, que a família reorganize toda a sua estrutura, desde abrir mão de suas atividades externas, como o trabalho, a socialização com amigos, até a alimentação e o sono que também são alterados devido aos cuidados prestados à criança.

Diante desta complexidade do cuidado nos sustentamos na teoria de Edgar Morin para uma melhor compreensão deste fenômeno. No campo da saúde, no qual os fenômenos que envolvem o processo saúde-doença apresentam múltiplas dimensões com outras políticas públicas e mesmo na forma como a sociedade se desenvolve e organiza o setor, o pensamento complexo revela-se como uma abordagem importante na compreensão desses fenômenos em suas múltiplas dimensões, religando-os, juntando-os (SANTOS; HAMMERSCHMIDT, 2012).

Assim, cabe a articulação entre a complexidade e o manejo familiar relacionado à saúde, considerando a complexidade da situação da família e as necessidades de aprimorar o atendimento a partir da análise do significado da experiência. O processo de doença necessita ser entendido como um conjunto de fatos que decorrem deste processo e suas implicações na vida da criança/família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante enfatizar que os familiares de uma criança portadora de doenças crônicas, precisa fortalecer o vínculo de proximidade e de confiabilidade com a equipe de profissionais



de saúde que atuam dando suporte ao cuidado a esta criança, a fim de prepará-los para a assistência em saúde domiciliar que será realizado pela família, com o intuito de orientá-los para uma reorganização da vida de forma mais suave e menos penalizadora.

Os pais relatam que ao receberem esta orientação em saúde sobre a patologia instalada em seu filho, os sinais e sintomas, quais as possíveis complicações e formas de tratamentos, os mesmos apresentam atitudes de maior tranquilidade e segurança em relação aos cuidados, enfatizando sobre a importância dos programas educativos para uma melhor compreensão sobre os cuidados adequados dessas crianças.

Existe uma preocupação da família em relação ao cuidado com a criança portadora de doença crônica, que deve ser dado a partir da interação, do acolhimento e da comunicação entre a equipe e o familiar, estreitando e fortalecendo vínculos. Esses três pilares citados, são fundamentais para o manejo qualificado da doença crônica na infância, especialmente para coordenar e orientar essa família, a fim de facilitar sua caminhada pela rede de atenção à saúde, tornando-se uma referência ampla, concreta e duradoura.

Os resultados dos estudos abrem possibilidades para a realização de outras pesquisas que contribuam no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde voltada para o enfrentamento da doença crônica na infância, que proporcionem autonomia à família no que diz respeito aos cuidados adequados aos seus filhos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapeamento da Ação Finalística “Criança com Saúde”. Obesidade Infantil** [online]. Brasília, 2014. Acesso em: 14 set. 2019. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wpcontent/uploads/2015/01/ObesidadeInfantil-v6.pdf>.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014: **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília, 2019.

CAMARGO F.C. et al. Avaliação de intervenção para difusão da enfermagem baseada em evidências em hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2016. Acesso em: 14 set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68962.pdf>.

FIGUEIREDO S.V.; SOUSA A.C.C.; GOMES I.L.V. Children with special health needs and family: implications for Nursing. **Rev. Bras. Enfermagem.** 2016. Acesso em: 14 set. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/en_0034-7167-reben-69-01-0088.pdf.

FREITAS T.A.R. et al. Proposta de cuidado domiciliar a crianças portadoras de doença renal crônica. **Rev RENE.** 2011. Acesso em: 14 set. 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4192/3245>.

KNAFL K.A.; DEATRICK J.A.; HAVILL N.L. Continued development of the family management style framework. **J Fam Nurs.** 2012. Acesso em: 28 nov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22223495/>.

LEAL D.T. et al. Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família. **HU rev.** 2009. Acesso em: 15 nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/831/285/>.

LEITE, M. F. et al. Impact on mothers' lives of caring for children with chronic illnesses. **Revista de Enfermagem UERJ,** 2015. Acesso em: 18 set. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4966>.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface: comunic., saúde, educ., Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.*

MORIN E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4a ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.


SANTOS S.S.C.; HAMMERSCHMIDT K.S.A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev. Bras. Enfermagem.** 2012. Acesso em: 15 nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S003471672012000400002>.

SANTOS, S. S. C; HAMMERSCHMIDT K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet,** v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SILVA J.B.; KIRSCHBAUM D.I.R.; OLIVEIRA I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. **Rev Gaúcha Enferm.** 2007. Acesso em: 28 nov. 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3176>.

SILVA M.E.A. et al. Implicações da condição crônica da criança para sua família. **Cienc. Cuid. Saúde.** 2014. Acesso em: 28 nov. 2019. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20816/pdf_251.



SILVA T.P. et al. Cuidado do enfermeiro à criança com condição crônica: Relevando significados. **Ciênc cuid saúde**. 2012. Acesso em: 28 set. 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v11n2/20.pdf>.

WHO - World Health Organization. **Global status report on non communicablediseases 2010**. Geneva, 2011.

WHO - World Health Organization. **Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles**. 2014.



CAPÍTULO 17

PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO: ESTUDO DE CASO

Matheus Fernandes Carvalho, discente de Enfermagem, UERN
Marcelino Maia Bessa, discente de Enfermagem, UERN
Samara Wiliane dos Santos Silva, discente de Enfermagem, UERN
Joyce Oliveira de Souza, discente de Enfermagem, UERN
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, docente de Enfermagem, UERN
Jaira Gonçalves Trigueiro, docente de Enfermagem, UERN


RESUMO

Objetivo: propor um plano de cuidados baseado na sistematização da assistência de enfermagem para usuário politraumatizado. **Metodologia:** estudo de caso realizado por acadêmicos do sétimo período de um curso de graduação em Enfermagem. O estudo de caso viabiliza uma maior correlação entre teoria e prática, favorecendo assimilação e aplicação prática do ensino teórico pelos alunos, além de proporcionar o estudo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade. Fundamenta as ações de enfermagem e constrói um corpo de conhecimento teórico para a profissão. A escolha do paciente para a realização se deu de forma aleatória, sob consentimento do mesmo e sua família para a realização do processo de Enfermagem e supervisão dos docentes do curso de graduação e do enfermeiro responsável pela clínica cirúrgica. Foi realizado através das informações e dados coletados do prontuário do usuário, exames laboratoriais, laudos de exames de imagem, evolução médica, evolução de enfermagem, assim como por meio da anamnese e do exame físico. **Sistematização da Assistência de Enfermagem:** realização da Anamnese e Exame Físico coletando dados sobre a história clínica atual e pregressa do usuário, seus hábitos de vida e condições biopsicossociais. Foi elencado os principais diagnósticos, realização do planejamento de enfermagem com listagem de resultados e intervenções de enfermagem tendo em conta o estado de saúde atual do usuário, indo em encontro a aspectos como dor, autocuidado, integridade da pele, controle de infecção e apoio psicológico e emocional. A implementação e avaliação de enfermagem não puderam ser realizadas, indisponibilidade de tempo dentro do componente curricular, ficando a proposta de assistência sistematizada apenas em campo teórico. **Considerações finais:** pôde-se aprofundar no processo de enfermagem e descobrir uma enfermagem que vai além dos curativos, sendo parte essencial da equipe de saúde, desdobrando sua atuação de forma crítica, reflexiva e humanizada. Captou-se as necessidades do usuário que nem sempre correspondem ao quadro clínico em questão ou a patologia que este apresenta, propondo um plano de cuidados que contemplasse suas especificidades.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Múltiplo. Planejamento da Assistência ao Paciente. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O trauma é uma doença caracterizada por alterações estruturais ou desequilíbrio fisiológico do organismo induzido pela troca de energia entre os tecidos e o meio. As vítimas de trauma podem apresentar ferimentos de gravidade e localização variadas, sendo os membros



inferiores um importante sítio de lesões. Estas podem variar de simples soluções de continuidade da pele a grandes perdas teciduais e exposição de estruturas nobres (ONG; LEVIN, 2010).


Os traumas de grande energia têm aumentado de maneira significativa nas últimas décadas, principalmente devido a acidentes automobilísticos e motociclísticos. Constitui-se como um problema de saúde pública de grande significância, causando forte impacto na morbidade e mortalidade da população, uma vez que aproximadamente 60 milhões de pessoas ao ano, no mundo, sofrem algum tipo de traumatismo, contribuindo com uma em cada seis internações hospitalares (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA JUNIOR, 2007).

Quanto aos aspectos fisiopatológicos, as fraturas acontecem por diferentes modos e meios: impacto, esmagamento, enfraquecimento do tecido ósseo, dentre outros modos. Mas simplificada, a fisiopatologia da fratura se caracteriza como uma ruptura do tecido ósseo por meio de força aplicada que ultrapassa o peso que ele pode suportar. Quando os fragmentos ósseos se deslocam com a aplicação da força, lesam fibras musculares e vasos adjacentes ao local da fratura, contribuindo para o início de um quadro de hemorragia com formação de hematomas ao redor do local e nos músculos lesados (FRAGOSO; SOARES, 2010).

A lesão pode se estender também para órgãos e tecidos mais profundos, dependendo do local, do osso e do tipo de fratura, o que altera a gravidade e extensão dos danos. Os hematomas gerados com a fratura levam a formação de tecido fibroso retrátil, que dificulta a regeneração do osso fraturado, necessitando de procedimentos cirúrgicos para sua modificação (FRAGOSO; SOARES, 2010).

O atendimento hospitalar ao paciente politraumatizado requer vigilância, controles e cuidados especiais realizados por uma equipe capacitada e treinada, a qual seja capaz de detectar problemas e estabelecer prioridades, preservando assim as funções fisiológicas vitais (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009). Sendo assim, a assistência deve ser rápida, atendendo a todos os ferimentos, em ordem de importância.

O serviço prestado de forma imediata elenca os seguintes pontos: fazer avaliação rápida da vítima identificando e priorizando o atendimento; transportar de forma adequada: cuidados específicos com a cabeça e coluna; ventilação e monitorização dos sinais vitais e traçado de ECG; avaliar e manter a observação do nível de consciência, sinais de choque, hemorragias e sangramentos, vômitos; sistema cardiorrespiratório, lesões; atentar para dispneia, hemoptise;



sinais de pneumotórax e outros; preparar material para os procedimentos como intubação, drenagem, traqueostomia e outros (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

Além de todos os aspectos citados como recuperação ou preservação das funções respiratórias, cardiovasculares, neurológica, renal, é crucial atentar-se para as funções ortopédicas do indivíduo, pois caracterizam-se como um dos sinais de maior piora de prognóstico a depender da extensão da lesão (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).


Tais lesões podem apresentar-se de forma mais graves em membros, principalmente inferiores, detendo da necessidade de intervenção cirúrgica de urgência, a princípio para redução de fraturas e contenção com gessos ou uso de fixadores ortopédicos para uma melhor recuperação (FRAGOSO; SOARES, 2010). Tanto o procedimento cirúrgico, quanto o cuidado em si a usuários nessa condição depende do uso de exames complementares mais específicos, em sua grande maioria de imagem, para se ter uma maior percepção da extensão das lesões, principalmente se houver lesões mais internas.

Considerando essas questões e a atuação da equipe de enfermagem na assistência ao paciente politrauma, objetiva-se propor um plano de cuidados baseado na sistematização da assistência de enfermagem para usuário politraumatizado. Como objetivos específicos, pretendeu-se conhecer a fisiopatologia e a terapêutica do trauma a qual o usuário foi submetido; analisar os achados do histórico de Enfermagem; construir diagnósticos possíveis; definir resultados alcançáveis; e estabelecer intervenções de enfermagem que o serviço possa proporcionar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado por acadêmicos do sétimo período de um curso de graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte com um usuário politraumatizado internado na clínica cirúrgica de um hospital na cidade de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. O estudo de caso serviu como avaliação final dos discentes no componente curricular Enfermagem no Processo saúde-doença do Adulto, ofertado no sétimo período da graduação.

O Estudo de Caso caracteriza-se como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo, o que seria praticamente impossível através de outros métodos de investigação, afirmam Goode e Hatt (1973). Segundo Triviños (1987), o Estudo de Caso "é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa



aprofundadamente". O autor considera ainda que o Estudo de Caso orienta a reflexão sobre uma cena, evento ou situação, produzindo uma análise crítica que leva o pesquisador à tomada de decisões e/ou à proposição de ações transformadoras.

Seu valor prático é prover oportunidade para examinar-se uma situação de vida real, a partir da qual o estudante pode discutir a causa específica do problema, sua prevenção e sugerir soluções. Esse método viabiliza uma maior correlação entre teoria e prática, favorecendo assimilação e aplicação prática do ensino teórico pelos alunos, além de proporcionar o estudo dos problemas e necessidades do paciente, família e comunidade, o que oferece subsídios para se identificar a melhor estratégia para solucionar os problemas (PIMENTA et al., 1993). Fundamenta as ações de enfermagem e constrói um corpo de conhecimento teórico para a profissão (GALDEANO; ROSSI; ZAGO, 2003).

A escolha do paciente para a realização se deu de forma aleatória. Os discentes tiveram contato direto com o usuário, sob supervisão dos docentes do componente curricular e do enfermeiro responsável pela clínica cirúrgica. O estudo se realizou através das informações e dados coletados do prontuário do usuário, exames laboratoriais, laudos de exames de imagem, evolução médica, evolução de enfermagem, assim como por meio da anamnese e do exame físico realizado pelos discentes supervisionados. Apesar da escolha aleatória, os discentes pediram o consentimento do paciente e da família deste para realização do trabalho, sendo preservado o regime de anonimato do paciente e de suas informações pessoais.


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem quanto suas etapas de diagnósticos, planejamento e avaliação ocorreu apenas de forma teórica, dada a impossibilidade de implementação em campo prático do serviço de saúde.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ANAMNESE

20/02/2020 – 15h00min. P.M.A, 24, sexo masculino, solteiro, proveniente de Rodolfo Fernandes, internado neste setor (clínica cirúrgica) desde o dia 02/02/2020 à espera de procedimento cirúrgico para correção de fraturas. **QP:** politraumatizado com fratura em MIE (tíbia) exposta e fratura em MSE (rádio e ulna) em processo de cicatrização. **HDA:** Em



01/02/2020 se dirigia em veículo automobilístico – motocicleta – em direção a cidade de Potiretama no Ceará, quando sofreu um acidente, colidindo com um carro e sendo arremessado para o acostamento da rodovia. Estava consciente antes e depois do acidente, sendo levado às pressas ao HCCA. **HP:** relata ter fraturado a perna direita em 2012, também decorrente de acidente automobilístico, no qual foi preciso a realização de fixação cirúrgica da fratura. Nega outras cirurgias, internações e comorbidades anteriores. **HF:** segundo informações colhidas, a família do paciente apresenta casos de DM, negando outras patologias de base como HAS e demais doenças crônico-degenerativas. Nega histórico de câncer e alergia a medicamentos. **HV:** etilista, relata beber aos fins de semana, nega tabagismo. Praticava atividade física semanalmente jogando futebol com os amigos. Alimenta-se sem restrições, tendo uma dieta baseada principalmente em cereais (arroz, feijão, cuscuz) e carnes. Atualmente refere se alimentar mais de frutas e verduras para ajudar na cicatrização das feridas. Toma banho diariamente com ajuda do pai. Relata dormir bem, não tendo seu padrão de sono alterado. Apresenta forte espiritualidade, afirmando acreditar e confiar muito em Deus. **CSE:** agricultor, residente na zona rural de Rodolfo Fernandes. Mora com os pais e com a irmã. Pai aposentado e mãe trabalha como professora. Concluiu o Ensino Médio. Residem em casa própria, de alvenaria, com piso de cimento liso, bem iluminada, não possuindo coleta de lixo e água potável proveniente de caminhão-pipa.

EXAME FÍSICO

Paciente consciente, lúcido e orientado, deambula com ajuda, mas permanece ainda muito restrito ao leito. SSVV. FC 70bpm, FR 18 mrpm, T 38,5° C (febril), PA 120x80 mmHg. Cabeça. Couro cabeludo limpo, com presença de pequenas escoriações, sem presença de abaulamentos e concavidades. Cabelos limpos e macios. Ouvido. Pavilhões auriculares preservados e limpos, audição preservada. Olhos. Pupilas isocóricas e fotoreagentes bilateralmente. Fácies simétricas, com grande quantidade de pelos, sem presença de escoriações e cicatrizes. Boca. Limpa, normocorada, úmida, arcada dentária preservada; língua limpa e úmida. Pescoço. Ausculta carotídea normal, sem presença de gânglios infartados. Tórax. Simétrico, normocorado, com presença de pelos e de tatuagem em hemitórax direito, e presença de cicatriz na região da linha anterior axilar direita. Ausculta pulmonar. MV+ bilateralmente, com RA+ em ápice do pulmão esquerdo. Percussão. Som claropulmonar difuso. Coração. BCNFR em 2T, sem presença de sopros. Preenchimento capilar menor que 2s. Pulsos presentes. Abdome. Plano, normocorado, sem presença de cicatrizes, abaulamentos ou

concavidades. RHA+ e hiperativos nos quatro quadrantes. Timpanismo presente a percussão em QSD, QID, QSE e macicez em QIE. Sem dor a palpação superficial e profunda nos quadrantes. Eliminações intestinais com periodicidade de dois dias. Genitourinário. Não foi possível a exposição do aparelho genitourinário, sendo relatada as eliminações vesicais frequentes com urina de cor clara. Musculoesquelético. Movimento prejudicado em MSE e MIE por existência de fraturas. Movimentos, força e tônus preservados em demais membros. Realiza flexão dos dedos de MMII sem dor e sem dificuldade. Consegue se sentar na cama sozinho e trocar de posição. Pele. Normocorada, hidratada, macia e febril ao toque. AVP em MSD. Presença de ferida em processo de cicatrização em MSE em decorrência de fratura. MIE com presença de fratura exposta ocluída com curativo de gaze, esparadrapo e atadura. Presença de fixadores externos na região.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A utilização do diagnóstico de enfermagem permite a identificação das respostas dadas pelo indivíduo, bem como análise e interpretação dos mesmos e, assim, viabiliza o exercício da ciência da enfermagem e o aproxima de sua base teórica. Aliado ao diagnóstico de enfermagem, as classificações NANDA, NOC e NIC são metodologias eficazes utilizadas para melhor sistematizar a assistência (SILVA et al, 2017).

Para o referido caso, diante daquilo que foi percebido através do Histórico de Enfermagem, pode-se elencar os seguintes diagnósticos de Enfermagem, ordenados conforme a importância para o usuário politraumático.

Tabela 1: Diagnósticos de Enfermagem

Dor aguda evidenciada por relato verbal de dor;
Mobilidade física prejudicada caracterizada por amplitude limitada de movimento evidenciada pela necessidade de ajuda ao deambular;
Déficit do autocuidado para banho e higiene caracterizada pela capacidade prejudicada de lavar o corpo e de realizar a higiene íntima evidenciada por prejuízo musculoesquelético; Integridade da pele prejudicada caracterizada por destruição de camadas da pele evidenciada pela presença de feridas traumáticas em decorrência de fraturas;
Risco de infecção evidenciado por hipertermia e leucocitose;
Disposição para enfrentamento melhorado caracterizado pelo desejo de aumentar a coerência entre expectativas e metas evidenciada por otimismo quanto a recuperação.

PLANEJAMENTO DE ENFERMAGEM

Na etapa de planejamento de enfermagem se elencou os resultados e intervenções de enfermagem correspondentes aos diagnósticos listados na etapa de Diagnósticos de

Enfermagem. Também foram especificados aqueles que atuariam na implementação das intervenções.

RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Como resultados de Enfermagem, a literatura em Beserra, Nóbrega e Bittencour (2008) e Silva et al (2017) dá os seguintes resultados conforme os diagnósticos propostos:

Tabela 2: Resultados esperados associados aos diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico	Resultados esperados
Dor aguda evidenciada por relato verbal de dor;	Diminuição do nível de dor expressado por relato verbal do usuário;
Mobilidade física prejudicada caracterizada por amplitude limitada de movimento evidenciada pela necessidade de ajuda ao deambular;	Melhora na mobilidade física com a deambulação realizada sozinho ou com ajuda de muletas; Retorno as atividades laborais;
Déficit do autocuidado para banho e higiene caracterizada pela capacidade prejudicada de lavar o corpo e de realizar a higiene íntima evidenciada por prejuízo musculoesquelético;	Realização de atividades básicas de autocuidado com autonomia e independência;
Integridade da pele prejudicada caracterizada por destruição de camadas da pele evidenciada pela presença de feridas traumáticas em decorrência de fraturas;	Cicatrização das feridas por primeira intenção observável por regeneração das camadas da pele;
Risco de infecção evidenciado por hipotermia e leucocitose;	Diminuição do risco da infecção; Regulação do padrão térmico observável através de mensuração com termômetro;
Disposição para enfrentamento melhorado caracterizado pelo desejo de aumentar a coerência entre expectativas e metas evidenciada por otimismo quanto a recuperação.	Conhecimento geral sobre seu estado de saúde e evolução do seu caso afim de reduzir estressores quanto a dúvidas existentes; Permanência do estado de otimismo quanto a própria recuperação.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Quanto a cada diagnóstico, a literatura em Bertencello, Cavalcanti e Ilha (2013) elencam as seguintes intervenções a serem realizadas mediante compartilhamento com família, cuidador e demais integrantes da equipe de enfermagem e equipe de saúde:

Tabela 3: Intervenção associada ao diagnóstico de Enfermagem

Diagnóstico	Intervenção
Dor aguda evidenciada por relato verbal de dor;	Realizar avaliação completa de dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade, gravidade (Enfermeiro); Reduzir ou eliminar fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor (equipe de saúde e família) Administrar analgésicos quando prescritos (Técnico de Enfermagem);
Mobilidade física prejudicada caracterizada por amplitude limitada de movimento evidenciada pela necessidade de ajuda ao deambular;	Avaliar e determinar a capacidade do usuário em transferir-se (enfermeiro, fisioterapeuta, médico); Orientar o usuário quanto ao uso de auxiliares de deambulação (enfermeiro, fisioterapeuta, médico); Auxiliar o usuário durante o deambular usando o corpo como muleta humana (cuidador/família); Tomar medidas para prevenção de quedas (equipe de saúde).
Déficit do autocuidado para banho e higiene caracterizada pela capacidade prejudicada de lavar o corpo e de realizar a higiene íntima evidenciada por prejuízo musculoesquelético;	Prestar assistência no banho e higiene (cuidador/família); Proteger locais com curativos (cuidador/família);
Integridade da pele prejudicada caracterizada por destruição de camadas da pele evidenciada pela presença de feridas traumáticas em decorrência de fraturas;	Realizar curativo com cobertura adequada conforme lesão (técnico de enfermagem); Manter cuidados com áreas de pressão, hidratar a pele (equipe de saúde, família/cuidador); Realizar posicionamento adequado do usuário ao leito (equipe de saúde/família/cuidador); Orientar quanto a necessidade de mudança de decúbito a cada 2h, se o usuário possui certa mobilidade que ele possa realizar movimentações conforme possibilidade (equipe de saúde).
Risco de infecção evidenciado por hipertermia e leucocitose;	Observar sinais de infecção em lesões ou sinais sistêmicos (equipe de saúde); Realizar procedimentos preservando técnica asséptica (equipe de saúde); Administrar antibióticos quando prescrito (enfermeiro/ técnico de enfermagem); Realizar educação em saúde em relação a infecções hospitalares (equipe de saúde).
Disposição para enfrentamento melhorado caracterizado pelo desejo de aumentar a coerência entre expectativas e metas evidenciada por otimismo quanto a recuperação	Promover atividades que melhorem o bem-estar psicológico e espiritual (psicólogo); Realizar escuta terapêutica e ofertar apoio emocional ao usuário e família/acompanhante (equipe de saúde)



IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Não foi possível a implementação das ações de enfermagem previstas na etapa de planejamento, visto sua construção apenas em campo teórico e pelo transcorrer do componente curricular que não ofereceu tempo para a implementação. Entretanto, acredita-se que a implementação das ações teria colaborado com uma assistência qualificada e que correspondesse as necessidades de saúde do paciente

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM


O processo de enfermagem é completado pela avaliação. As metas de comportamento são comparadas com as respostas de saída da pessoa e é determinado o movimento em direção ou afastamento da obtenção dos resultados. A readaptação dos resultados e às intervenções são feitas com base nos dados de avaliação (BESERRA; NÓBREGA; BITTENCOUR, 2008).

Como se tratou de um estudo de caso em que não foi possível implementar aquilo que foi planejado, a etapa de avaliação torna-se nula, mas espera-se e acredita-se que tudo o que foi proposto traria frutíferas contribuições para a melhora do processo saúde-doença do usuário politraumatizado em questão, capacitando-o a retornar a vida cotidiana como outrora, ajudando-o em sua evolução e recuperação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma é evento complexo e que deve ser visto de forma ampla, com vista à compreensão mais adequada do fenômeno. É necessidade constante a busca de ferramentas que indiquem caminhos para a melhoria da qualidade das ações de enfermagem, sendo dever de todo o profissional de saúde envolvido com a sua prática, comprometido com a reabilitação do usuário e aprimoramento da assistência prestada. Destaca-se que a figura do enfermeiro precisa desenvolver raciocínio clínico e crítico junto aos pacientes politrauma, visto que cada caso possui suas próprias especificidades que possuem urgência de serem atendidas e contornadas.

Através dos diagnósticos podemos identificar as necessidades de cuidados mais frequentes focalizados pelos enfermeiros que avaliam e prestam o cuidado ao usuário vítima de múltiplos traumas, atendidos na clínica cirúrgica. Além de que as propostas de intervenções, fundamentadas pelos diagnósticos de enfermagem, proporcionam a esses usuários um cuidado individualizado, a partir de seus fatores relacionados e suas características definidoras, que são



características particulares. O processo de Enfermagem de qualidade pode acelerar a recuperação dos usuários politraumatizados, o que leva a Enfermagem a um status de fundamental importância na reabilitação do estado positivo do processo saúde-doença dos indivíduos.

Ficou compreendido que por diversas vezes os usuários politraumas são negligenciados quanto a assistência de Enfermagem, reduzindo-se apenas a troca de curativos e a administração de medicamentos. O debruçar sobre o processo de Enfermagem nos mostrou um pequeno universo totalmente diverso daquilo que somos acostumados a acreditar, e que levamos conosco como construção acadêmica. Percebemos as necessidades reais que ultrapassam os diagnósticos clínicos atribuídos aos usuários, diagnósticos que por diversas vezes retiram o caráter humano dos sujeitos.

Esta percepção é de suma importância na compreensão de que não lidamos simples e puramente com patologias ou disfunções orgânicas, no caso com ossos quebrados. A Enfermagem nasceu num contexto de contato com o sujeito humano e se desenvolveu sobre tal perspectiva. Lidamos com pessoas, com seres humanos, que possuem singularidades e particularidades que devem ser atendidas e que por diversas vezes se passam despercebidas. Uma fratura de osso não pode ser simplesmente uma fratura de osso. Há muito mais que isso naquela secção do segmento ósseo para que a Enfermagem transforme. Há vidas, há histórias, há pessoas, há sonhos. Há esperanças.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L.N.; SENA, A. C. de.; RUMOR, P. C. F. Cuidados de enfermagem nos períodos pré-operatório e pós-operatório: aspectos gerais. IN: AMANTE, L.N.; et al (Orgs.). Cuidado de Enfermagem no período perioperatório: intervenções para a prática. Curitiba: **CRV**, 2016. p. 45-60.

BERTONCELLO, K.C.G.; CAVALCANTI, C.D.K.; ILHA, P. Diagnósticos reais e proposta de intervenções de enfermagem para pacientes vítimas de múltiplos traumas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 15, p. 905-14. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19497>>.

BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L.; BITTENCOUR, G. K. G. D. Assistência de Enfermagem a um paciente vítima de trauma utilizando a teoria de Roy e a CIPE. **Rev. enferm. UFPE online**. s/l, v. 2, p. 23-27. 2008.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: **F. Alves**, 1977. p. 251.

CAFER, Clélia Regina et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com lesão medular. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 347-353, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 28 de fevereiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400002>.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, Denise Siqueira. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, março de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100002>.

COMARU, M. N.; CAMARGO, Celina de Arruda. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 30-35, 1976. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671976000200030&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 02 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000004>.

FRAGOSO, D. A. R.; SOARES, E. Assistência de enfermagem a um paciente com fratura de fêmur. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, p. 688-691. 2010.

GALDEANO, L. E; ROSSI, L. A; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev Latino-am Enferm.** v. 11, p. 371-5. 2003.

GOODE, W., & HATT, P. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo, SP: Nacional. 1973.

GUTIERRES, L. S. et al. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2775-2782, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202775&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 02 de março de 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>.

OLIVEIRA B. F. M; PAROLIN M. K. F; TEIXEIRA JUNIOR, E. V. Trauma: atendimento pré-hospitalar. 2ª ed. São Paulo: **Atheneu**; 2007.

ONG, Y. S; LEVIN, L. S. Lower limb salvage in trauma. **Plast Reconstr Surg.** v. 125(2):582-8. 2010.

PIMENTA, C. A. M; CRUZ, D. A. L. M; ARAÚJO, T. L; GRAZIANO, K. U; KIMURA, M; MIYADAHIRA, A. M. K. O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**, v. 2, p. 69-76, 1993.

SILVA, M.R. da, et. al. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem para pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas e traumatológicas. **Rev. enferm. UFPE online**. Recife. v. 11, p. 2033-2045. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23357/18977>>



SOBECC. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde - Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização. São Paulo: Manole; 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, SP: Atlas. 1987.



CAPÍTULO 18

GESTÃO DA QUALIDADE E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: FERRAMENTAS EFICAZES NO ATENDIMENTO E CUIDADO AO PACIENTE

Thamires de Mesquita de Freitas, Acadêmica de Enfermagem – Uninorte
Ana Greyce Alegre Capella, Acadêmica de Enfermagem – Uninorte
Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente UNINORTE

RESUMO

As instituições e prestadoras de serviços em saúde estão continuamente em transformação na tentativa de acompanhar as evoluções no mundo, implementando e implantando ferramentas como a Gestão da Qualidade Total (GQT) dentro de sua estrutura organizacional e o profissional enfermeiro é um importante protagonista deste contexto, devendo também estar engajado em alcançar resultados e objetivos através de uma assistência excelente. O presente trabalho tem como objetivo enaltecer a importância da Gestão da Qualidade e da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, identificando seus pontos fortes e ressaltando que ambas são ferramentas essenciais no cotidiano dentro de hospitais, unidades básicas de saúde, e em qualquer outro ambiente em que haja a necessidade de agilizar atendimentos, e conhecer o paciente de forma holística através de entrevistas, diagnósticos, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Tendo em vista que a SAE é de domínio do enfermeiro, este como assistencialista e gestor, deve pôr em prática o melhor atendimento, cuidado e organização com qualidade e eficiência nos serviços de saúde.


PALAVRAS-CHAVE: Qualidade, Enfermagem, Pacientes, Gestão.

INTRODUÇÃO

O termo Qualidade não é algo novo, ele sempre esteve presente na vida do ser humano. O homem desde seus ancestrais procurou o que fosse melhor afim de atender às suas necessidades, mesmo que não tivesse um conceito formado sobre a real definição da palavra qualidade.

A palavra Qualidade tem um amplo significado e, por esse motivo, possibilita inúmeras interpretações. Para uns, representa a busca da satisfação do cliente. Para outros, a busca da excelência para todas as atividades de um processo. E ainda, pode significar adequação ao uso. Diante dessa premissa, o uso da palavra qualidade pode gerar certa confusão. “A confusão pode ser atribuída, em grande parte, ao sentido de subjetividade associado à qualidade e também ao uso genérico com que se emprega essa palavra a fim de representar coisas bastante distintas” (RODRIGUES et al., 2011).

A área da saúde não é diferente dos outros segmentos de produtos e serviços, a qualidade precisa estar presente desde a admissão até a alta do paciente, e deve ser a mesma ofertada aos



clientes da rede particular ou pública, uma vez que o usuário está pagando por ter um serviço público, na forma de impostos.


Na visão de muitas pessoas, um hospital é apenas um lugar onde indivíduos chegam doentes, acidentados, precisando de ajuda e atendimento, porém, por trás dos leitos, medicamentos e centros cirúrgicos, existe uma estrutura gerencial que envolve burocracia, papelada e muitas contas a serem feitas afim de fazer todo o resto funcionar, e se um hospital for mal administrado quem irá ser prejudicado é o paciente, sua família, e a comunidade. A demanda é gigantesca, exigindo que o gestor de saúde, que pode ser um médico, enfermeiro ou um administrador, esteja sempre com a mente aberta para novas ideias, criativas e ousadas, baseadas em ações sistemáticas, contínuas e deliberadas e, ainda, exerçam liderança de forma clara, o que repercutirá diretamente na qualidade dos serviços prestados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a qualidade da atenção em saúde consiste em uma articulação de quatro princípios que não se comportam com independência: equidade, eficácia, eficiência e enfoque no cliente Estes princípios devem ter uma expressão concreta e objetiva, de tal modo que o equilíbrio institucional dependa do desenvolvimento de uma visão de qualidade em torno deles (PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Para garantir melhorias aos seus clientes, as instituições e prestadoras de serviços em saúde, através de sua equipe de alto escalão, estão continuamente em transformação na tentativa de acompanhar as evoluções no mundo, sempre implementando e implantando ferramentas como por exemplo, a Gestão da Qualidade Total (GQT) dentro de sua estrutura organizacional, e o profissional enfermeiro é um importante protagonista deste contexto, devendo também estar engajado em alcançar resultados e objetivos através de uma assistência excelente.

A Gestão da Qualidade Total ou Gerenciamento da Qualidade Total, como um novo modelo de gestão, mudou o foco da análise do produto ou serviço para a concepção de um sistema de qualidade, influenciando a cultura organizacional na medida em que passou a exigir mudanças de atitude e comportamento, com vistas ao comprometimento com o desempenho, autocontrole e aprimoramento de processos (BUENO, 2007).

Do outro lado, tem-se a enfermagem conhecida como a arte do cuidar, desenvolvida de uma importante ferramenta capaz de conhecer melhor o paciente e elaborar o melhor plano de cuidado: a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma metodologia usada para planejar, executar e avaliar o cuidado, constituindo ferramenta fundamental ao trabalho do



enfermeiro. O desenvolvimento do seu conteúdo percorre todas as etapas de histórico, diagnóstico, planejamento da assistência, prescrição e evolução (CHAVES, 2013).

Vale ressaltar, que o enfermeiro, enquanto responsável pela gestão da assistência prestada ao cliente, desenvolve a função elementar de promover a qualidade dos serviços de saúde.

Desta forma, este estudo tem como objetivo enaltecer a importância da Gestão da Qualidade e da Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE, ressaltando que ambas são ferramentas essenciais no cotidiano dentro de hospitais, unidades básicas de saúde, e em qualquer outro ambiente em que haja a necessidade de agilizar atendimentos.

METODOLOGIA


Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, com a coleta de dados através das bases de dados SCIELO, através das palavras-chave: Qualidade, Enfermagem, Pacientes e Gestão. Como critério de inclusão: idioma português, publicações entre 2015 e 2020, gratuitos, texto completo. E como critérios de exclusão: outros idiomas, antes de 2015, pagos e resumos.

Foi realizada a seleção dos artigos conforme os objetivos da pesquisa. Após, foi realizada leitura seletiva e exploratória, organizada para apresentação a seguir.

RESULTADOS

Em meados da década de 80 uma nova constituição foi promulgada no Brasil, e com ela, instituído o Sistema Único de Saúde –SUS que almejava assegurar a todos os brasileiros a saúde como direito constitucional, visando também a promoção, proteção e recuperação. Neste contexto, muitos profissionais da área da saúde tiveram que atualizar seus conhecimentos, a fim de adaptarem-se a uma nova realidade do sistema.

A tecnologia ainda era escassa, então tinha acúmulo de papéis, prontuários impressos dos pacientes que eram guardados em uma espécie de biblioteca e conseqüentemente, demora no atendimento ao paciente. Os primeiros indícios de qualidade em serviços de enfermagem, começam historicamente com os trabalhos da enfermeira Florence Nightingale, por volta de 1850 quando Florence, liderando um grupo de mulheres, estruturaram hospitais de campanha na Guerra da Criméia e cuidaram dos soldados feridos, sua atuação foi precursora da



enfermagem moderna, com redução drásticas de mortes e infecções, introdução do princípio da liderança, obtenção de resultados e dados estatísticos no acompanhamento dos feridos.

Florence Nightingale foi um marco na história da enfermagem por ter sido a primeira teórica a delinear o que considerava a meta de enfermagem e o domínio da prática, ressaltando ainda a relação entre os doentes e seu ambiente, bem como o registro dessas observações para compreender os fatores que influenciavam na promoção da cura (McEWEN, 2009).

A partir de então, a enfermagem vem estabelecendo maneiras de controle em seu processo de assistência, através dos tempos, a administração e gestão foram incluídos na profissão tornando a enfermagem não apenas assistencialista, mas uma categoria que se preocupa com a qualidade no trabalho como um todo, de forma consistente e sistematizada, a fim de evitar erros e melhorar seu desempenho nos serviços de saúde, onde o paciente deve ser o principal beneficiário.

Mas, foi apenas no ano de 2002 que o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da resolução 272 implementou a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE no Brasil, obrigando que sua prática fosse estabelecida em toda e qualquer instituição de saúde pública ou privada com a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o processo de trabalho se tornou mais dinâmico e competente.

Paralelamente, no Brasil, por volta de 1990, o conceito de Qualidade Total era implantando em empresas de serviços e produtos, e as organizações estavam em uma nova realidade onde seus clientes e consumidores queriam o ‘melhor’, e devido à alta competitividade entre elas, o programa ‘defeito zero’ é até hoje uma das melhores estratégias para a conquista e manutenção de mercados.

É importante ressaltar que a preocupação com a qualidade teve início na Segunda Guerra Mundial, onde os japoneses perceberam que seus materiais bélicos estavam sucateados, e para não ver a nação extinta, foi preciso criar sua própria indústria de armas e equipamentos, importando recursos naturais e exportando produtos manufaturados, com necessária qualidade, preço e conhecimento. Daí em 1950 chegou ao Japão o professor W. Edward Deming, o maior nome de referência em qualidade, e implantou um método de controle estatístico, treinou milhares de engenheiros e defendeu que as ‘melhorias constantes em tudo o que fazemos, baseiam-se no profundo conhecimento de nossas tarefas, profissões, educação, sociedade e nós mesmos’ (JURAN, 1991).

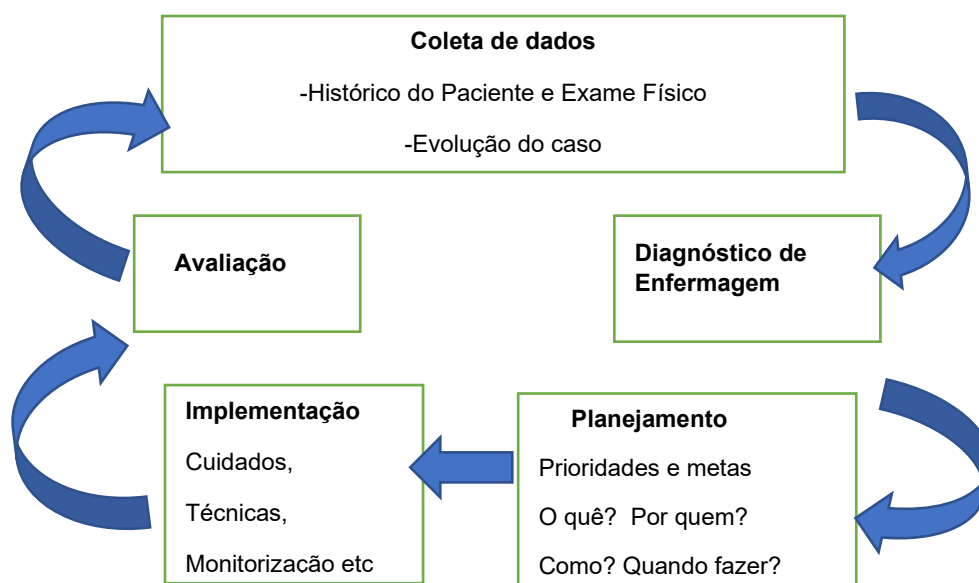
De fato, a Gestão da Qualidade, que teve origem no Japão, chegou para todas as empresas e organizações no mundo, inclusive nos hospitais e serviços de saúde. Tornou-se necessário enfrentar esse desafio porque se trata de garantir a sobrevivência da instituição. Nesse sentido, a satisfação dos usuários tem sido utilizada como instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, bem como de credibilidade hospitalar (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma ferramenta feita para organizar o trabalho do enfermeiro com base em um método sistematizado tornando mais objetiva e eficaz sua prática profissional. Facilita a solução dos problemas identificados nos pacientes e a seleção de cuidados apropriados, garante a continuidade dos cuidados, informatização, registro e comunicação entre outros profissionais (OLIVEIRA, 2016).


De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro é o responsável pela execução e avaliação da SAE, devendo o mesmo de forma autônoma, exercer as funções de consulta e diagnóstico de enfermagem, bem como prescrever as ações e intervenções de enfermagem, se forem necessárias (COFEN, 2009).

Quando um paciente é admitido em uma unidade hospitalar, o processo de enfermagem começa e ele é desenvolvido em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (Figura 1).

Figura 1: Etapas da SAE.



Fonte: Autores, 2021.



Nota-se que todas as etapas estão interligadas, o enfermeiro começa com a coleta de dados, em que a intenção é conhecer o paciente, sua família, seu histórico de saúde e exame físico; a próxima fase, o diagnóstico, consiste no agrupamento e organização das informações adquiridas na entrevista, exige um pensamento crítico do enfermeiro, pois um bom diagnóstico é fundamental para a execução das próximas etapas; a fase seguinte é o planejamento, aqui se define objetivos e metas que a equipe deseja alcançar para o paciente e sua família, a partir daí, se coloca em prática a implementação, nessa fase todas as ações, orientações, planejamentos são colocados em prática, e por fim, a última fase do ciclo, avaliação de enfermagem, aqui se avalia as repostas do paciente e mudanças estabelecidas para ele desde o começo da SAE, sempre buscando melhorias neste cuidado.

De uma maneira prática, o processo de enfermagem tem como finalidade conhecer a história do paciente, identificar suas necessidades, estabelecer diagnósticos de enfermagem, decidir o que deve ser feito e planejar como será feito e por fim, avaliar como o paciente está respondendo a todo este processo.

Dentro da Qualidade Total existem algumas ferramentas administrativas que fazem um trabalho parecido com a SAE, dentre elas, pode-se destacar a 5W2H, é de cunho basicamente gerencial e busca fácil entendimento da definição de responsabilidades, métodos, prazos, objetivos e recursos associados.

O sistema 5W2H deve ser usado para verificar se as respostas às possíveis dúvidas do receptor foram dadas. O nome deriva das palavras em inglês que servem de diretrizes para o procedimento:

What – O QUE o receptor deve saber ou fazer?

Why – POR QUE ele deve saber ou fazer?

Who – QUEM está envolvido no processo?

When – QUANDO a ação ocorreu ou ocorrerá?

Where – ONDE a ação ocorreu ou ocorrerá?

Esse sistema passou a ser acrescido de mais duas questões já que os dados numéricos são indispensáveis às organizações?

How many – QUANTOS são os envolvidos?

How much – QUANTO vai custar?

Apesar do modelo 5W2H já possuir um amplo uso, a maioria das pessoas o aplica apenas para uma visão geral de um problema, usando outras ferramentas descritivas para esmiuçar o plano. Por isso é importante enfatizar que, o procedimento de elaboração do 5W2H é mais

amplo. Serve tanto para fornecer uma visão geral do Plano – em nível macro – quanto detalhar etapa por etapa da estratégia – em nível micro (PALADINI, 1997).

Imagina-se uma paciente do sexo feminino, 63 anos, três filhos, ensino médio completo, natural de Manaus/Am, deu entrada no Pronto Socorro 28 de Agosto queixando-se de dor intensa na fossa ilíaca direita há três dias. PA 125 x 79mmhg, FC: 118 e T:38°C (Quadro 1).

Quadro 1: Exemplo de Plano de Ação 5w2h

OBJETIVO	Evoluir paciente para analgesia e normotermia Evoluir sem sinais de infecção.
PASSOS	DETALHES.
1 – <i>WHAT</i> – O que faremos?	Coletar dados e histórico de saúde da paciente
2 – <i>WHY</i> – Por que fazer?	Porque paciente queixa-se de dor aguda, com hipertermia, risco de infecção.
3 – <i>WHO</i> – Quem fará?	Profissional Enfermeiro
4 – <i>WHEN</i> – Quando faremos?	Durante todo o período em que a paciente estiver na unidade hospitalar e passagem com o médico.
5 – <i>WHERE</i> – Onde faremos?	Na unidade em que o paciente estiver sob cuidados, no caso, pronto socorro
1 – <i>HOW</i> – Como faremos?	Administração de Analgésicos (depois da prescrição do médico), observar sinais de infecção, aferir regularmente temperatura.
2 – <i>HOW MUCH</i> – Quanto vai custar?	Através de um levantamento orçamentário é possível definir os gastos com o procedimento.

FONTE: Os próprios autores, 2021.

Nota-se que embora a SAE seja a ferramenta oficial para a enfermagem sistematizar seu trabalho, a 5W2H também pode servir como um direcionamento para estratificar dados, definir objetivos, e no caso de alto escalão, pode ser usada para administrar gastos também, nenhuma substitui a outra, mas se complementam, a fim de deixar tudo claro, facilitará não apenas o trabalho do enfermeiro mas de outros profissionais que darão continuidade na assistência, o paciente por sua vez, é o maior beneficiário.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser pensada no âmbito da política institucional que busca a qualidade, perpassando desde a gestão das organizações, na compreensão de seus benefícios para a instituição, disponibilizando profissionais capacitados e estrutura para a operacionalização da mesma até o envolvimento de todo o corpo de enfermagem, consciente desse processo e reconhecedor desta ferramenta indispensável para sua autonomia, não sendo um usuário um mero dependente do saber e sim, um detentor do mesmo (CECHIMEL et al., 2010).

CONCLUSÃO

Logo após o início da implantação da Gestão/Gerenciamento da Qualidade os serviços de enfermagem tiveram um desenvolvimento significativo, como por exemplo: a sistematização da assistência de enfermagem, organização de documentos, registro de atividades, desempenho, indicadores de qualidade nos serviços prestados e qualificação dos profissionais envolvidos, ou seja, tudo aquilo que Florence e Deming tinham proposto há muito tempo finalmente estava fazendo parte de forma efetiva dentro dos hospitais, vale lembrar que o enfermeiro não realiza apenas o trabalho na assistência, ele também é um gestor, um tomador de decisão.

Conhecendo ainda a necessidade que os profissionais de saúde têm em conhecerem os resultados obtidos em pesquisas e, com base nesses, dentro de suas aptidões e interesses, renovarem seus conhecimentos, bem como proporem melhorias para seus processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

BUENO, M. **Gestão pela qualidade total: uma estratégia administrativa**. Revista do Centro do Ensino Superior de Catalão, 2007.

CECHIMEL C, CAMINHA MEP, BECKER D, LANZONI GMM, ERDMANN AL. **vivência gerencial de acadêmicos de enfermagem: em pauta a sistematização da assistência de enfermagem**. R. Peq. Saúde. 2010; 11(3): 54-9.

COFEN. **Resolução 358/2009**. Disponível em: <http://siteportalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 05 de janeiro de 2021.

CHAVES, Lucimara Duarte. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: considerações teóricas e aplicabilidade**. Lucimara Duarte Chaves e Cibele Andres Solai- São Paulo: Martinari; 2013.


JURAN, M Joseph. **Controle de Qualidade: componentes básicos da função qualidade** /J.M. Juran editor chefe, Frank M. Gyna editor assistente-São Paulo:Mc Graw-Hill/Macron, 1991.

McEWEN, M. **Visão geral da teoria na enfermagem**. In: McEWEN, M.; WILLS, E.M. (orgs). Bases teóricas para a enfermagem.2. ed. Trad. Ana Maria Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2009.p.97-118.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. **Blackbook-Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. 816 p.

PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília, 2004.

PALADINI, Edson Pacheco, **Qualidade total na prática – implantação e avaliação de sistema de qualidade total**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.



RODRIGUES VR, CARÂP LJ, ELWARRAK LO, REZENDE TB, V. R.; CARÂP, L. J.; ELWARRAK, L. O. REZENDE, T. B. **Qualidade e Acreditação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

ROCHA, Elyrose Sousa Brito; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. **Gerenciamento da Qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar**. Rev Latino-am Enfermagem, v2., n.17, março-abril 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_16.psd. Acesso em: 04 de Agosto de 2020.



CAPÍTULO 19

RESILIÊNCIA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA: OS DESAFIOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Adryane Karyne de Oliveira Silva, Graduada em Enfermagem, UNIFAVIP
Gilmara Marques Rodrigues, Mestre em Psicologia da Saúde, UEPB
Luciana Dilane dos Santos Barbosa, Mestre em Educação em Ciências e Matemática, UFPE
Maria Cecília Lira de Albuquerque, Graduada em Enfermagem, UNIFAVIP
Maria de Fatima Lima Barbosa, Mestre em Hebiatria, UPE
Michella Galindo de Albuquerque, Graduada em Enfermagem, UNINASSAU
Paulo Isaac de Souza Campos, Mestre em Educação em Ciências e Matemática, UFPE
Querubina Sonaly de Araujo Bezerra, Graduada em Enfermagem, UNESC


RESUMO

O câncer é uma doença multifatorial e de elevada incidência. Geralmente associada ao sinônimo de finitude da vida, os pacientes vivenciam os sentimentos de tristeza, dor, incertezas e angústia ocasionados pela evolução e tratamento do câncer. Neste contexto, os profissionais de enfermagem acabam compartilhando desses sentimentos e desafios junto aos pacientes, tendo em vista que estão na linha de frente à assistência prestada, o que posiciona estes profissionais a vivenciarem momentos conflitantes. **Objetivo:** Este estudo busca identificar quais são os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem e a relevância da resiliência. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, exploratória, de caráter transversal com abordagem quantitativa. **Resultados:** Dos artigos encontrados, após a leitura dos resumos, 13 enquadraram-se nos critérios de inclusão e foram analisados segundo os preceitos da análise temática. **Considerações Finais:** Os estudos mostraram que diante de tantas transformações e desafios diários contínuos de enfrentamento, somados com o estresse cotidiano, que podem ocasionar desgaste físico e emocional constante e, interferir negativamente na assistência prestada, faz-se necessário desenvolver algumas habilidades na atuação profissional, como a habilidade de ser resiliente e habilidades para lidar com as próprias emoções e os sentimentos alheios. A resiliência representa a capacidade do ser humano superar e responder de forma positiva as situações traumáticas e conflituosas da vida. Sua aplicabilidade na assistência é de grande importância para os pacientes portadores de câncer como estratégia de enfrentamento e para os profissionais de enfermagem como um suporte diante de todo contexto em que estão inseridos e das situações vivenciadas.

PALAVRAS-CHAVE: Resiliência psicológica. Oncologia. Inteligência emocional.

1 INTRODUÇÃO

A palavra resiliência origina-se do latim (*resilio, re+salio*), que significa ser elástico e tem sentidos e significados em diferentes campos do conhecimento (QUADROS, 2018). É através de vivências de situações de adversidades que ela se manifesta. Contudo, responder a condições conflituosas com resiliência não remete ao fato de que o indivíduo volte ao estado




de origem após o problema enfrentado, afinal, a resiliência transmite a ideia de evolução e não de retorno da situação original (SILVA et al., 2019).

O câncer tem características peculiares que são definidas pelo INCA (2019), como sendo o termo dado a um conjunto de mais de 100 doenças acometidas ao organismo que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Algumas características que diferenciam os tipos de câncer correspondem aos vários outros tipos de células, velocidade de multiplicação e a capacidade de invadir órgãos e tecidos (INCA, 2019). Um estudo realizado pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA (2018) concluiu em estimativa que cerca de 600 mil novos casos foram previstos para os anos de 2018-2019 (INCA, 2018, apud AFONSO; CARVALHO; GRINCENKOV, 2018) e que para cada ano entre 2020-2022, ocorrerão cerca de 625 mil novos casos de câncer no Brasil (INCA, 2020).

A presença da resiliência é um fator imprescindível no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem, pois a sua rotina se diferencia das demais profissões por suas particularidades e especificações relacionadas a momentos de dificuldades físicas, psicológicas e emocionais. Os profissionais de enfermagem lidam de maneira direta com os sentimentos e sofrimento dos pacientes e familiares. Essa sobrecarga emocional aumenta a chance de desenvolvimento de doenças ocupacionais. Neste sentido, acredita-se que o estudo sobre resiliência na enfermagem é de grande interesse e importância, embora ainda haja poucos estudos sobre essa temática, isso não torna o tema menos relevante (SANEMATSU; SILVA; MARTINS, 2019).

O cotidiano de trabalho dos profissionais da oncologia é complexo e permeia sentimentos de sofrimento, o que torna a assistência desafiadora em alguns momentos. Os mesmos acabam convivendo com um alto grau de comprometimento emocional ao cuidar do paciente oncológico, pois se deparam com situações que envolvem mudanças na rotina de vida, baixa autoestima, além da vivência com experiências de finitude de vida (AFONSO; CARVALHO; GRINCENKOV, 2018). Além de todo embasamento teórico e conhecimento técnico, é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam habilidades emocionais para lidar com as situações que acontecem no setor oncológico (FERREIRA; LEITÃO, 2017).

O ambiente de trabalho é promotor de sentimentos positivos e negativos e os serviços prestados podem ter grande influência no processo saúde-doença. O ritmo de trabalho exaustivo, a convivência com situações de sofrimento dos pacientes juntamente com seus familiares e a inadequação de recursos materiais e até emocionais levam os profissionais de



enfermagem ao enfrentamento de intensas condições de estresse, o que acaba sendo fator responsável por provocar acidentes, doenças e comprometimento na qualidade de vida no trabalho (SILVA et al., 2019). Apesar da assistência às pessoas com câncer ter avançado ao longo dos anos, o termo ainda é considerado um tabu para muitas pessoas, que carregam consigo representações sociais e estigmas negativos em relação ao do câncer em sua maioria, ligando a patologia ao sofrimento, mutilação ou morte (CARMO et al., 2019).

De acordo com a literatura, o contato com a morte para os profissionais, acaba mexendo de forma significativa com eles, desafiando-os profissionalmente, uma vez que a morte representa simbolicamente o fim da capacidade do seu trabalho (QUADROS, 2018). Para Carmo et al. (2019), uma vez que os profissionais precisam falar sobre o diagnóstico da doença, bem como sua recidiva e progressão, remetendo a impossibilidade de cura e até terminalidade da vida, acaba despertando neles sentimentos negativos, como frustração, incapacidade e desespero. Por outro lado, saber que enquanto profissional ele fez tudo o que deveria ser feito para o paciente, auxilia nos processos de aceitação e melhora o desfecho de cada caso.

Para esta revisão narrativa traçou-se como objetivo analisar através da produção científica os desafios dos profissionais de enfermagem na resiliência em serviços de atenção oncológica, identificando a relevância da resiliência dentro dessas condições, tendo em vista que se torna fundamental a identificação destes aspectos para haver uma maior reflexão acerca destes fatores supracitados.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo narrativa, exploratória, de caráter transversal, onde foram realizadas buscas de publicações disponíveis online, na íntegra, de forma gratuita e que atendessem ao objetivo proposto.

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizadas bases informatizadas, constituídas exclusivamente de artigos científicos. Para a identificação e seleção, foram utilizados artigos publicados entre os anos 2015 a 2020, em língua portuguesa. Foi verificado se os títulos e os resumos estavam de acordo com a temática. Foram excluídos da pesquisa os trabalhos e produções científicas que não atenderam ao objetivo proposto ou que não estiveram de acordo com os critérios de inclusão.

Para responder às questões norteadoras: Q1: “Qual a relevância da resiliência para os profissionais de enfermagem diante das dificuldades vivenciadas no cotidiano do setor oncológico?”, e Q2: “Quais são os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem que os levam a “necessidade” de serem resilientes?”, as informações foram coletadas a partir de fontes como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO), e Google Acadêmico.

Por meio da busca através dos descritores resiliência psicológica, oncologia e inteligência emocional, foram encontradas 1.651 produções científicas. Dessas, aplicando o filtro do recorte temporal dos últimos 5 anos, idioma português, duplicação por integrarem mais de uma base de dados, textos disponíveis na íntegra e online, com os critérios de inclusão e que respondessem às questões norteadoras, foram selecionados 13 artigos. Identificamos núcleos temáticos nos quais as publicações foram agrupadas: Resiliência, Resiliência e os profissionais de enfermagem, e Inteligência emocional entre os profissionais de enfermagem.

3 RESULTADOS

Este estudo de revisão narrativa selecionou 13 artigos científicos. Apresenta-se no quadro 1 a caracterização das publicações quanto à sequência de identificação do artigo, título do artigo, autor, tipo de estudo, ano e base de dados. Isso possibilita uma visão geral dos artigos selecionados para o referido estudo.

Quadro 1 – Caracterização das informações analisadas dos artigos das publicações.

SEQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTOR	TIPO DE ESTUDO	ANO	BASE DE DADOS
A1	Atitudes de profissionais da oncologia diante da morte: revisão sistemática.	AFONSO, L. A., CARVALHO, L. L.; GRINCENKOV, F. R. S.	Revisão sistemática.	2018	BVS
A2	Cuidar em oncologia: desafios e superações cotidianas vivenciadas por enfermeiros.	CARMO, R. A. L. O. et al.	Qualitativa.	2019	BVS

A3	Resiliência no trabalho de enfermeiros em serviços de atenção oncológica: o desafio de desenvolver capacidades profissionais.	QUADROS, A.	Ensaio teórico e empírico.	2018	BVS
A4	Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar.	SILVA, S. M. et al.	Quantitativa / transversal.	2020	BVS
A5	Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem.	MACEDO, A. B. T, et al.	Quantitativa e observacional.	2020	BVS
A6	Resiliência e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem.	SILVA, S. M. et al.	Quantitativa e qualitativa.	2019	BVS
A7	A produção científica sobre resiliência na enfermagem.	SANEMATSU, L. S. A.; SILVA, A. P. J.; MARTINS, M. C. F.	Revisão integrativa.	2019	BVS
A8	Resiliência da equipe de enfermagem diante do paciente oncológico terminal.	MELO, A. A. et al.	Revisão de literatura.	2020	Google acadêmico
A9	Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa.	CRUZ E.J.E.R. et al.	Revisão narrativa.	2018	BVS
A10	A inteligência emocional da equipe de enfermagem de um hospital em Salvador.	FERREIRA, C.R.C.; LEITÃO, D.S.	Quantitativa e qualitativa.	2017	Google acadêmico
A11	Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista.	SARTORI, N. R.; ALMEIDA, C. B. P.; BARBOSA, R. W. N.	Exploratório com abordagem quantitativa.	2018	BVS
A12	Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale.	PRADO-GASCO, V. J.; GIMENEZ-ESPERT, M. C.	Descritivo e correlacional.	2017	Scielo

A13	Significados atribuídos à Competência Emocional do Enfermeiro: estudo empírico e impacto na educação.	NUNES, L.; XAVIER, S. M. M.	Qualitativa, descritiva e exploratória.	2016	Google acadêmico
------------	---	-----------------------------------	---	------	---------------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quanto ao título dos artigos, a maioria continha as palavras-chave selecionadas. Quanto aos objetivos propostos pelos autores, 4 (A1, A2, A3, A8) artigos tratavam claramente dos desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem no âmbito da oncologia, 5 (A4, A5, A6, A7, A9) tratavam de investigar/avaliar o nível e fatores relacionados à resiliência, capacidade para o trabalho e o estresse psicossocial, e 4 (A10, A11, A12, A13) tratavam a respeito da competência emocional de enfermeiros.

Quadro 2 – Síntese dos artigos que compõem a pesquisa, organizados a partir da sequência de identificação do artigo e principais resultados/aspectos abordados.

SEQUÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO DO ARTIGO	PRINCIPAIS RESULTADOS/ASPECTOS ABORDADOS
A1	Evidenciou a escassez de pesquisas no cenário brasileiro, representando apenas 8,33% das publicações. A leitura na íntegra permitiu perceber que a forma de agir dos profissionais de saúde da oncologia diante da morte e/ou do processo de morrer de pacientes está diretamente relacionada com as informações e crenças que eles possuem sobre a morte, bem como pelas reações emocionais que a morte os faz experimentar, reconduzindo-os a atitudes positivas (aproximação) ou negativas (distanciamento) diante do paciente.
A2	Os resultados revelaram que o cotidiano de trabalho na Oncologia é visto por alguns profissionais ora como negativo, ora como positivo. Pôde-se perceber também que o cotidiano desperta sentimentos negativos nos participantes, como frustração, depressão e desespero. Os depoimentos dos entrevistados sinalizaram que o cuidado em Oncologia despertou nos profissionais de Enfermagem experiências que tocam sua vida profissional e pessoal.
A3	O estudo ressalta que a morte e o morrer produzem sofrimento nos profissionais: Mobilizam afetos pessoais, constituem a sensação de fragilidade da vida, produzem a sensação da própria finitude e fazem questionar valores e crenças pessoais. Aborda também que os fatores singulares tornam o sofrimento mais intenso: O tempo de internação, a infância e a mobilização do paciente pela vida.
A4	Observou-se que houve correlação estatisticamente significativa entre a idade e a resiliência, sendo que quanto mais elevada a idade, maior o escore da Escala de Resiliência (ER). Os resultados demonstraram também que o presente estudo

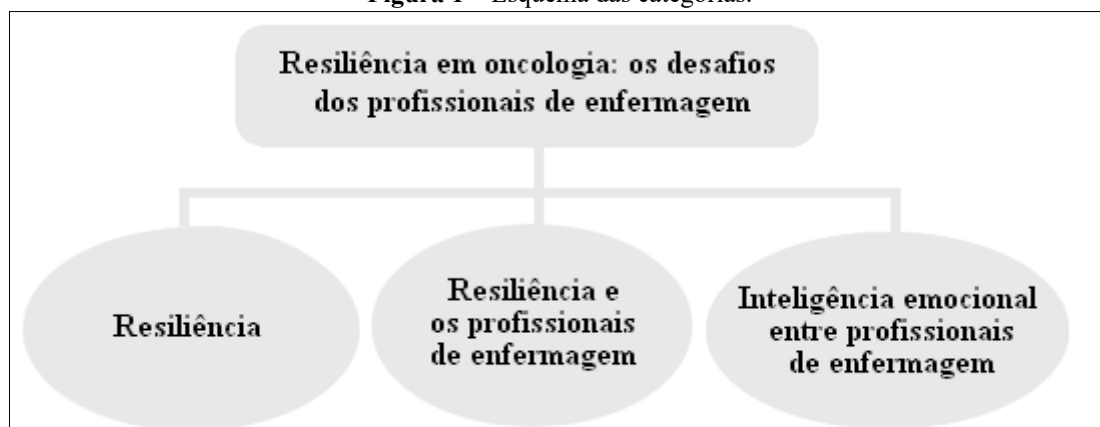
	<p>mostra que 84,8% dos trabalhadores de enfermagem apresentavam níveis mediano a alto de resiliência, o que sugere que os participantes já estejam utilizando os fatores de proteção, mesmo sem o saberem, no enfrentamento das condições adversas do trabalho.</p>
A5	<p>Observou-se que 29 (74,36%) dos profissionais percebiam alto esforço na realização do trabalho e 23 (59%) baixa recompensa. O estresse psicossocial foi identificado em 27 (69,23%) profissionais, dos quais 9 (90%) eram enfermeiros e 18 (62,07%) eram auxiliares/técnicos de enfermagem. A avaliação do estresse psicossocial entre as categorias profissionais demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre enfermeiros e auxiliares/técnicos.</p>
A6	<p>Neste estudo, a maior proporção de trabalhadores era de técnicos/auxiliares de enfermagem (62,9%), seguidos pelos enfermeiros (37,1%), distribuídos em proporções semelhantes nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), com jornada de trabalho de 36 horas (92%). Nos resultados finais da modelagem de regressão linear múltipla, a capacidade para o trabalho permaneceu associada à Escala de Resiliência (ER) após ajuste pela idade, sendo que quanto maior o valor do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), maior o valor da resiliência.</p>
A7	<p>O estudo identificou um total de 308 artigos e 6 foram incluídos para a amostra final do estudo. Entende-se que a ausência de resiliência na Enfermagem é um fator de risco que exerce influência negativa na saúde psíquica e física do profissional enfermeiro. Observou-se que, a busca por apoio individual (religioso e psicológico), coletivo (relações interpessoais) e a identificação do fator chave do problema, contribuem para o aumento de resiliência.</p>
A8	<p>O estudo ressalta que a resiliência se destaca neste contexto por promover uma assistência humanizada que integra não somente o paciente como também a sua família na prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde. É ressaltado ainda que a equipe de enfermagem bem como toda a equipe multiprofissional, precisa estar preparada para atender o paciente e sua família e ajudá-los da melhor forma possível, para que assim possam oferecer melhor qualidade de vida, amenizando desta forma o sofrimento.</p>
A9	<p>O resultado do estudo evidenciou que a abordagem da resiliência na Saúde do Trabalhador inicia-se a partir do ano de 2009, entre os periódicos nacionais, com enfoque maior na área da medicina. A maioria dos participantes, em relação ao fator regulação de emoções, apresentou-se abaixo da média, demonstrando que a capacidade de resiliência nesse fator encontra-se enfraquecida. O excessivo controle de impulsos e a dificuldade na regulação das emoções acarretam grande dispêndio de energia por parte dos trabalhadores.</p>
A10	<p>O estudo foi realizado em um hospital no setor de hemodinâmica com profissionais de enfermagem, compostos por 50% homens técnicos de enfermagem, 50% mulheres enfermeiras de nível superior, e 25% com especialização Lato Sensu, e obteve um resultado satisfatório, evidenciando-se que a equipe de enfermagem tem um nível bom de inteligência emocional. A equipe demonstrou também possuir conhecimento teórico, técnico e emocional. Observou-se uma equipe emocionalmente estável, com a consciência de que a emoção é inerente a qualquer ser humano, seja qual for a sua formação profissional, que não se pode sucumbi-la a inexistência, mas faz-se necessário trabalha-la.</p>
A11	<p>Observou-se que a gestão da emoção da equipe analisada, apresenta-se prejudicada, tendo em vista que a equipe de enfermagem utiliza as emoções e</p>

	as percebe significativamente, porém, não as compreende bem, tampouco administra. É importante compreender a capacidade dos enfermeiros em gerenciar as suas próprias emoções e compreender as emoções do outro, pois esse processo deve ser utilizado na assistência.
A12	O estudo foi realizado com uma amostra de 530 enfermeiros de 11 hospitais. Em relação a IE dos enfermeiros, o estudo ressalta que a dimensão referente à clareza dos sentimentos apresentou pontuação elevada, e quanto as dimensões relacionadas à reparação emocional e atenção emocional, apresentaram médias mais baixas. Concluiu-se que a IE é uma das habilidades indispensáveis para a enfermagem, tendo em vista os benefícios não só para o enfermeiro como para o paciente. A IE é uma habilidade de extrema importância para o enfermeiro e está relacionada ao bem-estar, diminuição dos níveis de estresse no ambiente de trabalho, diminuição do cansaço e lideranças efetivas. Um dos instrumentos mais utilizados, e também eficazes para medir a IE em diversos contextos, é o TMMS24 (escala Meta-Mood Trait Scale).
A13	Foi identificado cinco dimensões da competência emocional do enfermeiro, sendo elas: conhecimento emocional, autonomia emocional, regulação emocional, competência social e habilidades de vida e bem-estar. O conhecimento emocional está relacionado a capacidade de conhecer as emoções pessoais e do outro. A autonomia emocional está relacionada a capacidade de atingir a autonomia das emoções, agir com envolvimento emocional, enfrentar obstáculos etc. A regulação emocional está relacionada a capacidade de regular as emoções, gerando emoções positivas e gerindo conflitos emocionais. A competência social está relacionada a capacidade do indivíduo construir e manter relações interpessoais, respeitando as escolhas individuais. E as habilidades de vida e bem-estar estão relacionadas a capacidade de gerir os mecanismos de defesa pessoal, organizando o pensamento e as atitudes, conquistando o equilíbrio e o bem estar.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Dos 13 artigos selecionados, utilizando os seguintes descritores: Resiliência psicológica, Oncologia e Inteligência emocional, foi possível elencar 3 núcleos, de acordo com a figura abaixo:

Figura 1 – Esquema das categorias.



FONTE: Dados da pesquisa, 2020.



4 DISCUSSÕES

Da análise temática, emergiram três categorias temáticas: Categoria 01: Resiliência, composta pelo artigo: A9. Categoria 02: Resiliência e os profissionais de enfermagem, composta pelos artigos: A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 e A8. Categoria 03: Inteligência emocional entre os profissionais de enfermagem, composta pelo artigo: A10, A11, A12 e A13.


4.1 Categoria 01: Resiliência

O conceito da resiliência é relativamente de fácil compreensão. Porém, a dificuldade de defini-la com precisão advém da impossibilidade de medir o termo de maneira absoluta, com exatidão. Com enfoque no desenvolvimento humano, ela vem sendo estudada por diversos autores. Em geral, nos estudos realizados entre os períodos de 1960 e 1970, os pesquisadores buscam identificar condições que pudessem contribuir auxiliando os indivíduos a conservarem um desenvolvimento saudável em meio às situações de adversidade (QUADROS, 2018).

A resiliência, no que lhe diz respeito, além de contribuir de forma significativa para as condições de enfrentamento das adversidades dentro do ambiente de trabalho que estão relacionadas à sua organização, contribui também para as condições relacionadas ao seu contexto. Tem sido ressaltado que aderir a resiliência é uma forma de possibilidade de promover a saúde, através das adaptações positivas às adversidades e às situações traumáticas. O comprometimento relacionado a capacidade de trabalho passou a se tornar motivo de preocupação mundial, ainda mais entre a equipe de enfermagem que possui contato mais próximo com o paciente (SILVA, et. al).

De acordo com Silva et al (2019) os níveis mais altos de resiliência provavelmente estão associados a baixa prevalência de sintomas como ansiedade e desgaste emocional. Entende-se assim que níveis elevados de resiliência podem ser considerados como mecanismos protetores para o desgaste emocional, tornando-se fator de promoção à saúde. Deste modo, a resiliência executa papel fundamental preventivo, visto que reduz os efeitos negativos do estresse laboral, preservando a saúde mental e proporcionando uma melhor qualidade de vida do trabalhador.

O estudo A3, gera discussões a respeito do processo de que a resiliência ora ser compreendido como uma qualidade desenvolvida por aqueles que a possuem em determinados momentos ou capacidade que estes possuem de se sobressair frente as adversidades impostas, ora como um atributo individual sendo mais como algo inato aquele indivíduo. Entretanto,



como mencionado posteriormente dentro da mesma pesquisa, a resiliência pode sim ser aprendida e desenvolvida por qualquer pessoa, a partir de um entendimento acerca do equilíbrio do controle da emoção frente às adversidades apresentadas.


A resiliência é vista como uma necessidade no papel preventivo na redução dos efeitos negativos do estresse laboral. O aumento do nível de resiliência promove redução dos efeitos negativos presentes nas situações dentro do ambiente de trabalho, enquanto que o baixo nível de resiliência pode trazer experiências de conflitos pessoais. Através da análise dos estudos A5 e A9, evidenciou-se a importância de compreender aspectos acerca da resiliência, identificando os fatores de proteção e de risco, como meio de prevenir e promover saúde no ambiente de trabalho, e a necessidade de implantar ações de redução de estresse, e promoção da resiliência para proteger os trabalhadores da enfermagem do risco de adoecimento ocasionado pelo estresse ocupacional.

O estresse é um fator inevitável quando se trata de mecanismo de sobrevivência de determinadas situações, contudo, acarreta diversos problemas de saúde relacionados. Portanto, a presença da resiliência no ambiente de trabalho promove suporte para que a equipe de enfermagem possa reduzir as influências negativas que advém do estresse e dos sentimentos de sofrimento. À vista disso, a resiliência contribui para um ambiente mais saudável e menos propício ao desenvolvimento de doenças causadas através das adversidades (SILVA, 2019).

A resiliência é uma grande aliada entre os profissionais da saúde, devido a sua atuação que traz consigo um conjunto de cenários positivos e negativos. Em se tratando da atuação na enfermagem oncológica, o contato com o processo de morrer e morte podem produzir momentos de sofrimento não só para o paciente, mas também para o profissional. Refletir sobre o tema da resiliência é uma tentativa de compreender o motivo pelo qual as pessoas conseguem desenvolver, em certas condições, capacidades para superar situações de maior sofrimento, enquanto outras acabam sofrendo de formas muito intensas podendo até permanecer com resquícios destes períodos difíceis, o que ocorre algumas vezes por falta de conhecimento acerca das habilidades emocionais para lidar com os sentimentos e emoções gerados pelas situações conflitantes (QUADROS, 2018).

4.2 Categoria 02: Resiliência e os profissionais de enfermagem

No cotidiano da enfermagem, a morte é algo frequente. Porém, alguns profissionais têm dificuldade para lidar com esse processo de morrer, uma vez que é feito todo o possível para a




manutenção da vida. Assim, surge a necessidade de serem seres resilientes, de modo que enxerguem a morte como parte da trajetória de vida, e não permitam ser abalados emocionalmente, nem fisicamente (MELO et al., 2020). Evidencia-se no estudo A7 que a ausência de resiliência na enfermagem contribui negativamente na saúde física e mental dos profissionais, bem como interfere de forma negativa na atuação profissional. E a busca de meios de apoio individual, como fortalecimento espiritual e psicológico, apoio coletivo, através das relações interpessoais, são fatores que favorecem o desenvolvimento da resiliência (SANEMATSU; SILVA; MARTINS, 2019).

A resiliência interfere diretamente na capacidade para o trabalho. Para exemplificar, o estudo A6 avaliou 375 trabalhadores de enfermagem, sendo 37,1% enfermeiros e 62,9% auxiliares e técnicos de enfermagem. A pesquisa foi dividida em três instrumentos autoaplicáveis: Categorização sociodemográfica e profissional, Escala de resiliência, e Índice de capacidade para o trabalho. Ao final, 15,2% dos profissionais apresentaram baixa resiliência, e 30,4% demonstraram capacidade para o trabalho comprometida (SILVA et al., 2019).

No estudo A1 que foi realizado com 24 publicações científicas (2013-2017) de diversos países, incluindo o Brasil (8,33%), foi identificada a existência de comportamentos negativos e obstáculos na assistência prestada por profissionais de saúde na oncologia, onde foi observada a dificuldade de comunicação entre os próprios profissionais, assim como com os pacientes e familiares (45,83%). Foi observado também, adoecimento de 25% dos profissionais, e as manifestações mais comuns são: Síndrome de Burnout, estresse, exaustão emocional, depressão e sofrimento mental.

O estudo A2 discorre sobre o quanto desenvolver resiliência como auxílio para os enfermeiros torna-se importante, no propósito de lidar melhor com o processo saúde-doença e desta forma promover a construção de um ambiente de trabalho mais flexível e saudável. O A3 concluiu que os participantes da pesquisa afirmaram que os profissionais desenvolvem sentimentos de sofrimento nas situações de morte e morrer dos pacientes, visto que a vida se torna uma interrogação. Logo, a capacidade de trabalho dos profissionais envolvidos é prejudicada, sobretudo dos enfermeiros que prestam assistência mais próxima ao paciente em relação aos demais profissionais.

No estudo A4 é exposto que alguns estudos relatam o quanto o trabalho e seu ambiente podem influenciar no processo saúde-doença dos indivíduos. Em se tratando dos profissionais de enfermagem, as cargas de trabalho acompanhadas de ritmos exaustivos, a convivência com




situações de sofrimento dos pacientes juntamente com seus familiares, a falta de recursos físicos e emocionais, tem causado a esta classe nível elevado de estresse e desgaste físico e mental, comprometendo a qualidade de vida no trabalho. Observou-se também que houve correlação estatisticamente significativa entre a idade e a resiliência, sendo que quanto mais elevada a idade, maior o escore da Escala de Resiliência (ER).

O estudo A6 relata que os profissionais de enfermagem em sua grande maioria apresentaram elevada ocorrência de comprometimento da capacidade para o trabalho, pois estão expostos a longas jornadas, alta sobrecarga, inadequação de recursos humanos e materiais, causando grande desgaste físico e mental e consequentemente estresse ocupacional, reduzindo a capacidade para o trabalho. No estudo A5, foi evidenciado que 69,23% dos profissionais apresentam nível alto de estresse psicossocial e 56,41% nível baixo de resiliência. Os níveis de estresse mais altos foram encontrados nos trabalhadores alocados no período noturno.

No que se refere aos processos de adoecimento profissional, a temática presente no A2 discorre em vários momentos com relação a carga emocional a qual os profissionais de enfermagem dessa área em específico são submetidos. Como trata-se de uma pesquisa envolvendo diretamente a opinião dos profissionais, por vezes as palavras “cansativo” e “pesado” aparecem em contextos diferentes para qualificar o cotidiano dos entrevistados, bem como a presença de sentimentos de impotência e incapacidade diante do desfecho dos quadros dos pacientes. Acrescenta ainda declarações acerca da influência do modelo curativista e como ainda representa uma forte influência dentro da formação acadêmica, condicionando o futuro profissional a crer que a cura é a única solução aceitável, ocasionando uma frustração entre os integrantes da equipe quando não obtém a cura e o paciente vai a óbito.

Abordando ainda o trabalho A2, trata-se ainda sobre como a busca pelo conhecimento sobre as patologias e seus respectivos prognósticos, bem como do aprimoramento profissional são importantes formas de enfrentamento do sofrimento causado. Evidenciou-se ainda a importância de um bom trabalho em equipe como fator estimulante para o profissional, trazendo mais uma forma de luta às dificuldades geradas no cotidiano da oncologia. É importante levar em consideração o fato de que nem todos os profissionais adotaram essas medidas, alguns preferiram aderir ao afastamento dos pacientes, tentando não conhecer suas histórias, criando o mínimo de vínculo possível com estes.

Bem como os estudos A2 e A6, o A8 também reforça que quando o ambiente de trabalho não atende as expectativas criadas pelos prestadores da assistência um muro de vulnerabilidade




e insegurança é mais uma vez construído, tornando o profissional distanciado da manutenção de vínculo com o paciente e trazendo um cuidado menos humanizado e atentado aos detalhes. A manutenção da saúde mental e emocional é um desafio para a classe, mas é um passo essencial e fundamental para o cultivo da resiliência. O condicionamento da mente é um exercício que precisa ser feito diariamente e praticado nos mais diferentes cenários para que, assim, possa ser mantido.

Ainda no que se refere aos desafios que podem causar adoecimento na enfermagem, o artigo A7 desenvolve sobre a produção de material científico com relação à resiliência e o quanto isto dificulta a disseminação de informação e de comprovação tecnológica e prática a respeito do tema fazendo com que essa questão tão importante para o melhoramento da classe passe despercebida e sem tomar o devido valor. A pesquisa que foi feita tendo como base o intervalo entre 2009 e 2018 encontrou 308 artigos, entretanto apenas 6 cumpriram os critérios elegidos pelos autores, comprovando uma escassez de trabalhos sobre o tema.

Diante das dificuldades vivenciadas no cotidiano, os profissionais acabam tendo que desenvolver formas de enfrentamento para estas situações, assim como a habilidade de ser resiliente. Estratégias como não se envolver tanto emocionalmente, separar o pessoal do profissional, aceitar o prognóstico de determinado paciente, ter o apoio da equipe, ter suporte espiritual, manter a prática de atividades físicas e fazer terapia, são mecanismos que os profissionais também utilizam. Nesse sentido, os profissionais devem desenvolver habilidades e atitudes que tenham os quatro pilares das competências requeridas dos profissionais de saúde: saber ser, saber conviver, saber conhecer e saber fazer. Atrelado a isso, buscando sempre o aperfeiçoamento pessoal e profissional para encarar e gerir de maneira inteligente as suas emoções diante dos desafios diários (CARMO et al., 2019).

4.3 Categoria 03: Inteligência emocional entre os profissionais de enfermagem

A palavra inteligência deriva do latim *intelligentia*, que significa capacidade de escolha. Desta forma, todo indivíduo que é capaz de realizar suas próprias escolhas, é dotado de inteligência. O conceito da inteligência emocional diz respeito ao indivíduo emocionalmente inteligente, que possui capacidade suficiente para controlar impulsos, direcionando as emoções da melhor maneira para serem utilizadas em situações adequadas. Neste sentido, esta condição permite ao sujeito o enfrentamento de determinadas situações, o que exige equilíbrio do mesmo,



permitindo mantê-lo em homeostase diante dos momentos desfavoráveis (FERREIRA; LEITÃO, 2017).

São muitas as angústias vivenciadas pelos profissionais, tendo em vista que eles possuem formação voltada para salvar vidas, e o enfermeiro é o profissional responsável por gerenciar e cuidar de forma integral dos pacientes presentes na unidade. Dessa forma, as situações conflitantes e de finitude da vida vivenciadas no ambiente de trabalho, podem causar nos profissionais impactos negativos, interferindo de forma significativa a assistência prestada (MELO et al., 2020). Diante destas situações, os indivíduos são estimulados pela inteligência emocional, de modo a agirem de maneira imparcial e racional, sem deixar que os sentimentos possam interferir.


Os fenômenos emocionais vivenciados são situações que devem guiar o comportamento humano. Em contexto de terminalidade de vida, o agir profissional do enfermeiro não deve permitir que as emoções dominem as ações de comportamento, interferindo no profissionalismo. A educação emocional influenciará diretamente na evolução para o aperfeiçoamento das questões voltadas ao autocontrole, trazendo resultados positivos no contexto emocional e intelectual (XAVIER; NUNES, 2016).

De acordo com Sartori, Almeida e Barbosa (2018), a inteligência emocional (IE) faz parte dos conceitos presentes de habilidades na enfermagem e muitos estudos vêm sendo feitos relacionando essa capacidade frente aos processos de cuidar, ele afirma que:

O processo de desenvolvimento da inteligência emocional é dinâmico e se dá a partir de experiências acumuladas com o crescimento contínuo e construtivo das competências e pode ser relacionado a um amadurecimento pessoal e profissional (SARTORI; ALMEIDA; BARBOSA, 2018).

Como supracitado, a Inteligência Emocional (IE), é um processo que está em constante atualização e pede isto ao profissional, tendo em vista que as vivências e as posições variam de caso a caso e precisam de posturas diferentes, mas com o mesmo viés. Este é um caminho que é galgado e construído dia após dia e só a experiência e a busca pelo conhecimento podem aperfeiçoar essa habilidade em cada indivíduo.

Em outro momento, os mesmos autores mencionam que o processo intelectual só pode dar seu máximo se estiver em consenso com a IE, fomentando que isto é essencial para o equilíbrio das habilidades humanas. O processo de desenvolvimento desse tipo de inteligência é dito como dinâmico e tende a ser construído periodicamente de acordo com as experiências profissionais e pessoais de cada profissional, reforçando, mais uma vez, o quando o conceito



de resiliência também caminha junto com a IE; ambos em determinados momentos são focados nas qualidades pessoais e na capacidade de adaptação desses profissionais e demonstrando que quando maior o escore conseguido nessas questões, maior será a produtividade e a eficiência na assistência (SARTORI; ALMEIDA; BARBOSA, 2018).


Ao longo desse estudo foi possível notar a presença da resiliência como uma aliada ao processo evolutivo profissional e pessoal, tornando a assistência e seus processos mais humanos. Tomando como visão que a resiliência e a inteligência emocional somam quando o assunto é enfrentamento das adversidades podemos enfatizar, uma vez mais, que elas fazem parte da adaptação humana frente às atribuições.

O estudo A10, foi realizado em um hospital no setor de hemodinâmica com profissionais de enfermagem, compostos por 50% homens técnicos de enfermagem, 50% mulheres enfermeiras de nível superior, e 25% com especialização Lato Sensu. O setor de hemodinâmica foi escolhido para realizar a pesquisa por ser acessível à observação, ter um número elevado de atendimentos, realizar procedimentos longos e delicados, e acomodar pacientes com risco de morte eminente, exigindo dos profissionais habilidades socioemocionais para lidar com as situações.

O estudo obteve um resultado satisfatório, evidenciando-se que a equipe de enfermagem tem um nível bom de inteligência emocional. Para Ferreira e Leitão (2017), ensinar aos profissionais de enfermagem a desenvolver inteligência emocional para mostrar-lhes que as emoções existem, não devem ser ignoradas, e necessitam ser trabalhadas a fim de promover de forma profilática a saúde dos profissionais, evitando que estes venham a adoecer futuramente. Pois, além de todo embasamento teórico e técnico, a equipe de enfermagem precisa também possuir uma inteligência emocional equilibrada.

Outro valor de reconhecimento do conceito de inteligência emocional se dá através da relação com o fato de lidar eficientemente com os sentimentos afligidos, e apesar das frustrações, manter o otimismo e a perseverança, aumentando desta forma a capacidade de empatia e envolvimento. Portanto, o indivíduo só pode dar o melhor de si utilizando de forma inteligente as emoções, para que haja equilíbrio das habilidades humanas (SARTORI; ALMEIDA; BARBOSA, 2018)

A inteligência emocional é considerada como uma habilidade fundamental para os profissionais de enfermagem na assistência ao paciente, pois permite que os enfermeiros consigam regular as suas emoções diante das situações presenciadas. Desta forma, a I.E é muito



importante para os profissionais e para que promovam melhoria no âmbito de trabalho, trazendo segurança e maior qualidade no atendimento prestado, visto que está diretamente ligada a níveis baixos de estresse e cansaço, o que causa maior comprometimento laboral (GIMÉNEZ-ESPERT; PRADO-GASCÓ, 2017).


Dos 4 pilares da formação profissional: aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a conviver e aprender a fazer, dois deles podem ser utilizados para enfatizar o significado da I.E: aprender a fazer e aprender a ser. O conhecimento no mundo contemporâneo é algo dinâmico e constantemente pede ao profissional que se adeque a manejar diferentes situações, em se tratando da enfermagem oncológica, pode-se mencionar as questões relacionadas com o processo de morte e morrer que fazem parte da rotina dos profissionais e que exigem dele constante reestabelecimento de conceitos e visões de mundo (CARMO et al, 2019). Portanto aprender a fazer mostra que não basta estar preparado para inserir-se no setor trabalhista, é necessário ter uma dose de risco, saber comunicar-se, resolver conflitos e ser flexível.

Ainda de acordo com Sartori, Almeida e Barbosa (2018), o conceito de inteligência emocional é abordado em várias perspectivas. Em relação à promoção do cuidar em enfermagem, as atitudes e habilidades do profissional é eminente quando há a compreensão de seu sentido. Portanto, a I.E possui grande papel na construção e evolução da relação humana. Neste sentido, sua aderência também pode ter relação com a assistência direta ao paciente e contribuir na cooperação das relações direta com a equipe multidisciplinar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser resiliente no âmbito da oncologia é imprescindível, salientando o quanto é desafiador exercer a prática da assistência ao paciente oncológico. Os profissionais atuantes nessa área estão frequentemente expostos a fatores de riscos emocionais. Assim, destaca-se a necessidade de compreender questões relacionadas à resiliência no contexto do cuidado prestado a pacientes oncológicos, uma vez que o sofrimento e a morte são desafios vivenciados no cotidiano. Ademais, evidencia-se a importância dos profissionais de enfermagem buscar a manutenção do equilíbrio emocional diante das situações de sofrimento e exercer diariamente a resiliência em sua prática prestada.

A morte é vista como um dos maiores desafios enfrentados na atuação profissional, sendo considerada como inimiga, e devendo ser combatida a todo custo. Assim, há a necessidade de preparo teórico e prático, uma vez que os profissionais têm sido preparados para



ter a cura como objetivo primordial, e o ensino da tanatologia, por exemplo, é visto de forma bem superficial. É preciso um novo olhar na formação dos profissionais de saúde, com foco não apenas nas competências técnicas, mas também nas competências humanas e relacionais, indispensáveis ao processo de trabalho no âmbito da oncologia.

A resiliência ainda não tem uma definição clara e singular. Seu estudo é relativamente novo na área das ciências humanas, sociais e da saúde, e está também relacionada à área da subjetividade. Espera-se que este estudo possa contribuir de maneira significativa para que os profissionais possam refletir sobre a importância de ser resiliente, e buscar manter o equilíbrio emocional gerenciando seus sentimentos e emoções, para que possam desenvolver habilidades socioemocionais como forma de intervenção diante das adversidades e conflitos vivenciados.

Observou-se a importância da resiliência, bem como a escassez das produções científicas, o que justifica ainda mais a importância de estudo dessa temática, e que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de que a relevância da resiliência seja ampliada, principalmente relacionada ao trabalho e a enfermagem, onde os estudos ainda são incipientes, e poucos buscam compreender a realidade de profissionais que trabalham em setor com pacientes de alta complexidade e as situações conflitantes vivenciadas no dia a dia.


REFERÊNCIAS

AFONSO, L. A., CARVALHO, L. L.; GRINCENKOV, F. R. S. Atitudes de profissionais da oncologia diante da morte: revisão sistemática. **Revista da SBPH**. Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p. 84-99, dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200006>. Acesso em: 07 de outubro 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em: 21 de setembro 2020.

CARMO, R. A. L. O. et al. Cuidar em oncologia: desafios e superações cotidianas vivenciados por enfermeiros. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Viçosa (MG), 2019. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047948/cuidar-em-oncologia-desafios-e-superacoes-cotidianas-vivenciad_NTnSMwk.pdf>. Acesso em: 07 de outubro 2020.



CRUZ E.J.E.R. et al. Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10, n.1, p. 283-288, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.index-f.com/pesquisa/2018pdf/101283.pdf>>. Acesso em: 07 de outubro 2020.

FERREIRA, C.R.C.; LEITÃO, D.S. A inteligência emocional da equipe de enfermagem de um hospital em Salvador. **Rev. de Ini. Cie. RIC Cairu**, Salvador, v. 1, n. 3, p.109-126, jan. 2017. Disponível em: <https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/3/08_INTELIGENCIA_EMOCIONAL.pdf>. Acesso em: 10 de outubro 2020.

MACEDO, A. B. T, et al. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, e25, p. 1-17, 2020. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1119010/35174-215974-1-pb.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

MELO, A. A. et al. Resiliência da equipe de enfermagem diante do paciente oncológico terminal. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, v. 2, n. 1, p. 59-64, 2020. Disponível em: < <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/338/105>>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

XAVIER, S.; NUNES, L. Significados atribuídos à Competência Emocional do Enfermeiro: estudo empírico e impacto na educação. **RIASE on-line - Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n.2, p. 620-636, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/137/237>. Acesso em: 29 de setembro 2020.

GIMÉNEZ-ESPERT, M. C.; PRADO-GASCÓ, V. J. Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 204-209, Apr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200204>. Acesso em: 29 de setembro 2020.

QUADROS, A. Resiliência no trabalho de enfermeiros em serviços de atenção oncológica: o desafio de desenvolver capacidades profissionais. **Saúde em redes**, Taquaras, v.4, n.2, p. 129-142, jun. 2018. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/1808/287>>. Acesso em: 10 de outubro 2020.

SANEMATSU, L. S. A.; SILVA, A. P. J.; MARTINS, M. C. F. A produção científica sobre resiliência na enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2019;13:e241401. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241401/32768>>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.

SARTORI, N. R.; ALMEIDA, C. B. P.; BARBOSA, R. W. N. Inteligência emocional de enfermeiros assistenciais em um hospital escola paulista. **Revista Nursing**. V.21 (241), p.2211-2217. 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/241-Junho2018/Inteligencia_emocional_enfermeiros.pdf>. Acesso em: 29 de setembro 2020.

SILVA, S. M. et al. Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 54. Abr. 2020. Disponível em: <<https://www.e>>



[publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45731/33089](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45731/33089)>. Acesso em: 10 de outubro 2020.

SILVA, S. M. et al. Resiliência e capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; 27: e45731, p. 2-7, 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45731/33089>>. Acesso em: 26 de outubro de 2020.



CAPÍTULO 20

INTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Paulo Daniel Maria, Graduando em Enfermagem, Faculdade Adventista Paranaense
Wanderson Rocha Oliveira, Enfermeiro, Mestrando em Biociências e Fisiopatologia,
Universidade Estadual de Maringá

Márcio Fraiberg Machado, Doutorado em Educação, Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul

RESUMO


A família é um ambiente onde se constrói laços de confiança e apoio, pelos quais cada membro será respeitado, em suas características individuais. Entretanto, mudanças que ocorrem no ciclo familiar, como, uma criança com síndrome de down, pode ter necessidades maiores de suporte a elas exigido. Este estudo objetiva descrever as vivências dos familiares de crianças portadoras da síndrome de Down. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura. Realizada busca nas bases de dados da SciELO (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) com publicações de 2015 a 2019. Pode-se inferir que a família vivencia momentos de surpresas, desafios e superação individual ao lidarem com essa criança. A doença é retratada como de difícil aceitação familiar, podendo causar dependência de cuidados nos primeiros anos de vida. Ficou evidente a presença de sentimentos contrastantes, por um lado, o sentimento de culpa e tensão se intensificando, e por outro há melhoria nos laços familiares. A presença da síndrome pode tornar-se um marco importante na vida familiar, uma vez que são afetados, nos quesitos estruturais, econômicos, emocionais, sociais e na vida conjugal. Por outro lado, foi apresentado que ela pode fortalecer laços familiares, através de diálogos entre os seus membros e fortalecimento de vínculos.

PALAVRAS-CHAVES: Síndrome de Down. Família. Relações Familiares. Cuidado da Criança.

INTRODUÇÃO

A família é um ambiente que promove confiança e apoio, no qual cada membro será respeitado e compreendido, apesar dos defeitos ou até os próprios limites pessoais. É por meio desta que o indivíduo inicia suas interações com o ambiente e que o indivíduo é levado a desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento social, afetivo, cognitivo e comportamental dentro da sociedade (CANUT; FAQUIM, 2014).

Um dos papéis dentro do conjunto familiar é o paterno/materno, onde em geral o ensinamento é repassado por ambos para seus filhos, pois este representa segurança, abrigo, força e repressão. Inicia-se, nesse contexto, a identidade de pais e a organização familiar para um novo estágio (BOAMONTE, 2014).



No entanto, o papel parental pode ser afetado em decorrência das características dos filhos e na ocorrência de alguma situação não esperada, podendo desencadear dúvidas, desafios, sensações e sentimentos variados. Dessa forma, o núcleo familiar acaba enfrentando diversas mudanças que podem interferir no processo de desenvolvimento com a sociedade (ALEXANDRE; FELIZARDO, 2009).

O nascimento de uma criança com Síndrome de Down (SD), pode trazer questões difíceis a estrutura familiar, pois a demanda de cuidado à criança é maior. Embora cada família tenha sua singularidade, esta nova realidade apresenta a necessidade de adaptação que muitas vezes surpreende o núcleo familiar (SUNELAITS; ARRUDA, 2007).

A síndrome de Down é uma alteração genética gerada pela aparição de uma terceira cópia do cromossomo 21 em todas as células do organismo; o indivíduo expressa 47 cromossomos em vez de 46. A excedente quantidade de cromossomos encontrada na síndrome de Down provoca a perda da harmonia funcional das células, caracterizando o sujeito ao longo de suas aquisições no decorrer da vida (FIGUEIREDO, 2012).

Estima-se que no Brasil 1 em cada 700 nascimentos ocorre o caso de trissomia 21, que totaliza em torno de 270 mil pessoas com síndrome de Down (FBASD, 2011). As manifestações clínicas da SD incluem atraso no desenvolvimento motor, hipotonia muscular generalizada, frouxidão ligamentar, deficiência mental, problemas de audição e visão, e cardiopatias congênitas. Cada portador dessa síndrome é único, sendo que os sintomas e sinais podem ser equilibrados ou rigorosos. Por isso os problemas de saúde podem ocorrer, considerando as diferentes condições as quais a criança está exposta (WILLRICH; AZEVEDO, FERNANDES, 2009)

Mesmo que se possa identificar a vivência de diversos sentimentos pelos pais e mães, a reação de choque, a culpa, a raiva e a tristeza são comuns a todos. Educar uma criança com SD não é uma ocupação simples, e, invariavelmente pode causar esgotamento no ambiente familiar. As famílias podem ter experiências de estresse, dificuldades de adaptação, além de restrições diversas, tais como as sociais (SUNELAITS; ARRUDA, 2007).

Tal sobrecarga de muitos familiares resulta da conturbação ao lidar com a submissão física e cognitiva do indivíduo com a síndrome, podendo gerar nas mesmas alterações significativas em sua dinâmica de vida (CRAMM; NIEBOER, 2011). Este estudo teve como objetivo, analisar as vivências familiares no cuidado de crianças portadoras da síndrome de Down.



METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual é realizado buscas a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, utilizando-se dados ou categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registradas (SEVERINO, 2017)

A busca ocorreu nos meses de março a maio de 2019 seguindo a questão norteadora “Como a família vivencia o cuidado a pessoa com Síndrome de Down?”. Foram realizadas buscas as bases de dados informatizadas Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando os descritores do DeCS: ‘Síndrome de Down’, ‘Relações Familiares’, ‘Cuidado da Criança’.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais publicados no período de 2015 a 2019, com resumos e textos completos e disponíveis no idioma português, que abordassem a temática proposta. Foram descartados dissertações, teses e estudos com texto completo indisponível, ou publicados em outros idiomas, fotocópias, duplicados ou artigos de revisão.

Realizou-se as etapas para construção: Identificação de um tema; elaboração de uma questão norteadora para a formulação do artigo; busca e seleção das literaturas; classificação e avaliação dos estudos; apresentação e revisão das biografias.

Na busca inicial, foram encontradas 68 publicações. Pela leitura dos títulos e resumos é que os estudos em duplicidade nas diferentes bases de dados, os que não atendessem aos critérios de inclusão, aqueles que não atendiam ao tema proposto e aqueles aos quais não foi possível ter acesso na íntegra eram descartados. Dessa forma, dos artigos pesquisados apenas 20 foram lidos na íntegra, dos quais 13 responderam à questão direcionadora.

RESULTADOS

Dos 13 artigos selecionados, 8 estavam indexados na BVS, 2 no Scielo e 2 no CAPES. Em relação a linguagem, todos eles estavam em português, e após serem lidos totalmente foram compartilhados em um quadro de forma simplificada com as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, periódico, título do trabalho, objetivo e conclusão. Os periódicos foram elencados do número 01 ao 13 para facilitar a análise e compreensão de etapas, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos selecionados

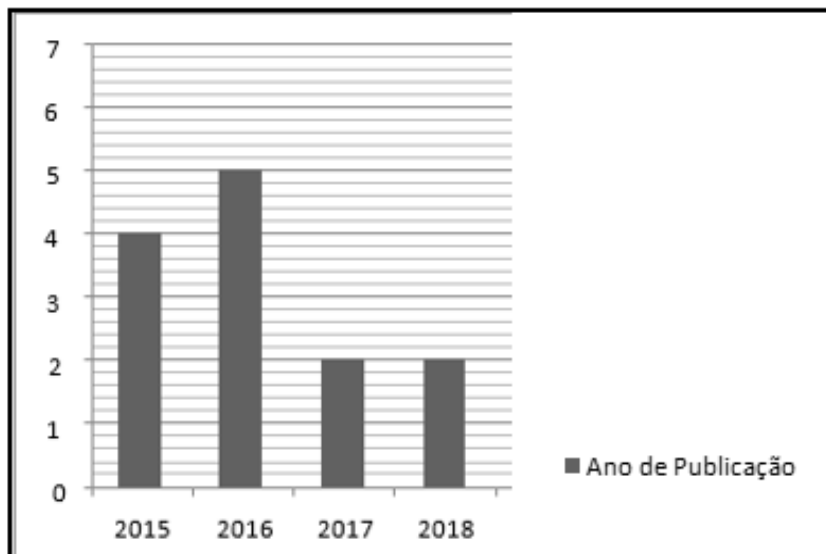
AUTORES (ANO): PERIÓDICO	TÍTULO	OBJETIVO	CONCLUSÃO
1. Moreira et al., (2016): Revista Online de Pesquisa Cuidado é fundamental	Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas com Síndrome de Down	Analisar a percepção de pais/cuidadores de pessoas com Síndrome de Down sobre qualidade de vida.	Os pais cuidadores de pessoas com Síndrome de Down apresentaram diferentes concepções sobre a qualidade de vida.
2. Filho, Gadelha Carvalho (2017): Revista Brasileira da Saúde	Síndrome De Down: Reação das Mães Frente à Notícia e a Repercussão na Intervenção Fisioterapêutica da Criança	Identificar e mostrar os efeitos que a notícia pode desencadear nas mães do bebê com SD e como isso pode influenciar na demora pela busca do fisioterapeuta, pondo em risco o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) desta criança.	As mães entrevistadas experimentaram a perda do filho idealizado e vivenciaram o “luto”, no entanto, seus filhos foram encaminhados para a fisioterapia precocemente e receberam acompanhamento profissional para estimulação do quadro neuropsicomotor da criança, o que evidencia um comportamento de superação, saindo do luto à luta.
3. Almeida, Pereira-Silva (2015): Revista Psicologia em Pesquisa - UFJF	A convivência com um irmão com síndrome de Down	Identificar o conhecimento de irmãos com desenvolvimento típico sobre a síndrome de Down e descrever a percepção destes e de seus genitores a respeito da convivência com um irmão com síndrome de Down.	Há similaridades e diferenças quanto às percepções de pais, mães e irmãos acerca das características de convivência. Os dados sugerem que, nessas famílias, a presença da síndrome de Down não é prejudicial à convivência.
4. Pereira, Oliveira (2015): Revista CEFAC	Influência do entorno familiar no desempenho comunicativo de crianças com síndrome de Down	Investigar os aspectos da vida familiar que influenciam o desempenho linguístico de crianças com síndrome de Down.	É preciso considerar os aspectos do meio familiar que apresentam influência com o desempenho comunicativo de crianças com Síndrome de Down.
5. Barros et al., (2016): Revista de Enfermagem da UFPE	Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down	Avaliar o perfil e a sobrecarga de cuidadores de crianças/adolescentes com e sem síndrome de Down.	Os cuidadores de crianças/adolescentes com síndrome de Down apresentam sobrecarga moderada, quando comparados à cuidadores de crianças/adolescentes normoreativas.
6. Pereira-Silva, Oliveira, Rooke (2015): Avances en Psicología Latinoamericana	Famílias com adolescente com síndrome de Down: apoio social e recursos familiares	Descrever a dinâmica e funcionamento de famílias com adolescentes com Síndrome de Down; verificar a adequação dos recursos disponíveis às famílias, e identificar a rede social de apoio percebida pelos genitores.	Os escores alcançados na Escala de Apoio da Família e na Escala de Recursos da Família evidenciaram que essas famílias não têm apoios e recursos em níveis satisfatórios, ao mesmo tempo indicando a necessidade da implementação de programas de intervenção dirigidos ao grupo nessa fase do curso de vida.
7. Pereira-Silva et al., (2017): Revista Psicologia: Ciência e Profissão	Relação Fraternal e Síndrome de Down: um Estudo Comparativo	Descreve o funcionamento familiar e compara a relação entre irmãos em dois tipos de famílias, identificando similaridades e diferenças nos relatos dos genitores.	Os dados convergem com os da literatura acerca do fato de que a relação entre a diáde de irmãos SD-DT tende a ser positiva, com características de amistosidade mais do que conflitos. Os dados encontrados sugerem coerência com os da literatura atual.

8. Andrade et al., (2016): Revista Eletrônica de Extensão	Relato de experiência de extensão no cuidado da saúde de familiares, cuidadores e indivíduos com síndrome de Down	Apresentar ações desenvolvidas por cursos da área da saúde da Universidade Regional de Blumenau (FURB), e o retorno dado pela comunidade frente às ações desenvolvidas.	A aproximação entre acadêmicos da Universidade com a comunidade proporcionou a conscientização e melhora na saúde das pessoas envolvidas, segundo relatos da comunidade.
9. Lederman et al., (2015): Revista ciência e saúde coletiva	Divórcio nas famílias com filhos com Síndrome de Down ou Síndrome de Rett	Avaliar o impacto do nascimento de uma criança com Síndrome de Down ou Rett na estabilidade e manutenção do casamento.	Considera-se que tanto a maior morbidade da síndrome de Rett, bem como o momento do diagnóstico podem ser fatores relevantes para aumento de taxa de divórcio associada a esta síndrome.
10. Batista, Duarte, Cia (2016): Revista Mineira de Enfermagem	A interação entre as pessoas com síndrome de Down e seus irmãos: um estudo exploratório	Analisar a interação entre o irmão com desenvolvimento típico e o com síndrome de Down; identificar que informação e reação os irmãos com desenvolvimento típico possuem sobre o diagnóstico da síndrome de Down; verificar se houve ou não modificações no contexto familiar.	Um indicativo apontado no estudo refere à importância de grupos de apoio para irmãos, visando trabalhar o preconceito e sentimentos aversivos perante a deficiência. Aqueles com desenvolvimento típico precisam de informações corretas, apoio, visando o favorecer a interação entre irmãos.
11. Pereira-Silva, Rooke (2016): Revista de Enfermagem da UFSM	Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down	Caracterizar e analisar a resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down.	Em todas as famílias foram identificados indicativos de resiliência familiar. A estratégia de coping mais utilizada é a reavaliação positiva, enquanto a menos utilizada é fuga-esquiva.
12. Spinazola et al., (2018): Revista brasileira de Educação Especial.	Crianças com Deficiência Física, Síndrome de Down e Autismo: Comparação de Características Familiares na Perspectiva Materna na Realidade Brasileira	Identificar e comparar as necessidades familiares e o suporte social das famílias de crianças com deficiência física, síndrome de Down e autismo, na perspectiva das mães.	O estudo pode contribuir para conhecimento das principais necessidades e do suporte que as famílias de crianças com diferentes deficiências possuem.
13. Pereira-Silva, Andrade, Almeida (2018): Psicologia: Teoria e Pesquisa	Famílias e síndrome de Down: Estresse, coping e recursos familiares	Identificar níveis de estresse e coping – ou estratégias de enfrentamento – de genitores de crianças com síndrome de Down (SD), bem como a adequação dos recursos familiares.	As estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos genitores são resolução de problemas e suporte social. Os dados da escala de recursos indicam certa adequação destes às necessidades das famílias. Ressalta-se a importância de programas de intervenção dirigidos a essas famílias.

Fonte: Os autores.

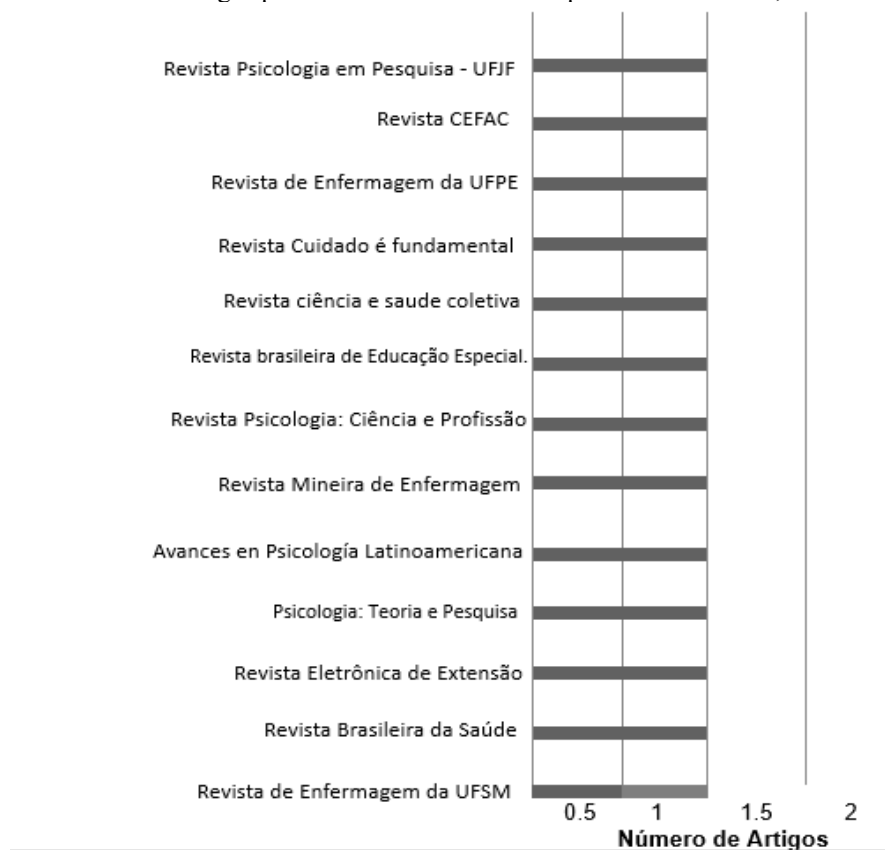
O estudo foi constituído de artigos originais que foram publicados entre os anos de 2015 e 2018, conforme apresentado na Figura 01. Sendo a maior quantidade de publicações encontradas no ano de 2016 com 5 artigos encontrados. Quanto aos locais de publicação de periódicos científicos, foram encontrados em 13 locais diferentes, conforme realçado na Figura 02, do qual pode-se perceber que não houve diferencial de quantidade entre as revistas, deixando assim bem diversificado a tabela.

Figura 01- Distribuição do número de artigos científicos encontrados referente ao ano de publicação, Ivatuba-PR, 2019.



Fonte: Pesquisa própria.

Figura 02 - Número de artigos publicados de acordo com o periódico científico, Ivatuba -PR, 2019.



Fonte: Pesquisa própria.



DISCUSSÃO

Após serem lidos todos os artigos selecionados, relacionando-os com o tema, visando assim responder as indagações desse estudo, foram identificadas duas categorias, são elas: *Os impactos na vida familiar ao cuidar de uma criança com síndrome de Down e estratégias facilitadoras para o bem-estar familiar e da criança.*

OS IMPACTOS NA VIDA FAMILIAR AO CUIDAR DE UMA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN


A SD possui um fácil diagnóstico no período imediato ao nascimento devido ao seu fenótipo peculiar sendo a notícia transmitida aos pais logo nos primeiros dias de vida da criança. É de grande relevância comunicar a notícia a família, conduzindo todas as informações necessárias sobre o problema, de forma objetiva e clara sobre as orientações e os esclarecimentos a serem tomados, buscando tornar a vida familiar mais envolvida ao cuidado e segurança do bebê (FILHO; CADELHA; CARVALHO, 2017).

No entanto, a SD acaba tornando-se um marco na vida da família, pois estimula um processo de reorganização que envolve as fases de choque, negação, reação emocional intensa, adaptação dos pais e reestruturação da família. Todos os familiares acabam vivenciando o choque e o medo com relação à notícia, bem como a dor e a ansiedade de se pensar como serão as probabilidades de futuro da criança (FILHO; CADELHA; CARVALHO 2017).

A maneira como os pais reagem às características da síndrome pode impactar na dinâmica e nas relações familiares. Ainda mais se a ausência de clareza e conhecimentos sobre a síndrome estiver presente (DE ALMEIDA; PEREIRA-SILVA 2015).

Os pais devem buscar lidar com a novidade de saber que seu filho até então aparentemente saudável, passará a apresentar uma série de deficiências, cuja gravidade só será determinada após vários anos de envolvimento neurológico. Soma-se a isso ao fato de a criança parecer inicialmente sadia, permitindo aos pais criarem expectativas para o futuro e o enfrentamento posterior com o diagnóstico da doença parece contribuir para o aumento do estresse (LEDERMAN et al., 2015).

Vale enfatizar também que o conhecimento proveniente da tradição histórica e cultural da mulher em assumir a responsabilidade principal do ato de cuidar de uma criança, acaba gerando grande influência para os dias de hoje. Isso indica que não depende do tipo de condição



da pessoa que recebe cuidados e do grau de parentesco do cuidador. Apesar das mudanças ocorridas na família contemporânea, a diferença de papéis entre homens e mulheres ainda é visível, dificilmente o homem se ocupa nos cuidados diretos e acaba participando do cuidado de uma forma indireta, por meio do sustento da família ou em tarefas externas (BARROS et al., 2017).

As mães, quando exercem atividade remunerada, preferem atividades trabalhistas informais, pela possibilidade de atuar em casa e maior flexibilidade de horários. O superinvestimento de tempo e dinheiro no cuidado do filho, somada à pouca contribuição nas finanças da casa faz com que o orçamento da família fique reduzido, o que acaba prejudicando a participação social, a realização de atividades de lazer e conseqüentemente a saúde (BARROS et al., 2017).

É uma realidade na vida dos cuidadores o esquecer-se de si mesmo, do cuidado pessoal, no que se refere a alimentação, ao descanso pessoal e atividade física para se doar à pessoa síndrômica (ANDRADE, 2016)

Os estudos apresentam o sentimento de solidão por parte dos pais se sentem, num contexto social quanto emocional. O isolamento social acaba provocando a impossibilidade de sair e realizar diferentes atividades por causa do filho, enquanto o isolamento emocional está relacionado à sensação dos pais de não ter ninguém com quem compartilhar suas preocupações (SILVA; OLIVEIRA; ROOKE, 2015).

Nesse contexto Batista, Duarte e Cia (2017), citam que os irmãos de crianças com SD, assim como os demais agentes familiares, passam por processos de aceitação, confusão e por várias outras complexidades com a qual a deficiência está ligada, mas que não acaba tornando-se tão ilustre quanto para seus pais.

No entanto, é possível dizer que a deficiência intelectual ou a trissomia do 21 não devem ser consideradas como sinônimos de sofrimento, tristeza, depressão, estresse e isolamento social. Apesar de alguns relatos indicarem a síndrome de Down como sendo um evento ruim a reação das famílias em relação ao diagnóstico pode-se obter mais impactos positivos do que negativos (SILVA; ROOKE, 2015).

AÇÕES PROMOTORAS DE BEM-ESTAR PARA O PACIENTE E FAMILIARES

Percebe-se que o bem-estar no meio familiar é vista pelos pais como uma vontade de estarem mais próximos de seus filhos, isso ocorre, pois à presença maior das responsabilidades como cuidador uma vez que o filho necessita de uma atenção maior por ter um agravo crônico. Assim o lar acaba sendo visto como um sistema complexo e dinâmico, sendo influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia (MOREIRA, 2016).


A presença de uma pessoa com deficiência pode ainda fortalecer os vínculos familiares e tornar seus integrantes mais maduros e responsáveis, pois a família busca estabelecer cooperação, desenvolvendo seus vínculos em prol do desenvolvimento do filho com síndrome de Down. Trazendo ao meio de convivência pontos positivos como: carinho, sinceridade, maior capacidade para lidar com a diferença, companheirismo, aprendizado, mudanças e conhecimento (BATISTA; DUARTE, CIA, 2016).

Evidenciou-se também, que a relação fraternal foi caracterizada como ponto positivo na maioria das famílias, o que indica que a presença de um irmão com a alteração genética não afeta a amistosidade da relação. Além disso, pode-se observar que os irmãos das crianças e adolescentes com a alteração sindrômica, independentemente de sua idade e ordem de nascimento, desempenham o papel de cuidador do irmão e líder da relação (PEREIRA-SILVA et al., 2017).

A reação da família de forma positiva à recepção do diagnóstico foi apontado por vários estudos, uma vez que, ao terem conhecimento deste, as reações indicaram reorganização familiar e reformulação da vida. Em relação aos traços de resiliência, os resultados mostram o fato dessas famílias, diante de problemas, se reorganizarem de maneira em que há a união, diálogos frequentes com todos os membros e cooperação, havendo, portanto, aumento dos vínculos entre os membros e a adoção de uma perspectiva positiva (SILVA; ROOKE, 2016).

Destaca-se que a maioria das mães julga como apropriado o acesso à moradia, à alimentação, ao emprego, à saúde e aos serviços públicos em geral, conforme apontam os escores nas subescalas. Esses recursos prioritariamente são os essenciais para proporcionar e manter satisfatórias as condições de vida dos familiares (ANDRADE; ALMEIDA; SILVA, 2018).

Enfatiza-se também a importância de intervenções para ampliação das redes de apoio, através do desenvolvimento de programas que visem a compreensão sobre a adequação e a satisfação com o suporte comunitário. O aumento na qualidade do suporte social pode acarretar



em uma ampliação dos sistemas de rede pública, que vão influenciar o desenvolvimento da criança com SD (SPINAZOLA et al., 2018; SEVERINO, 2017; SILVA; ANDRADE, ALMEIDA, 2018).

Sobre a crença religiosa, observou-se que esta possui também um efeito fundamental na vida da família, pois atua modificando a visão de mundo do grupo, utilizando-a como força propulsora para um melhor enfrentamento e superação das dificuldades diárias, minimizando a sobrecarga, a angústia e o estresse do processo de cuidar (BARROS et al., 2017).


As interações estabelecidas no sistema familiar são as que mais trazem contribuições significantes ao desenvolvimento infantil. A forma de comunicação das informações às crianças com síndrome de Down afeta no desenvolvimento das habilidades verbais de comunicação. Tais achados destacam a importância de intervenções ativas na família no processo de aprendizado e conhecimento da criança com a alteração da trissomia 21 (PEREIRA; OLIVEIRA, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível inferir que apesar de existirem diferentes contextos familiares, uma mudança nesse ciclo como o aparecimento de uma doença crônica como a síndrome de Down, pode ser tanto um diagnóstico de impacto para a família, como também fator de estresse, fadiga e até mesmo dúvida. Por ser uma doença que muitas famílias não possuem o conhecimento prévio, o surgimento da mesma pode acarretar em discórdias entre os pais ou isolamentos sociais e emocionais.

No entanto, no que se refere à doença, o recebimento de uma criança com a alteração genética pode revigorar a relação da família trazendo um novo conceito de qualidade de vida aos seus pais, visto que os próprios irão ter uma reorganização na vida e comprometimento com os seus filhos. Principalmente, percebeu melhor reestruturação da família ao terem conhecimento sobre a doença.

Complementa-se ainda que o ambiente familiar por ser um espaço em que a criança com SD deve crescer e ter um desenvolvimento social, afetivo e comportamental. Os cuidadores devem prestar o autocuidado, visando aliviar o desgaste físico e emocional que é ocasionado pelo desempenho das atividades diárias e promover o bem-estar dentro das possíveis capacidades.



Reconhece-se a necessidade de maiores estudos sobre a temática dentro da realidade brasileira, abordando não apenas as vivências familiares, mas ainda reconhecendo o papel dos profissionais de saúde no acolhimento, acompanhamento destas famílias.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Sara Maria; FELIZARDO, Silva. O impacto do suporte social em famílias de crianças com deficiência. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 3, n. 1, p. 267-273, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322029.pdf> Acesso em 06 de abril 2019.

ALMEIDA, Bruna Rocha; ANDRADE, Jaqueline Ferreira Condé Melo; SILVA, Nara Liana Pereira. Famílias e síndrome de Down: estresse, coping e recursos familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/handle/ufjf/7518> Acesso em 05 março 2019.

ANDRADE, Isabel Cristina Gavazzoni Bandeira et al. Relato de experiência de extensão no cuidado da saúde de familiares, cuidadores e indivíduos com Síndrome de Down. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 24, p. 116-127, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2016v13n24p116> Acesso em 27 maio 2019.

BARROS, Alina Lúcia Oliveira et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3625-3634, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.31102016> Acesso em 27 maio 2019.

BATISTA, Bruna Rafaela de; DUARTE, Márcia; CIA, Fabiana. A interação entre as pessoas com síndrome de Down e seus irmãos: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3091-3099, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17282016> Acesso em 05 março 2019.

BOAMORTE, Joyce Borges. As funções materna e paterna na família monoparental. **PT, O portal dos psicólogos. Recuperado em**, v. 10, n. 07, p. 2017, 2014. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0787.pdf>. Acesso em: 13/09/2019.

CARNUT, Leonardo; FAQUIM, Juliana Pereira Silva. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 1, p. 62-70, 2014. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/198>. Acesso em: 26/09/2019.

CRAMM, Jane JM; NIEBOER, Anna AP. Psychological well-being of caregivers of children with intellectual disabilities: Using parental stress as a mediating factor. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 15, n. 2, p. 101-113, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1744629511410922> Acesso em 27 maio 2019.

DA SILVA FILHO, João Antonio; GADELHA, Maria do Socorro Nunes; DE CARVALHO, Sandra Maria Cordeiro Rocha. Síndrome de Down: reação das mães frente à notícia e a repercussão na intervenção fisioterapêutica da criança. **Revista Brasileira de Ciências da**

Saúde, v. 21, n. 2, p. 157-164, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/24008> Acesso em 27 maio 2019.

DE ALMEIDA, Bruna Rocha; PEREIRA-SILVA, Nara Liana. A convivência com um irmão com síndrome de Down. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 1, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n1/v9n1a03.pdf> Acesso em 27 maio 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN. Disponível em: <<http://federacaodown.org.br/>> acesso: 05/04/2019

GERBER LEDERMAN, Vivian Renne et al. Divórcio nas famílias com filhos com Síndrome de Down ou Síndrome de Rett. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/630/63038239006/> Acesso em 27 maio 2019.

MOREIRA, Ramon Missias et al. Qualidade de vida de cuidadores familiares de pessoas com Síndrome de Down Quality of life of family caregivers of people with Down Syndrome. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4826-4832, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4368> Acesso em 27 maio 2019.

PEREIRA, Leticia Viana; OLIVEIRA, Erika Maria Parlato. Influência do entorno familiar no desempenho comunicativo de crianças com síndrome de Down. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 1, p. 177-183, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1693/169338408020.pdf> Acesso em 05 março 2019.

PEREIRA-SILVA, Nara Liana et al. Relação Fraternal e Síndrome de Down: um Estudo Comparativo. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 1037-1050, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2820/282054658015.pdf> Acesso em 05 março 2019.


PEREIRA-SILVA, Nara Liana; OLIVEIRA, Larissa Dias; ROOKE, Mayse Itagiba. Famílias com adolescente com Síndrome de Down: apoio social e recursos familiares. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 33, n. 2, p. 7, 2015. Disponível em: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4667> Acesso em 05 março 2019.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2014. 197 p. ISBN 978-85-249-2081-3.

SILVA, Nara Liana Pereira; ANDRADE, Jaqueline Condé Melo; ALMEIDA, Bruna Rocha. Famílias e síndrome de Down: estresse, coping e recursos familiares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/7518/1/Fam%C3%ADlias%20e%20s%C3%A4ndrome%20de%20Down.pdf>> .pdf Acesso em 27 maio 2019.

SILVA, Nara Liana Pereira; ROOKE, Mayse Itagiba. Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 2016. Disponível em: <http://hermes.cpd.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/7447> Acesso em 05 março 2019.

SPINAZOLA, Cariza de Cássia, et al. Crianças com Deficiência Física, Síndrome de Down e Autismo: Comparação de Características Familiares na Perspectivas Materna na Realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília – SP. v.24, n.2, p.199-216, 2018.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v24n2/1413-6538-rbee-24-02-0199.pdf> Acesso em 05 março 2019.

SUNELAITIS, Regina Cátia; ARRUDA, Débora Cristina; MARCOM, Sonia Silva. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 264-271, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300004>.

WILLRICH, Aline; AZEVEDO, Camila Cavalcanti Fatturi de; FERNANDES, Juliana Oppitz. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Rev Neurocienc**, v. 17, n. 1, p. 51-6, 2009. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/226%20.pdf>. Acesso em 27 maio 2019.



CAPÍTULO 21

INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE: ESCLARECENDO CONCEITOS

Allana Evelyn Dias, Graduanda em Enfermagem, Unimontes
Mariza Dias Xavier, Graduanda em Medicina, Unimontes
Renê Ferreira da Silva Junior, Enfermeiro, Docente, Mestre, Instituto Federal
Cássia Pérola dos Anjos B. Pires, Docente, Doutora, Unimontes
Jéssica Camila Santos Silveira, Dentista, Funorte
Danielle Ladeia Santos, Enfermeira, Funorte
Simone de Melo Costa, Docente, Doutora, Unimontes
Orlene Veloso Dias, Docente, Doutora, Unimontes


RESUMO

Interdisciplinaridade e interprofissionalidade são ferramentas que agregam para o trabalho em equipe em prol do cuidado. Esse estudo tem como objetivo explorar os conceitos e a aplicabilidade da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. O método definido foi a revisão integrativa, com busca nas bases de dados Lilacs e coleção SUS. Foram cruzados com o operador booleano and os descritores “comunicação interdisciplinar”, “relações interprofissionais” e “formação de conceito”. Os critérios de inclusão foram textos completos, disponibilidade em língua portuguesa e compreendidos no corte temporal de três anos. Foram excluídos os artigos que não atendessem os critérios anteriores. Foram identificadas 18 publicações, e dessas, 10 foram selecionadas. Os autores apresentam conceitos e aplicabilidade da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na formação e prática em saúde. A bioética inserida no campo interdisciplinar se constitui como uma ponte entre as ciências e as humanidades. Ao final desse estudo nota-se a essencialidade da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade para compreender e atender as necessidades dos indivíduos e sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação interdisciplinar, Relações interprofissionais, Formação de conceito.

INTRODUÇÃO

O modo de compreender a saúde por meio de um conceito ampliado é historicamente recente. A saúde desenvolveu-se em vários países da América Latina, em um contexto sócio-político de luta por direitos, entre os anos de 1970 e 1980, contrapondo as concepções de saúde centradas na doença (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019). No Brasil este movimento se amplia com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios doutrinários, entre eles a integralidade do cuidado. As transformações advindas com a implantação do SUS geraram mudanças na atuação profissional, no que se refere à assistência à saúde (CARVALHO; TOMAZ; TAVARES, 2018).



Na medida em que os princípios norteadores da ciência moderna destacam-se no campo da saúde, reforça-se a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019). Essa separação tem como consequência a dificuldade de construir e ressignificar conhecimentos acessíveis a todos, por meio dos quais há possibilidade de fazer intervenções individuais e coletivas, que impactem positivamente nas condições de vida e de saúde da população (FARIAS *et al.*, 2017).

Nesse cenário está a bioética com aporte epistemológico para reflexão da vida humana, face aos progressos rápidos e complexos dos saberes e tecnologias biomédicas. E para acompanhar essas constantes e emergentes mudanças destaca-se a importância da inserção da interdisciplinaridade e interprofissionalidade na formação profissional fundamentada na bioética. Ao focalizar os processos de formação desenvolvidos na graduação das diferentes profissões da área da saúde, reconhece-se que estas enfrentam desafios importantes: fragmentação do ensino, dicotomias no projeto pedagógico, biologicismo e hospitalocentrismo (GOLDIM, 1997). Logo, a partir do conceito ampliado da saúde, o objeto de práticas ultrapassa a doença, envolve diferentes equipes de profissionais e agrega conhecimentos de diferentes disciplinas. Assim, dois conceitos importantes devem ser valorizados: interdisciplinaridade e interprofissionalidade (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

A bioética inserida no campo interdisciplinar se constitui como uma ponte entre as ciências e as humanidades, considerando os papéis essenciais assumidos pela interdisciplinaridade e interprofissionalidade na prática em saúde. Compreender os conceitos da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade poderá favorecer sua aplicabilidade no dia a dia, seja no ensino ou nos serviços de saúde. Diante do exposto, o presente estudo objetiva compreender os conceitos e a aplicabilidade da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade.

METODOLOGIA

Para responder ao objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, que é um método específico de revisão que possibilita a análise e síntese do conhecimento sobre determinado fenômeno em particular ou problema de saúde (GUSMÃO *et al.*, 2018).

Trata-se de um método de pesquisa que constitui ferramenta relevante, considerando que permite a análise de subsídios na literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por outros autores. Tal método proporciona um resumo do conhecimento já produzido e provê subsídios para o progresso da assistência à saúde. Oferece

também aos profissionais da área da saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que se baseiam nas condutas ou na tomada de decisão, resultando em um saber crítico (GUSMÃO *et al.*, 2018).

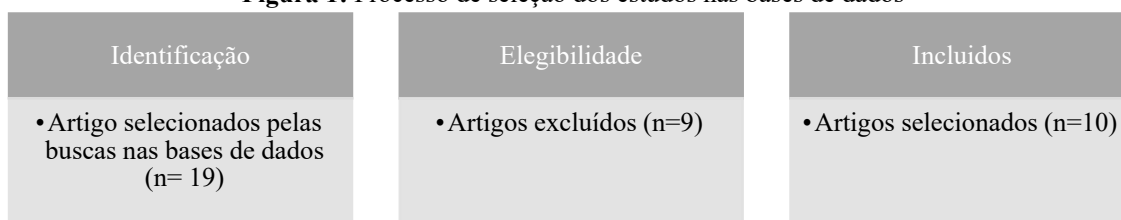
Para a realização da revisão integrativa foram seguidas seis fases interdependentes: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa⁵. Considerou-se como questão norteadora: Qual o conceito de interprofissionalidade e qual o conceito de interdisciplinaridade na interface com a prática em saúde e a bioética?

O levantamento das publicações foi realizado entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, a partir das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Coleciona SUS, acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a coleta de dados foi utilizado instrumento elaborado por Ursi e adaptado pelos autores com as seguintes informações: dados de identificação do artigo (título, autores, nome do periódico, ano de publicação), delineamento, objetivo do estudo e principais conclusões⁶. A seleção dos artigos foi realizada de forma independente pelos pesquisadores.

Foram utilizados como descritores “Comunicação Interdisciplinar”, “Relações interprofissionais” e “Formação de conceito”, utilizando o operador booleano “and” para combinação. Dessa forma, foram identificadas inicialmente 19 publicações elegíveis para a inclusão nessa revisão. Para selecionar as publicações foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos de pesquisa originais, estudos teóricos, relatos de experiências e editoriais, disponibilidade do texto completo, textos compreendidos no corte temporal de três anos. Os artigos selecionados pela estratégia de busca proposta foram analisados pela leitura completa de todos os artigos.

Foram excluídos os estudos que não atendiam as exigências anteriores e aqueles que não abordaram o tema de pesquisa, resultando em 10 publicações selecionadas, por atenderem os critérios anteriormente descritos.

Figura 1: Processo de seleção dos estudos nas bases de dados



Fonte: Dados da pesquisa.

Para a análise dos dados foi utilizado a técnica da análise de conteúdo temática, que expressa-se em operações de classificação do texto em categorias que reúnem ideias semelhantes (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998). A análise foi feita por meio das fases: leitura flutuante; classificação dos dados e categorização dos materiais; o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação (MINAYO, 2004).

RESULTADOS

No Quadro 1 apresenta-se a síntese das principais características dos artigos deste estudo estando dispostos em ordem decrescente de acordo com o ano, do mais recente ao mais antigo. Para melhor visualização dos artigos selecionados no quadro, foram distribuídos de acordo com o ano, título, periódico, tipo de estudo/método, objetivo e principais conclusões.

Quadro 1: Caracterização das publicações incluídas na revisão integrativa.

Ano/Autor(es)	Título	Periódico	Delineamento	Objetivo	Principais Conclusões
2019/Heloíse Fernandes Agreli; Marina Peduzzi; Mariana Charantola Silva; Renata Cristina Ventura Mascarelle; Pilar Espinoza	Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Estudo quase-experimental de intervenção de educação interprofissional.	Avaliar o efeito da educação interprofissional no clima de equipes da Atenção Primária à Saúde e na apropriação de conhecimentos sobre o manejo das condições crônicas não transmissíveis.	Na análise dos conhecimentos sobre manejo das condições crônicas, as equipes que participaram da intervenção de educação interprofissional apresentaram aumento médio pós-intervenção maior do que as equipes do grupo-controle ($p < 0,001$). Contudo, na análise de ambos os grupos, não houve variação significativa nos escores de clima do trabalho em equipe (0,061).
2019/ Felice Teles Lira dos Santos Moreira; Regiane Clarice Macêdo Callou; Grayce Alencar Albuquerque; Roberta Meneses Oliveira	Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente	Revista Gaúcha de Enfermagem	Estudo descritivo e qualitativo	Descrever e analisar estratégias de comunicação interprofissional efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos no trabalho hospitalar e promoção da segurança do paciente	Estratégias individuais e grupais focalizadas em habilidades de comunicação e estabelecimento de respeito mútuo no trabalho atuam como barreiras a comportamentos destrutivos e, se adequadamente instituídas, têm impacto positivo na segurança do paciente.
2018/ Rosana Aparecida	Construção da identidade	Interface - Comunicação	Estudo de abordagem	Analisar a percepção de egressos em relação à	Os participantes relataram a trajetória formativa em currículo

Salvador Rossit; Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Sylvia Helena Souza da Silva Batista; Nildo Alves Batista	profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos	o, Saúde, Educação	longitudinal qualitativa, descritivo- analítico e natureza exploratória.	construção da identidade profissional na perspectiva da Educação Interprofissional na saúde.	inovador, interprofissional e interdisciplinar, destacando a oportunidade da prática colaborativa e interprofissional como importantes para o desenvolvimento, construção e reforço da identidade profissional em cada área de formação mediante o reconhecimento das especificidades das outras áreas.
2018/Juliana Maciel de Souza Lamers; Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação Interprofissional em foco	Saberes plurais: educação na saúde	Ensaio e Debate	Traz reflexões teórico- conceituais de educação interprofissional em saúde e a inter-relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta dados sobre a saúde da população brasileira e a formação médica no Brasil e o terceiro trata das possibilidades e desafios para o estabelecimento da educação interprofissional nos cursos de graduação em saúde.	Por todos os argumentos apresentados, defende-se a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências de educação interprofissional na formação de profissionais da saúde, a partir da graduação e ao longo de sua trajetória profissional.
2018/ Angela Aparecida Capozzolo; Sidnei José Casetto; Stella Maris Nicolau; Virgínia Junqueira; Daniela Caetano Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino	Formação interprofissional e produção do cuidado: Análise de uma experiência	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	Relato de experiência	Apresentar e analisar uma experiência de formação interprofissional que ocorre desde 2008, envolvendo estudantes de uma universidade pública.	A discussão de tais questões indicou as potencialidades de intervenções em comum e os desafios da supervisão docente para sustentar a experiência dos estudantes e possibilitar a constituição de uma clínica que valorize a perspectiva dos usuários.
2018/ Nelson Filice de Barros; Cristiane Spadacio; Marcelo Viana da Costa	Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios	Saúde e Debate	Estudo de abordagem qualitativa	Objetivou analisar os potenciais e desafios do trabalho interprofissional com as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no contexto da APS.	Observou-se que, em muitas experiências, o trabalho em equipe não se fundamenta na colaboração. Por outro lado, as PIC promovem maior satisfação no trabalho em razão das mudanças que promove na organização do trabalho, por meio da maior interação entre práticas e saberes dos profissionais e entre estes e os usuários.

2018/ Liziene de Souza Arruda; Carlos Otávio Fiúza Moreira	Colaboração interprofissional : um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil*	Interface: Comunicação, saúde e Educação	Estudo de caso, com abordagem qualitativa de caráter descritivo-analítico.	O artigo analisa os sentidos da 'colaboração interprofissional' a partir da percepção dos profissionais de saúde do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ).	A perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu, sua sociologia da prática, com destaque para as noções de habitus e campo, auxiliaram na análise e interpretação, sendo crucial para a compreensão das relações entre práticas e formação profissional dos agentes.
2017/ Ulises Prieto y Schwartzman; Valney Claudino Sampaio Martins; Luciana Souto Ferreira; Volnei Garrafa	Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da bioética.	Revista Bioética	Estudo retrospectivo de frequência.	Discutir o emprego do referencial da interdisciplinaridade como fundamento do processo de ensino-aprendizagem em determinada realidade educacional.	A epistemologia da bioética encontra na interdisciplinaridade o referencial inerente e fundamental para seu processo de ensino-aprendizagem.
2017/Adriana Barin de Azevedo; Luciane Maria Pezzato; Rosilda Mendes	Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas	Saúde em Debate	Relato de Experiência	Investigar alguns aspectos do trabalho interdisciplinar, interprofissional e comum do processo formativo.	A partir da análise da experiência de um módulo curricular, em uma formação em saúde, por meio dos textos de apoio, do referencial teórico-metodológico e das avaliações dos estudantes, pode-se pensar o quão desafiador é produzir experiências interdisciplinares e interprofissionais, ao longo do processo formativo.
2017/ Sharmênia de Araújo Soares Nuto; Francisco Cristovão Mota Lima Júnior; Ana Maria Chagas Sette Camara; Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves	Avaliação da disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde	Revista Brasileira de Educação Médica	Estudo transversal, observacional, descritivo e de abordagem quantitativa.	Compartilhar uma experiência de educação interprofissional, em que se buscou avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes em uma universidade.	A média geral de desenvolvimento de competências colaborativas de todos os participantes da pesquisa foi de 108,8, não havendo diferença significativa por curso (p-valor = 0,947). Ainda foi analisado que os alunos concluintes possuem menor potencial para desenvolver competências colaborativas (107,93) do que os intermediários (108,7) e ingressantes (110,3) (p-valor = 0,0052).
2017/ Thaise Anataly Maria de Araújo; Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de	Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o	Interface: Comunicação, Saúde e Educação	Estudo com abordagem qualitativa.	Buscou-se compreender a percepção de residentes e preceptores sobre a multiprofissionalidade e a interprofissionalidade de uma Residência Integrada	Apesar dos avanços percebidos, a viabilização da interprofissionalidade ainda se configura como um desafio do setor saúde. Nesse contexto, os processos formativos contínuos,



Vasconcelos; Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa; Franklin Delano Soares Forte	olhar de residentes e preceptores			Multiprofissional em Saúde Hospitalar.	com base na educação interprofissional, constituem ferramentas estratégicas.
---	---	--	--	---	--

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

De acordo com o objetivo do estudo que visa compreender os conceitos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade baseado na produção científica e promover o esclarecimento dos mesmos a partir da visão de vários autores, os resultados encontrados permitiram emergir várias perspectivas que favorecem o esclarecimento dos conceitos e a interface com a bioética.


DISCUSSÃO

Para estruturar a discussão, os resultados foram esquematizados em duas categorias: **1) A Comunicação Interprofissional; 2) A Interdisciplinaridade e sua interface com a bioética.**

A Comunicação Interprofissional

O trabalho colaborativo em equipe colocando em prática o conhecimento e a potencialidade de cada profissional tem sido uma necessidade frente às mudanças exigidas pelas políticas públicas com o intuito de atender as demandas sociais. No entanto, no cotidiano da prática em saúde ainda perpetua o cuidado fragmentado que super valoriza o trabalho individualizado. Para o enfrentamento dessa realidade, apresenta-se o trabalho interprofissional que tem como característica a aplicabilidade de conhecimentos e ações de profissionais de diversas áreas para um bem comum, com objetivo de melhorar a qualidade da atenção e do cuidado com o indivíduo (AGRELI *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2017).

A comunicação interprofissional é um instrumento que favorece a interação entre os profissionais e esta pode ser colocada em prática em reuniões para a equipe com diálogo aberto, avaliação de desempenho, feedback e treinamento. Em relação ao conceito e aplicabilidade da interprofissionalidade para que ela ocorra deve haver comunicação entre os profissionais que precisam conversar, discutir e entrar em ação para o cuidado com o usuário. Se não houver esse




processo comunicativo, a ação interprofissional não será viabilizada (MOREIRA *et al.*, 2019). Assim, a literatura aponta que a comunicação favorece a atuação interprofissional no contexto da Atenção Primária a Saúde, pois possibilita o aumento de conhecimento acerca do manejo das condições crônicas e isso depende de como é feita a abordagem para aplicação da educação interprofissional (AGRELI *et al.*, 2019).

Em estudo longitudinal realizado com 2005 egressos dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, destacou-se o relato dos participantes em relação à trajetória formativa em currículo inovador, interprofissional e interdisciplinar, retratando a oportunidade evidenciada da prática colaborativa e interprofissional como importantes para o desenvolvimento, construção e reforço da identidade profissional em cada área de formação, mediante o reconhecimento das especificidades das outras áreas favorecendo as práticas colaborativas (ROSSI *et al.*, 2018).

Em outro estudo conduzido com estudantes da área da saúde, a estratégia pedagógica de expor os estudantes ao contato com outras profissões para discussões e abordagem de diferentes aspectos do trabalho em saúde, trouxe como desfecho que tais questões indicam as potencialidades de intervenções em comum e os desafios da supervisão docente para sustentar a experiência dos estudantes além de possibilitar a constituição de uma clínica que valorize a perspectiva dos usuários (CAPOZZOLO *et al.*, 2018).

Nessa discussão, a educação interprofissional na atenção à saúde poderá auxiliar no desenvolvimento de competências transversais em ética e bioética referentes às atitudes profissionais diante de dilemas éticos do dia a dia da prática em saúde, além de reforçar as atitudes para o trabalho colaborativo em equipe, por meio de um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Tais competências terão um grande impacto no trabalho colaborativo interdisciplinar e interprofissional em equipe (OPAS, 2017; LAMERS; TOASSI, 2018). O trabalho interprofissional pode ser diferenciado de vários outros conceitos, por exemplo, o de multiprofissional. A interprofissionalidade ganha destaque pela definição como trabalho em conjunto com diferentes profissionais de diversas áreas necessitando de interação, desenvolvendo identidade de equipe e buscando o cuidado integral. Já a perspectiva multiprofissional é constituída por vários profissionais, entretanto não compartilham objetivos (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018; NUTO *et al.*, 2017).

A prática de colaboração interprofissional é um tipo de estratégia de trabalho que consiste em uma partilha de saberes entre diferentes profissões, compartilham de experiências,



habilidades e especialidades para objetivo em comum (ARRUDA; MOREIRA, 2018). É desafiador produzir experiências interdisciplinares e interprofissionais, ao longo do processo formativo e na interface com a prática em saúde (AZEVEDO; PEZZATO; MENDE, 2017).


A Interdisciplinaridade e sua interface com a Bioética

As concepções e limites na prática da interdisciplinaridade no mundo contemporâneo e a excessiva especialização em áreas específicas das profissões contribuem para um cuidado fragmentado. A interdisciplinaridade ocorre quando duas ou mais pessoas relacionam seu conhecimento, conceitos e estudos para aprofundar o conhecimento da equipe com objetivo em comum.

A interdisciplinaridade representa a troca de conceitos, teorias e métodos entre as diferentes disciplinas, desenvolvendo-se baseada na cooperação entre os saberes, de modo que os grupos que detêm diferentes conhecimentos trabalhem de maneira integrada. Desse modo, para que a saúde possa ser compreendida em toda a sua dimensão, são indispensáveis saberes capazes de articular dinamicamente os aspectos social, psicológico e biológico, entre outros (CARPES *et al.*, 2016). Assim, a interdisciplinaridade é um exercício para uma prática inovadora voltada para a integralidade do cuidado com respeito a pluralidade moral, concepção que é abarcada pela bioética.

Aponta-se ainda que a adoção teórico-prática do referencial da interdisciplinaridade é essencial para desenvolver a bioética como campo do saber. Tendo em vista, que novos e antigos desafios impõem soluções, os profissionais da área – em consonância com conhecimentos, valores e experiências diversas, possibilitadas pela interdisciplinaridade – devem estar aptos para agir de forma condizente com a realidade contemporânea e os conflitos dela derivados (SCHWARTZMAN *et al.*, 2017).

De modo geral, a abordagem interdisciplinar pode ser considerada relativamente recente. A distinção entre uni, pluri, multi, inter e transdisciplinar pode ser reconhecida tanto na interação entre sujeito e objeto quanto na produção de práticas (CARPES *et al.*, 2016). Já a interprofissionalidade, classifica-se como uma das melhores formas de se enfrentar os desafios complexos do setor saúde e a concretização da Interdisciplinaridade. Ao mesmo tempo em que esta última diz respeito à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, a interprofissionalidade condiz à prática profissional em que se desenvolve o trabalho em equipe



de saúde, articulando diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário (AGRELI *et al.*, 2019; ARAÚJO *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi possível esclarecer conceitos e compreender que existe uma relação importante entre a interdisciplinaridade e interprofissionalidade, ambas estão envolvidas com disciplinas e áreas profissionais de conhecimentos diferentes que quando associadas se potencializam para o alcance de um objetivo comum. Dessa forma, o trabalho em equipe de forma colaborativa e com a comunicação eficiente entre os diferentes sujeitos são importantes ferramentas para a prática da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Ademais, nota-se a essencialidade dessas estratégias nos dias atuais para o cuidado efetivo ao indivíduo e sociedade em consonância com os fundamentos da ética e bioética.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F., PEDUZZI, M., SILVA, M. C., MASCARELLE, R. C. V., ESPINOZA, P. Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 27:e3203. . 2019. [Acesso em 23 Março 2020]; Available in: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692019000100384&script=sci_arttext. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>.

ARAÚJO, T. A. M., VASCONCELOS, A. C. C. P., PESSOA, T. R. R. F., FORTE, F. D. S. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu) [online]**., vol.21, n.62; 2017. [Acesso em 23 Março 2020], pp.601-613. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000300601&lng=en&nrm=iso . DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295> .

ARRUDA, L. S., MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface (Botucatu) [online]**. 2018, vol.22, n.64 [Acesso em 25 Abril 2020], pp.199-210. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100199&lng=en&nrm=iso DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613> .

AZEVEDO, A. B., PEZZATO, L. M., MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. **Saúde debate [online]**. 2017, vol.41, n.113 [Acesso em 25 Abril 2020], pp.647-657. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200647&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711323>.

BARROS, N. F., SPADACIO, C., COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, [Acesso em 25 Abril 2020] p. 163-173, setembro 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500163&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>

CAPOZZOLO, A. A., CASETTO, S. J., NICOLAU, S. M., JUNQUEIRA, V., GONÇALVES, D. C., MAXIMINO, V. S. Formação interprofissional e produção do cuidado: Análise de uma experiência. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 2). [Acesso em 24 Abril 2020] pp.1675-1684. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601675&lng=en&nrm=iso. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>

CARPES, A. D., SANTOS, B. Z., MORAIS, C. B., BACKES, D. S., MARTINS, J. S., KRAUSE, L. M. F. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 13, n. 2, [Acesso em 26 Abril 2020] p. 145-151, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/999>.

CARVALHO, V. L., TOMAZ, J. M. T., TAVARES, C. H. F. Interprofissionalismo e interdisciplinaridade na formação acadêmica: a percepção dos formandos em fisioterapia. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 908-915; 2018. [Acesso em 23 Março 2020]. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230195>. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230195p908-915-2018>

FARIAS, D. N., RIBEIRO, K. S. Q. S., ANJOS, U.U., BRITO, G. E. G. Interdisciplinario e Interprofesionalidad en la estrategia salud de la familia. *Trab. educ. saúde* [online]. 2017, vol.16, n.1 [Acesso em 23 de Março de 2020], pp.141-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462018000100141&lng=en&nrm=iso. Epub Dec 11, 2017. ISSN 1981-7746. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>.

GOLDIM, J. R. (1997). Bioética e interdisciplinaridade. **Educação, Subjetividade & Poder**, 4(1), 24-8. [Acesso em 23 Março 2020]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/biosubj.htm>

GUSMÃO, R. O. M., ROCHA, S. F., URCINO, A. T. A., SOUZA, B. S. R., XAVIER, M. D., LADEIA, L. F. A. *et al.* A Violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde e Pesquisa**, v. 11 [Acesso em 23 Março de 2020, n. 3, p. 603-612, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6516/3300>

LAMERS, J. M. S., TOASSI, R. F.C. R. Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco. **Saberes plurais: educação na saúde**, V. 2 |N. 2 |AGOSTO 2018.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

MOREIRA, F. T. L. S., CALLOU, R. C. M., ALBUQUERQUE, G. A., OLIVEIRA, R. M. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e



promoção da segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** 2019;40(esp):e20180308 [Acesso em 24 de Abril 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180308.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180308>

NUTO, S. A. S., LIMA, JUNIOR, F. C. M., CAMARA, A. M. C. S., GONÇALVES, C. B. C. Avaliação da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2017, vol.41, n.1 [Acesso em 25 Abril 2020], pp.50-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100050&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1rb20160018>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Educação interprofissional na atenção à saúde:: melhorara capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 dedezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017

RIOS, D. R. S., SOUSA, D. A. B., CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. v. 23 , 2019. [Acessado 23 Março 2020], e180080. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>.

ROMAN, A. R., FRIEDLANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada a enfermagem. *Cogitare Enferm.* 1998;3(2):109-12.21.

ROSSIT, R. A. S., FREITAS, M. A. O., BATISTA, S. S. H. S., BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(Supl. 1):1399-410. [Acesso em 24 Abril 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000501399&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>

SCHWARTZMAN, U. P., MARTINS, V. C.S., FERREIRA, L. S., GARrafa, V. Interdisciplinaridade: referencial indispensável ao processo de ensino-aprendizagem da bioética. **Rev. bioét.** (Impr.). 2017; 25 (3): 536-43.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.



CAPÍTULO 22

A AÇÃO DA SHIATSUTERAPIA NAS DORES DE COLUNA VERTEBRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniele Mendes da Silva, pós-graduada em enfermagem cardiológica, UNI-RN

Edilene Castro Santos, Mestre em enfermagem, UFRN

Maria Samara Caetano de Araújo, graduada em Enfermagem, FACEX

RESUMO


Na atualidade o processo de adoecimento e as dores agudas e crônicas relacionadas ao seguimento da coluna vertebral impossibilitam os indivíduos de executar suas tarefas cotidianas, levando-os a uma queda da renda familiar. Para muitos profissionais é via de regra instituir fármacos no controle da dor. Entretanto, para a atual medicina é um desafio o controle das algias, seja ela aguda ou crônica, sendo assim, necessária a atuação de outras terapias para complementar. A shiatsuterapia oriunda da Medicina Tradicional Chinesa vem na atualidade proporcionar qualidade de vida aos que sofrem com dores na coluna vertebral, uma vez que trata o indivíduo em sua totalidade. O objetivo deste trabalho é descrever a ação da shiatsuterapia nas dores da coluna vertebral. Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. A coleta de dados e a interpretação do conteúdo aconteceu por meio de diário pessoal e descrição do relato nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, dentro do projeto: Práticas Integrativas e Complementares do UNI-RN no ano de 2016. Foram realizadas 10 sessões de shiatsu, onde notou-se que tanto a dor quanto o estado de ânimo modificaram-se claramente. A cada sessão a paciente relatava como se sentia, e, constatava-se por meio da verbalização a melhora nas dores de coluna, no sono e diminuição da ansiedade. Conclui-se que é de suma importância para a comunidade a implantação das terapias integrativas pelo Sistema Único de Saúde, visto que, a população busca um cuidado voltado para diminuição dos efeitos farmacológicos, bem como sua automedicalização.

PALAVRAS-CHAVE: Coluna Vertebral. Dor Aguda. Dor Crônica. Shiatsu. Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade a associação de várias doenças confronta o processo de saúde da população, pois, percebe-se o surgimento de enfermidades na coluna vertebral que, de modo desconfortante, associam-se com quadros de dores agudas e crônicas e passam a impossibilitar os indivíduos de executar suas tarefas cotidianas, levando-os a uma queda da renda familiar.

A dor na coluna vertebral constitui um fator de inutilidade do homem, sem distinguir idade ou etnia; fazendo uma associação dos dados estatísticos existentes na literatura, esse agravo tem estado de frente ao Sistema Nacional de Saúde, pois é caracterizado com afastamento, tratamento e conseqüente aposentadoria prematura de trabalhadores, que sofrem com esse mal, constata-se também sua prevalência em crianças, uma vez que há um aumento



dos gastos com essa comorbidade, seja no Sistema Único de Saúde (SUS) ou em clínicas particulares. (SALVETTI et al, 2010).


Vale (2006), considera, para que os processos álgicos venham a cronificar-se, ele passa por transcurros psiconeuroendócrinos que, são fases adaptativas com complexa resolução clínica, ou seja, de difícil diagnóstico; esses processos são desencadeados por doenças degenerativas e crônicas em evolução. No entanto, seu agravamento pode ser favorecido por fatores externos e ambientais.

Em um estudo realizado por Ferreira (2011), observa-se que, 63,1% dos entrevistados sofreram com dor nas costas nos últimos 12 meses. Os dados foram coletados com pacientes adultos que tinham idade média entre 20 e 69 anos, vale salientar que todos eram trabalhadores. A prevalência de dor lombar foi de 40%, dor torácica 36% em quanto as dores cervicais possuem um escore menor de 24% de prevalência. Um montante de 39,1% desses sujeitos relatou que, as dores vieram a impossibilitá-los de trabalhar. Nessa perspectiva, salienta-se a predominância da dor aguda, que foi marcada em 34,1% dos entrevistados; mesmo a dor crônica sendo expressa em 18,9% dos trabalhadores, é de fundamental importância dar atenção a essa cronificação, pois, ela é marcada por meses ou anos com um quadro álgico insistente e incapacitante.

O *shiatsu* é uma prática complementar implantada pelo Ministério da Saúde, sua base é fundamentada junto à acupuntura, porém são práticas distintas. É também um recurso terapêutico que em sua totalidade apresenta um mecanismo de prevenção de agravos e recuperação dos sujeitos. (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, o corpo apresenta um plano tátil de comunicação em que, dependendo da profundidade exercida pelo terapeuta, será instituída uma comunicação entre os órgãos e diferentes partes do corpo; são caracterizados como pontos de alarmes ou energéticos. Esses pontos são encontrados mediante contato físico de pressão exercido sobre a pele. (RAPPENECKER, 2008).

O *shiatsu* significa pressão com os dedos, esse trabalho corporal foi originado no Japão, assim sendo, essa técnica inclui a estimulação de pontos. Essa prática é implantada por intermédio da mão, polegares, cotovelos e antebraços. Por ser uma técnica baseada na Medicina Tradicional Chinesa, seu princípio básico é buscar equilíbrio dentre as várias forças existentes onde o foco é o bem-estar e a prevenção de doenças. (CHOU, 2009).



Por tanto, as enfermidades ligadas à coluna vertebral sendo elas associadas ao grande afastamento do emprego e atividades prazerosas, apresentam nos pacientes diagnósticos do tipo: baixa autoestima evidenciada por incapacidade de realizar tarefas corriqueiras; desesperança evidenciada por indicação verbal; dor aguda evidenciada por expressão facial e relato verbal; dor crônica evidenciada por depressão e relato verbal de dor; isolamento social evidenciado por doença. (NANDA, 2007).

Sendo assim, entender o significado que as cargas sentimentais e psicológicas desencadeadas por processos dolorosos acarretam aos pacientes é a premissa inicial, todavia, pode-se consolidar a conexão que existe entre corpo e o meio e, instituir uma forma terapêutica que traz qualidade de vida e prevenção de agravos.

Diante do exposto, teve a seguinte pergunta norteadora: qual é a ação da shiatsuterapia nas dores da coluna vertebral?


Por conseguinte, o presente trabalho justifica-se em razão do índice elevado de incidência das enfermidades que acometem a coluna vertebral que, são relacionados à grande influência de fatores emocionais, comportamentais e psicológicos; busca evidenciar a eficácia do *shiatsu* no controle da dor e concomitantemente abranger um público que busca diminuir o uso e os efeitos colaterais dos fármacos instituídos para dor.

O anseio em estudar tal temática aconteceu devido à participação do projeto: Práticas Integrativas e Complementares do UNI-RN, que aconteceu nas Clínicas Integradas todas as quintas-feiras, onde se vivenciou atendimentos a pacientes com histórico de dores em coluna vertebral.

Por consequência, o objetivo deste relato é descrever a ação da shiatsuterapia nas dores da coluna vertebral.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A coluna vertebral é dividida em três segmentos: cervical, dorsal e lombar, no entanto, as afecções que acometem a coluna são mais de 50 tipos diferentes e compreende quaisquer dos segmentos. Desse modo, a dor nessa região não provém apenas de doenças específicas, mas sim, a um aglomerado de fatores. Merecem destaque, os fatores sociodemográficos, comportamentais e exposições do cotidiano. (CHOU, 2009).



A lombalgia mecânico-postural, segundo o autor referido no trecho anterior, faz parte desse montante de algias descrita pela população acometida. É desencadeada por um desequilíbrio funcional em suportar as cargas de trabalho cotidianos.


Dividindo-se os grupos musculares e ossos constituintes da coluna vertebral, os quadros de dores são específicos a cada parte. Nessa continuidade, a região lombar apresenta disfunção dolorosas mediadas pela a instabilidade óssea e principalmente, por uma musculatura fragilizada. (CHOU, 2009).

Conforme Brazil et al (2004), os fatores desencadeantes das doenças e os causadores de incapacidades e morbidade são: síndromes depressivas, obesidade, hábitos posturais, fatores genéticos, sedentarismo e condições emocionais. Esse último constitui um fator importante no agravamento da dor e em sua cronificação. Alguns desses achados são correlacionados com exames de imagem e história clínica dos pacientes, existem dois elementos que corroboram com esses fatores, são eles: a intensidade e horário de aparecimento da dor; essa algia dependendo de sua localização não desaparecerá quando em repouso.

A dor lombar na grande maioria dos casos é desencadeada por tensão muscular, consequência da má postura, forma errada para deitar ou sentar, logo, não se caracteriza por doença, pois pode ser desencadeada por diversos fatores inclusive os emocionais. (BRASIL, 2009).

Um estudo feito em pacientes com dores crônicas, mostra que a tensão exercia um impacto na circulação do sangue até os músculos das costas. Essa tensão fazia com que os vasos que transportam esse sangue até os músculos e nervos se contraíssem, reduzindo o oxigênio dos tecidos. O resultado disso eram espasmos dolorosos e o acúmulo de resíduos metabólicos nos músculos. Por conseguinte, a circulação que tem como função levar as substâncias residuais das células para os órgãos excretores, como rins, intestino e pele não o fazem e, ocorre então, um acúmulo de resíduos metabólicos nos músculos, gerando diagnósticos de fibromialgia, fibrosite, miofascite, lesão por esforço repetitivo entre outros. (COLBERT, 2013).

Em vista disso, corroborando com o exposto, Amaral (2010), correlaciona que a dor lombar crônica quase sempre é acompanhada de alterações psicológicas, principalmente quando essa dor é caracterizada com impossibilidade de executar as tarefas cotidianas e eventual afastamento do trabalho. O mesmo realizou um estudo com pacientes que iriam fazer uma cirurgia para corrigir uma discopatia degenerativa, seu objetivo era evidenciar quantos desses pacientes que sofriam com dor apresentavam concomitantemente quadros de depressão,




ansiedade e desesperança. Em uma retórica sobre esse achado, essas alterações psicológicas intensificam os sintomas da doença, marcando severamente esses pacientes com uma piora no seu transtorno psicológico.

Os sintomas depressivos aparecem com frequência em pacientes lombalgicos. Isso ocorre mediado, pela incapacidade de realizar os afazeres, são indivíduos acometidos por dores intensas e prolongadas. Existe um aspecto negativo relacionado a essa comorbidade, levando em consideração o Sistema Único de Saúde, pois essa insuficiência da coluna será um mediador do número elevado de consultas médicas, exames, medicamentos entre outras coisas geradoras de gastos exorbitantes. (SALVETTI, 2012).

As múltiplas doenças que acometem a coluna são tratadas ou curadas (quando assim possuem cura), com cirurgias e tratamentos medicamentosos. Os medicamentos instituídos no controle da dor são: o Acetaminofem, que pode provocar toxicidade se usado em grande quantidade; os opióides também são prescritos, porém há uma contrariedade se sua prescrição for para pacientes de lombalgias crônicas, pois provocam dependência; os antiinflamatórios não hormonais possuem efeito analgésico, mas deve ser evitada sua prescrição em idosos, pois ele leva a vários efeitos indesejáveis; Relaxantes musculares trazem alívio da dor, no entanto deve ser usado com cautela, pois ele traz complicações ao organismo. Vários outros fármacos são utilizados, mas esses já demonstram as complicações e agravos que cada um acarreta ao organismo. (BRASIL, 2004).

Para muitos profissionais é indispensável instituir tratamentos farmacológicos. No entanto, Vale (2006), reconhece que para a atual medicina é um desafio o tratamento da dor, sendo necessária a atuação de outros profissionais, como por exemplo: enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo entre outros. Assim sendo, o equilíbrio das funções fisiológicas e emocionais ocorre por meio de alimentação saudável, vida regrada e natural. Com isso, o organismo terá bom funcionamento e responderá de modo eficaz as agressões ambientais. O conjunto de boas práticas, como o não sedentarismo é essencial ao cérebro emocional, e, o estresse crônico produz ansiedade e depressão com impacto negativo.

Não obstante, segundo a constituição, mais precisamente no artigo 3º da Lei 8080/90 tem-se, a saúde como determinantes e condicionantes, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, renda a educação a atividade física, transporte e lazer, Brasil (1988). Desse modo, fica claro que o ser humano deve estar em completa harmonia com seu corpo e meio onde vive, para com isso, fortaleça sua psique e tenha serenidade e tranquilidade dando a



saúde emocional motivos para passar qualquer dor aguda ou crônica sem cair nas mazelas internas. (CURY, 2013).


Tendo em vista a complexidade que é o ser humano e que várias ações são necessárias para o tratamento de um todo a shiatsuterapia oriunda da Medicina tradicional chinesa (MTC) que vem na atualidade proporcionar qualidade de vida, toma como base as práticas complementares, que deveria ser chamada de práticas indispensáveis, posto que promove além de tudo prevenção a doenças e traz qualidade de vida.

Por conseguinte, o sistema médico tradicional e integral da China foi desenvolvido há milhares de anos, sendo este denominado de Medicina Tradicional Chinesa, é um sistema complexo que visa a integridade das partes, sua fundamentação tem base na teoria do yin-yang, onde busca nortear os seres a entender o equilíbrio do todo ou opostos que se completam. A MTC possui como base também a teoria dos cinco movimentos, são estes: madeira, terra, metal, fogo, água; esses elementos são usados na anamnese dos pacientes, descrevendo o perfil e provável tratamento para denominada comorbidade existentes, oriundas do seu elemento. (BRASIL, 2015).

A teoria dos cinco elementos fundamenta-se a partir dos fenômenos da natureza que nos regem. A MTC afirma que essas 5 (cinco) fases não compõem a matéria em si, mas, consegue com distinção e propriedade descrever suas transições. (JARMEI, 2010).

O elemento água é associado as qualidades do Yin, é representado pelo inverno e repouso; associa-se aos órgãos rim e bexiga. Um indivíduo com desordem em seu elemento água, apresentará medo e timidez. O elemento madeira é mais Yang e primavera, seu órgão predominante é fígado, uma desordem energética é associada a odores ruins. O fogo é um elemento yang, retratado pelo verão, o órgão em predominância é o coração e intestino delgado; uma característica das pessoas desse elemento é o fato de ser emocionalmente inconstantes. A terra relaciona-se ao fim do verão, que segundo a MTC é uma qualidade Yin; está ligado intimamente aos órgãos baço e estômago, seres desse elemento são extremamente ansiosos. Por fim o metal correlaciona-se ao outono, é preeminente Yin; seu órgão prevalecente é o pulmão. No entanto, o homem pode apresentar qualidades de mais de um elemento. (JARMEI, 2010).

No Brasil as práticas integrativas são instituídas e ganham valor, no tocante a sua administração em postos de saúde, mediante a portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, onde os terapeutas desenvolvem seu trabalho e permitem que a coletividade venha a conhecer uma modalidade do cuidar caracterizada por uma abordagem que garante bem-estar físico, mental e



social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde, fato esse preconizado e confirmado pela lei nº 8.080/90. (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, o estado do Rio Grande do Norte (RN), aprovou no ano de 2011 a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do RN – PEPIC/RN. Esta política, portanto, atende às diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, do Plano Estadual de Saúde, do Plano Diretor de Regionalização, do Plano Plurianual e da Programação Pactuada Integrada do SUS no RN. (BRASIL, 2011).


Chou (2009), afirma que a digitopuntura é eficaz no controle e tratamento de inúmeras doenças, principalmente quando essas estão em seu curso inicial, são exemplos: resfriado, tosse, asma, dor abdominal, vômito, enjoos, diarreia, disenteria, insônia, epilepsia, neurastenia, paralisia facial; é indicada em problemas que tem como origem os órgãos reprodutores, como por exemplo, na espermatorreia, impotência, dismenorreia, leucorreia; é indicado na epistaxe, dor de dentes, enurese infantil, é utilizada também nas dores causadas por distensão, torções, em eventos traumáticos com insetos e em urgências de desmaios.

A terapêutica *shiatsu*, é aplicado com a finalidade de promover relaxamento, analgesia, melhorar a circulação sanguínea e linfática, aliviar dores, ansiedade e tensão. Por conseguinte, é uma terapia que promove o bem-estar físico e espiritual desencadeando a calma e propiciando o descanso. Fica explícito seu envolvimento com uma melhor qualidade vida e saúde. (CARDOSO et al, 2014).

A MTC discorre que a coluna vertebral provém do Shen Qi, onde a tradução seria "Mente/Energia" (Rins), dependendo do Qi pode surgir uma alteração energética, que agirá na funcionalidade orgânica do Zang Fu (Orgãos/Víceras). Logo, as dores que venham a acometer a coluna vertebral seguem o canal de energia da bexiga, que se inicia no ângulo interno do olho passando pelo pescoço, dorso, lombo sacro que ainda possuem ligações com rim entre outros caminhos energéticos. (CHOU, 2009).

Os distúrbios de Ki podem ser provocados por desequilíbrios emocionais, fatores ambientais, como excessivo frio ou calor, doenças provocadas por microrganismos, dieta deficiente de nutrientes e postura corporal inadequada. O ki em excesso em determinada área corporal, resulta em ausência de movimento e irritabilidade. (JARMEI, 2010).

Para o autor citado, na medicina oriental, até a técnica simples de aplicação do *shiatsu* provocará efeitos tremendamente positivos e energizantes, aumentando consideravelmente o



sistema imune. Isso ocorre, pois associa-se ao retorno parassimpático do sistema nervoso autônomo, levando o indivíduo a um relaxamento demasiado.

A enfermagem vem assumindo um papel importante no que diz respeito à aplicabilidade das práticas integrativas. Segundo Santos (2007), qualquer profissional da área da saúde pode buscar conhecimento e qualificação acerca das práticas, em função disso, promover uma assistência efetiva aos pacientes.

A qualificação e a constante melhoria do serviço prestado pelo profissional enfermeiro, baseia-se no planejamento das ações exercidas para se chegar a um denominador comum, o cuidado integral e fundamental aos sujeitos. Estes devem dispor dos insumos necessários para garantir qualidade de vida e continuidade do cuidar.


O terapeuta deve ter atenção redobrada no que concerne o tratamento do paciente, dando especial atenção ao seu diagnóstico baseados também na MTC. Em consequência, as práticas devem ser observadas por um ângulo diferente, buscando compreender o desencadear das doenças no organismo, com isso, o profissional deve implementar um tratamento eficaz, entendendo ainda, que a possível problemática a ser tratada é fruto de dimensões emocionais, espirituais e ambientais. (PARANAGUÁ, 2008).

3 MÉTODO

Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência.

A pesquisa descritiva possui como base, delinear o indivíduo ou ambiente estudado, abordando diversas formas, promovendo assim, descrição da pesquisa, registro, análise e principalmente uma sucinta interpretação dos fenômenos perscrutados, que devem ser atuais, acerca do instrumento investigado. Desse modo, corroborando com essa afirmativa, caracterizar também seu funcionamento na atualidade esclarecendo ou modificando ideias erradas. (MARCONI E LAKATOS, 2015).

A pesquisa qualitativa busca interpretar de forma minuciosa o caso estudado, fazendo assim, um aprofundamento da realidade, onde o pesquisador é a chave principal que irá escolher e delimitar o tempo e espaço para descrever os resultados encontrados por meio de detalhada observação dos acontecimentos inerentes ao projeto. (OLIVEIRA, 2011).



Brevidelli e Sertório (2010), considera; a pesquisa qualitativa é uma busca por significados, crenças, princípios e propósitos que ocorrem naturalmente no cotidiano. É uma procura pelo significado das coisas ou pessoas em torno do seu ambiente natural, sem interromper o curso dos acontecimentos, portanto, é a procura por entendimento mediante a natureza da vivência dos fatos.

O relato de experiência é uma abordagem que remete a documentações de vivências humanas seja qual for a área referida marcando eventos adversos. Segundo Figueiredo e Souza (2011), a mensagem escrita e sua análise são cruciais para o desenvolvimento da pesquisa, podendo se basear na utilização de livros, revistas e diários pessoais entre outras fontes escritas.


Seguindo essa linha, a coleta de dados e a interpretação do conteúdo acontecerá por meio de diário pessoal da aluna e de um instrumento construído com base na abordagem holística da MTC (APÊNDICE A), nas Clínicas Integradas do UNI-RN dentro do projeto: Práticas Integrativas e Complementares do UNI-RN, que aconteceu no período vespertino nas segundas-feiras do ano de 2016.

O projeto em questão tem como fonte norteadora implementar um cuidado voltado ao bem-estar dos pacientes que o procuram. Possui ainda como base, instituir uma terapêutica voltada a diminuir efeitos farmacológicos, implantando um método eficaz que além de tudo é fundamentado em uma prática milenar que discerne de qualquer outro cuidado voltado a romper a barreira da epiderme, como por exemplo os tratamentos cirúrgicos.

Como citado anteriormente, o projeto Práticas Integrativas e Complementares é alicerçado por graduandas do curso de enfermagem do UNI-RN, bem como a professora que norteia os passos para aprendizagem e aplicabilidade da técnica do *shitsu*.

As Clínicas Integradas são compostas por vários serviços voltados a proteção da saúde, controle de agravos e reabilitação da população que venha a procurar os serviços ofertados. São eles: fisioterapia, serviço social, atendimento em psicologia, vacinação, pré-natal (esse serviço é realizado por um (a) enfermeiro graduando e uma professora da instituição), auriculoterapia, shiatsuterapia entre outros.

A análise dos dados ocorreu por meio do relato de experiência das sessões que foram registrados em um diário de campo, realizadas no período de estágio da graduanda que tomou como base dores em coluna vertebral. As informações foram compiladas em um quadro sinótico. Conquanto, apoiando-se nos documentos a apreciação dos fatos de forma fidedigna,



ocorre com isso, uma sistematização e essas informações são descritas exatamente como ocorreram. (FIGUEIREDO E SOUZA, 2011).

4 RESULTADOS

Relato do caso


A narrativa deste relato conta de duas partes, baseados no diário de campo e descrição dos atendimentos que foram feitos nas Clínicas Integradas do UNI-RN, caracterizando, o atendimento e evolução de pacientes mediante implementação da shiatsuterapia montados em um quadro.

Inicialmente a preceptora da prática atrelou uma estratégia metodológica para descrever como ocorreria a abordagem dos pacientes. Tomou como norte a Medicina tradicional Chinesa (MTC), para definir o elemento dos pacientes que perpassariam as clínicas, logo a abordagem a esses usuários é feita pelos alunos.

Nesse sentido, foi utilizado para descrever o atendimento os dados contidos no diário de campo, ou seja, seu passo a passo, para demonstrar a eficácia do *shiatsu*. Após a primeira consulta foi constatado o elemento de um determinado paciente e apoiando-se nisso, definiu-se os pontos a serem pressionados em uma sessão com durabilidade de uma hora. A sala dos atendimentos tinha uma ambiência compatível para a terapêutica, com aromatizador e música relaxante, proporcionando um estado de calma e bem-estar.

O presente caso é do M.F. de 51 anos de idade com queixas de dores em coluna vertebral a mais de 10 anos, Passa períodos sentado, trabalha em um escritório por aproximadamente 8 horas por dia. Relatou que seu quadro algíco piora principalmente por ficar no mesmo decúbito e ser sedentário. Apresenta com regularidade cefaleias, tenções na cervical, constipação nasal, má digestão e dores em membros inferiores. Refere que quando a dor se intensifica, posteriormente esse individuo precisa ser afastado por alguns dias do labor. A conduta terapêutica escolhida foi o *shiatsu*, com sessões de aproximadamente 1(uma) hora, com o intuito de diminuir a dor e reverter estados de tensão e estresse.

Baseando-se na prática milenar, o indivíduo deve ser tratado priorizando o cuidado com as disfunção de Ki. Abordando os canais ou Tsubos a serem pressionados, dando devida magnitude ao que iria melhorar, nesse sentido, minimizar particularmente as dores. Inicialmente verifica-se os pontos de alarmes nos órgãos energéticos.



Jarrei (2010), descreve os meridianos, listando os principais. Se somam 14 e cada um é descrito por um número e uma letra, desse modo representam o órgão afetado, ou seja, com Ki deficiente. São eles: pulmão/P; intestino grosso/IG; estômago/E; baço-pâncreas/BP; coração/C; intestino delgado/ID; bexiga/B; rim/R; circulação-sexo/CS; triplo aquecedor/TA; vesícula biliar/VB; fígado/F; vaso governador/VG.

Desta forma, os pontos escolhidos para um determinado tratamento que visava diminuir dores de coluna, foram: canal do estômago, canal do pulmão, canal da bexiga e dumai. Além desses citados, era feito reflexologia na face, cabeça e costas para potencializar o tratamento. Na segunda semana de tratamento o caso citado referiu menos ansiedade, principalmente no dia da aplicação do *shiatsu*; mencionou que após pressionados pontos nos membros inferiores sentiu conforto e diminuição da sensação de peso.

Na terceira e quarta semana um indivíduo descreveu o quanto diminuía sua dor cervical, dorsal e lombar, essa peculiaridade confere a eficácia da terapia, e, reveste a pessoa tratada de ânimo para dar continuidade às 10 sessões, almejando tranquilidade com a extinção algica.

As semanas posteriores foram configuradas com uma narração parecida, o quadro de ansiedade diminuía, assim como as queixas de insônia. O relato apreciado descrevia o quão estava satisfeito em poder dormir à noite toda e acordar revigorado. A diminuição do quadro crônico de dor na coluna denota o progresso esperado, e corrobora com a premissa, de que a terapia escolhida foi um fator crucial para a melhora em vários aspectos dessa afecção crônica e dos problemas trazidos pelo estresse.

O quadro 1 expressa a síntese das sessões realizadas durante os atendimentos de shiatsu terapia, bem como a evolução do paciente.


DIAS DE ATENDIMENTOS E HORÁRIOS	NÚMEROS DE SESSÕES	RESULTADOS
Setembro - dia 05; 17:00h	1ª sessão	Na primeira sessão a paciente descreveu diminuição do estado de ansiedade.
Setembro - dia 12; 17:00h	2ª sessão	A paciente relatou melhora na ansiedade, tensão muscular e congestão nasal, no mesmo dia da terapia.
Setembro - dia 19; 17:00h	3ª sessão	A paciente relatou melhora na ansiedade, insônia, depleção das dores na coluna vertebral.
Setembro - dia 26; 17:00h	4ª sessão	A paciente relatou melhora na ansiedade, insônia, depleção das dores na coluna vertebral, diminuição do desconforto no estômago após ingestão alimentar.
Outubro - dia 06; 17:00h	5ª sessão	A paciente relatou melhora na: ansiedade, insônia, depleção das dores na coluna vertebral. E, congestão no mesmo dia da terapia.
Outubro - dia 13; 17:00h	6ª sessão	A paciente relatou melhora na: ansiedade, insônia, tensão muscular; a sensação de peso em membros inferiores desapareceu no mesmo dia da terapia.
Outubro - dia 20; 17:00h	7ª sessão	A paciente relatou melhora na: ansiedade, insônia, tensão muscular; diminuição do desconforto no estômago após ingestão alimentar.
Novembro - dia 03; 17:00h	8ª sessão	A paciente relatou melhora na: ansiedade, insônia, tensão muscular; diminuição do desconforto no estômago após ingestão alimentar.
Novembro - dia 10; 17:00h	9ª sessão	A paciente relatou melhora na: ansiedade, insônia, extinção algica em coluna; sensação de peso em membros inferiores desapareceu no mesmo dia da terapia.
Novembro - dia 17; 17:00h	10ª sessão	A paciente relatou melhora na ansiedade, tensão muscular e, congestão nasal, no mesmo dia da terapia

Quadro 1. Síntese das sessões realizadas durante os atendimentos de shiatsu terapia. Natal, 2016.

5 DISCUSSÃO

Estudos mostram que as causas biomecânicas interferem diretamente nas dores lombar, sem distinção de idade (FURTADO, 2014).

Para Eberhardt et al (2011), mostra em seu estudo, realizado com profissionais enfermeiros; após a primeira semana de aplicação do *shiatsu* houve redução considerável da dor lombar. Na pesquisa referida os participantes mencionaram melhora em vários outros segmentos do corpo. Isso ocorre devido a correta implementação da terapia associado aos pontos específicos pressionados. Correlacionando esse achado com o exposto no relato, também se observou melhora significativa nas primeiras semanas com diminuição da dor lombar.




Conforme Kimura (2012), verificou em sua pesquisa com pacientes acometidos com fibromialgia que, a implementação da shiatsuterapia reduzia os quadros álgicos drasticamente, dando qualidade de vida, demonstrados com a melhora do sono, ansiedade e depressão. Por conseguinte, este autor verificou que ocorreu redução da dor já na primeira sessão de *shiatsu*, e, na terceira avaliação feita, a redução já era notável, em contrapartida, o número de faltas do trabalho por quadros álgicos não diminuiu. Nesta continuidade, configurando a análise deste relato, feito nas Clínicas do UNI-RN; a comparação dos resultados também corrobora com o achado do autor mencionado, pois houve indescritível reparo do sono e decremento da ansiedade.

Mediante estudo quantitativo em pacientes lombálgicos, Stefanello (2011), constatou mediante intervenção da shiatsuterapia, cem por cento de melhora em um determinado grupo tratado. Não obstante, dois participantes do estudo não consideraram o delir álgico. O autor discorre que tal achado se deve ao indivíduo ter uma grande disfunção interna ou ainda não dar credibilidade a terapia; esse fato acarretou no não desaparecimento das dores.

Melo (2013), considera que após a aplicação de 16 (dezesesseis) sessões de shiatsuterapia em pacientes fibromiálgicos, ocorreram melhoras no quadro álgico e conferiu qualidade do sono; ele ainda discorre que os resultados promissores apareceram após oito semanas da aplicação da técnica. Tal achado se deve a implementação do *shiatsu*, tratando o indivíduo de forma integral. Nesta perspectiva, o presente relato de experiência contrastou que o mencionado no parágrafo acima, também se consolidara, levando a constatar uma melhora gradual e global do corpo e estado de humor.

De acordo com Yuan (2012), a eficácia da terapêutica *shiatsu*, instituída para diminuição do quadro de lombocitalgia e ansiedade, conferiu para os participantes uma melhora significativa nas primeiras 4 (quatro) sessões. Com isso, caracteriza o fato inicial perscrutado com a proposta de que a shiatsuterapia, confere melhora e diminuição de agravos, no tocante, a coluna vertebral. Desse ponto de vista, no presente relato de experiência, também ocorreu melhora já nas primeiras sessões, com delir da dor nos segmentos cervical, dorsal e lombar.

Nas palavras de Megiato et al (2007), tanto a dor quanto o estado de ânimo modificaram-se eficazmente. Estudo este, feito em 12 pacientes que foram tratados com a técnica milenar *shiatsu*. Nesta concepção, o autor sugere ser preocupante o fato da faixa etária acometida por tal comorbidade, uma vez que, está ligada diretamente ao montante que sofre com absenteísmo trabalhista. São pessoas que estão no gozo das atividades e longe de aposentar-se. Seguindo



essa linha, a celeuma compilada pelo autor mencionado, da mesma forma, compõe o cenário referido neste relato, pois, o mesmo conferenciou narrativas de indivíduos que afastaram-se das funções diárias quando encontrava-se tomado agudamente por dores incapacitantes do segmento da coluna. Toda via, a shiatsuterapia deve ser instituída em continuidade e assiduidade para prevenir todos esses agravos.

6 CONCLUSÃO


As doenças com o passar dos anos modificam-se conforme o ritmo de vida. As horas em excesso trabalhadas e várias condições desgastantes, faz o homem adoecer de modo diferente; sai do contexto habitual epidêmico e entra nas crônicas degenerativas, como as repercussões musculoesqueléticas. As dores na região da coluna vertebral ganham destaque, pois promovem grande número de afastamento do trabalho.

Seguindo essa linha, a terapêutica instituída nas Clínicas do UNI-RN, o *shiatsu*, ganha valor em meio a muitos tratamentos agressivos estabelecido ao corpo, pois não traz danos e, aliado a uma correta acupressão ajuda a diminuir e debelar as dores cervical, dorsal e lombar, promove qualidade de vida e prevenção de agravos.

Nesse relato de experiência, constatou-se que após os primeiros atendimentos as disfunções de sujeitos tratados foram sanadas gradativamente. As dores que acometiam a coluna constantemente perderam intensidade; a reflexologia instituída em determinados pontos com disfunção de Ki, respondeu trazendo benefícios, como melhora do sono e diminuição da ansiedade, contribuiu também para o fortalecimento da saúde.

O profissional enfermeiro torna-se importante aliado na implementação da shiatsuterapia, porquanto é profundo conhecedor da parte funcional e anatômica do organismo. Possui capacidade em lidar com as diversas situações, promovendo no atendimento inspeção propícia, com essa postura, aliando os conhecimentos advindos da MTC, o cuidado passa a ser integral e chega com êxito aos objetivos dos indivíduos que buscam a terapia citada.

As dificuldades encontradas para a conclusão deste trabalho, relacionam-se principalmente com a falta de estudos sobre a temática, embora alguns autores abordem o tema proposto, muitos não contemplam a medicina tradicional chinesa ou mesmo fazem comparações acerca da desordem energética de cada órgão. Nessa continuidade, o indivíduo por não conseguir afastar-se dos fatores causadores e estimulantes do processo algico, da coluna



vertebral, adiaram o termino da terapia. Mesmo assim, a shiatsuterapia fomentou sua algia musculoesquelética, porém é probo salientar que essa terapia deve ser contínua.

Este relato de experiência demonstrou o quão eficaz é a terapêutica estudada no processo crônico de dor da coluna vertebral. Conseguiu em poucas sessões sanar problemas até mesmo de origem emocional promovendo bem-estar. Faz-se necessário mais estudos sobre esse tema, pois o meio acadêmico ainda carece de experiências e análises na área das terapias complementares.

No entanto, ao considerar a importância do nosso trabalho para a comunidade, é justo e impreterível a discursão acerca da implantação devida das terapias pelo SUS, visto que, a população busca um cuidado voltado para diminuição dos efeitos farmacológicos aliado a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. **Prevalência e a relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa.** São Paulo, 2010. v. 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-18512010000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lombalgia (dor nas costas): 10 perguntas frequentes.** Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. nov 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/186lombalgia.html>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

_____. **Política Nacional De Praticas Integrativas e Complementares no SUS.** 2 .ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

BRAZIL, A. V. et al. **Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombocitalgias.** São Paulo, 2004. v. 44. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000600005>. Acesso em: 9 fev. 2016.

BREVIDELLI, Maria Meimei; SERTÓRIO, Sonia Cristina Masson. **Tcc trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde.** 4. ed. São Paulo: érica, 2011. 225 p.

_____.Diagnóstico das lombalgias e lombicitalgias. **Revista Brasileira de Reumatologia,** São Paulo, v. 44, n. 6, p.419-425, 06 jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v44n6/05.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

CHOU, A. Tratamento de lombalgia por meio do shiatsu. in: STOLAI, B. FRANCO, R. CHOU, A. (Monografia em acupuntura). São Paulo, 2009. p. 29, 31.

COLBERT, D. (2003). Emoções mortais. Trad. Sob a direção de Elizabeth da Rocha dias. Rio de Janeiro: Editora Central Gospel, 2013. (1º edição)

CURY, A. A sabedoria nossa de cada dia. Rio de Janeiro: Sextante, 2013. 102 p.

CARDOSO, Fátima Rodrigues Iuga Franceli de et al. O SHIATSU COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA. **Revista Científica da Fho|uniararas**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.80-88, 02 fev. 2014. Disponível em: <http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.10-004-2015.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

DE FIGUEIREDO-CARVALHO, Z.M. Avaliação da funcionalidade de pessoas com lesão medular para atividades da vida diária/Evaluación de la funcionalidad de las personas con lesión medular en las actividades de la vida diaria/Assessing the Functionality of Persons with Spinal Cord Injury in Daily Living Activities. *Aquichan, Chia*, v. 14, n. 2, p. 148-158, 06 2014.

EBERHARDT, Thaís Dresch et al. Efeito do Zen Shiatsu na Redução do Nível de Dor nas Costas de Profissionais de Enfermagem. **Rev Bras Terap e Saúde**, Curitiba, p.7-12, 07 nov. 2013. Disponível em: <<http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v3n2/RBTS-3-2-2.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2016.

FERREIRA, G. D. et al. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev. bras. fisioter.* [online]. 2011, vol.15, n.1, pp.31-36. Epub Mar 04, 2011. ISSN 1413-3555. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000001>>. Acesso em: 11 fev. 2016.

FIGUEIREDO, Antônio de Macena de; SOUZA, Soraia Riva Goudinho de. **como elaborar projetos, monografias, dissertações e teses**: Rio de Janeiro: Lumen Juris Editora, 2011. Color.

FURTADO, R. N. V. et al. Dor lombar inespecífica em adultos jovens: fatores de risco associados. São Paulo, 2014. v. 54. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n5/0482-5004-rbr-54-05-0371.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

KIMURA, A. Efeitos da terapia manual shiatsu na fibromialgia: estudo de caso. Paraná, 2012. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/andre_kimura.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2016.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015. 292 p.

MELO, S. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev. Bras. Enfermagem*. Brasília, v. 66, n. 6., nov./dez, 2013. disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600005&script=sci_arttex > Acesso em: 09 fev. 2016.

MICHEL, J. et al.(2007). Diagnósticos de enfermagem da NANDA (definições e classificações). Trad. Sob a direção de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396 p.

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 971, de 03 de Maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 04 maio 2006.

OLIVEIRA, M. M. Como fazer projetos, relatórios, monografias, dissertações, teses. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 163 p.

MEGIATTO, D Filho et al. COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DE ZEN SHIATSU E MASSAGEM DO TECIDO CONJUNTIVO EM LER/DORT. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, p.286-286, 07 set. 2007. Disponível em: <<http://www.rbf-bjpt.org.br/files/v11nSuppl./v11nSuplemento.pdf>>. Acesso em: 4 Não é um mês valido! 2016.

NEGRELLI, Wilson Fábio. Hérnia discal: Procedimentos de tratamento. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 9, n. 4, p.39-45, 08 dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aob/v9n4/v9n4a05.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

PARANAGUÁ, T. T. B. et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a013.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2016.

RICCI, R. O maior fenômeno sociológico do Brasil: a nova classe média. Escola de Governo. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.escoladegoverno.org.br/artigos/209-nova-classe-media>>. Acesso em: mar. 2016.

RIO GRANDE DO NORTE (Estado). Constituição (2011). Portaria nº 274, de 27 de junho de 2011. Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde do Rn**: PEPIC/RN. 1. ed. Natal, 27 jun. 2011. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/portaria_274_-_pepic_-_rn.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2016.

SALVETTI, M. G. et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/03.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2016.

SANTOS, F. A. S. et al. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção dos profissionais não-médicos. São Carlos, 2009. v. 13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n4/aop041_09.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2016.

STEFANELLO, Thiago Daross. **O USO DO SHIATSU COMO RECURSO TERAPÊUTICO ALTERNATIVO EM PACIENTES LOMBÁLGICOS**. 2011. Toshiro Hishinuma. Disponível em: <<https://toshiroms.com.br/2011/03/09/o-uso-do-shiatsu-como-recurso-terapeutico-alternativo-em-pacientes-lombalgicos/>>. Acesso em: 09 set. 2016.

STIVAL, Rebecca Saray Marchesini et al. Acupuntura na fibromialgia: um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Ponta Grossa, p.431-436, 23 set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n6/0482-5004-rbr-54-06-0431.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2016.

VALE, N. Analgesia adjuvante e alternativa. Rev. Bras. Anestesiologia. Campinas, 2006. v. 56. Disponível em : < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942006000500012&script=sci_arttext >. Acesso em: 08 fev. 2016.

WHITING, W. C. ZERNICKE, R. F. Biomecânica da lesão musculoesquelética. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 246 p.



YUAN, Susan Lee King. **Eficácia do shiatsu na dor, sono, ansiedade, nível de confiança no equilíbrio e qualidade de vida de indivíduos co fibromialgia:** um ensaio clínico controlado. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/daniele/Downloads/SusanLeeKingYuan.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2016.



CAPÍTULO 23

EDUCAÇÃO PERMANENTE: UM DESAFIO ENFRENTADO PELOS ENFERMEIROS EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Maria Samara Caetano de Araújo, graduada em Enfermagem, FACEX
Andressa Mônica Gomes Fernandes, pós-graduada em urgência e emergência, FACEX
Daniele Mendes da Silva, pós-graduada em enfermagem cardiológica, UNI-RN

RESUMO


O presente trabalho como objetivo descrever os desafios enfrentados pelos enfermeiros no que diz respeito à realização da educação permanente. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados, LILACS, MEDLINE e SCIELO no período de 2016 a 2020, sendo utilizados os critérios de inclusão como a língua portuguesa e inglesa e de exclusão como artigos duplicados na base de dados, em forma de resumos, carta ao editor e artigos que não estão relacionados a temática da pesquisa. Os dados aplicados nesse estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e da citação das partes das obras consultadas. A Política Nacional de Educação Permanente e Saúde (PNEPS) existe desde 2004, mas que vem ganhando força nos últimos anos. O programa inclui estratégias para reorientação na formação dos profissionais da saúde, assim ofertando melhorias para os usuários do Sistema Único de Saúde. Os desafios enfrentados pelo enfermeiro no seu cotidiano são diversos e que os avanços e as mudanças constantes na atenção a saúde tem exigido desses profissionais mais investimentos na formação profissional. Com isso, a Educação Permanente (EP) tem sido a peça chave para o sucesso de alguns profissionais da enfermagem. A educação permanente tem apresentado estes profissionais com os seus benefícios ofertando os melhores conhecimentos, é fato que, muitos destes profissionais ainda criam vários bloqueios e outras instituições nem se quer buscam adequar métodos para sua realidade.

DESCRITORES: Enfermagem, Urgência, Emergência e Educação permanente.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h é um sistema de complexidade intermediária entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e as hospitalares, agregando-se a rede pré-hospitalar fixa. Tendo assim, como função a assistência a casos de pequena e média urgência (FLORES et al., 2016).

É fato, que a enfermagem tem seus diversos cuidados, mostrando sempre seu grande valor. Nas diferentes instituições, os profissionais da área da enfermagem encontram desafios para trabalhar com modelos distintos de saúde que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde (LAVICH et al., 2017).



Assim, Sade et al. (2019) acreditam que, o processo de ensino-aprendizagem se cria em um pré-requisito para a organização da consciência e da identidade do sujeito social, sendo patente a relevância da atividade educativa no contexto da transformação do ser em seus mais diversos aspectos, devendo-se evitar a hiperespecialização do saber, aprimorando sempre os conhecimentos.


Mesmo com o processo de ensino-aprendizagem tendo efeito, existem outras vertentes que combinadas impulsionam a qualidade no atendimento da atenção em saúde aos usuários, elementos como: a gestão, tecnologias, equipamentos, definição quantitativa e qualitativa de pessoal, materiais, medicações e, sobretudo, de ações educativas suficientemente abrangentes que permitam o desenvolvimento integral dos trabalhadores de saúde (REZENDE et al., 2017).

Por isso, dando ênfase ao mencionado Lavich et al. (2017), mostram que as instituições hoje investem na Educação Permanente em Saúde (EPS), estratégia política pedagógica que emergiu em âmbito internacional, via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como na esfera nacional, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

A educação permanente existe desde 2004 e em 2007 houve ajustes em sua implementação, um programa lançado pelo Ministério da Saúde conhecida como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) direcionada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) (REZENDE et al., 2017).

Vale a pena lembrar, que o processo de trabalho em enfermagem tem como objetivo atender às necessidades de saúde dos usuários seja ela partindo no âmbito de unidade básica ou em atendimento de UPA 24hs. Por essa razão, entende-se que para os enfermeiros, o propósito de trabalho são as necessidades de cuidado de enfermagem e seu gerenciamento, podendo assim alcançar a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, como também a prevenção de doenças (FLORES et al., 2016).

Mas, para que isso aconteça, os profissionais que ingressam nas UPA's 24h necessitam de uma instrumentalização específica para atuar nessas unidades. E ainda afirmam que, a educação permanente visa a aprendizagem significativa no trabalho, realizada a partir das reflexões críticas dos profissionais em relação às necessidades no dia a dia, permitindo a transformação das práticas e a organização do trabalho, em que o ensinar e o aprender se incorporam ao cotidiano das pessoas e instituições (LOPES et al., 2016).



Sendo assim, foi construída uma questão norteadora: Quais os desafios dos enfermeiros das unidades de urgência e emergência para realização da educação permanente? Desta forma, objetiva-se descrever os desafios enfrentados pelos enfermeiros no que diz respeito à realização da educação permanente.

O presente estudo servira para contribuir na reflexão dos enfermeiros das unidades de atendimento de urgência e emergência, para que o assunto desperte interesse e que os mesmos possam sempre estar dispostos a novos conhecimentos ofertados pela educação permanente.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, onde este método concentra-se em uma ampla e rigorosa síntese de estudos que abordam o problema a ser investigado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Por tanto, para escolha do tema foi analisado várias experiências vivenciada no dia-a-dia de trabalho, onde ao longo do tempo, observou-se que pesquisas sobre o referido tema ainda existe lacunas em aberto.

Para a construção dessa revisão literária, foram utilizadas as seguintes etapas: seleções das questões temáticas, coleta de dados através da base de dados eletrônica, com alguns critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; elaboração de um instrumento de coleta com informações de interesses a serem extraídas dos estudos análise crítica ou amostra, interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

As pesquisas foram realizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE e Scientific Electronic Library Online – SCIELO.

Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCs) os quais são: “Enfermagem”, “Urgência”, “Emergência” e “Educação permanente.” Para refinamento do material, utilizou-se o operador booleano *and* combinados da seguinte forma: Enfermagem *and* Urgência, Enfermagem *and* Emergência, Enfermagem *and* Educação permanente e Enfermagem *and* Urgência *and* Emergência *and* Educação permanente.

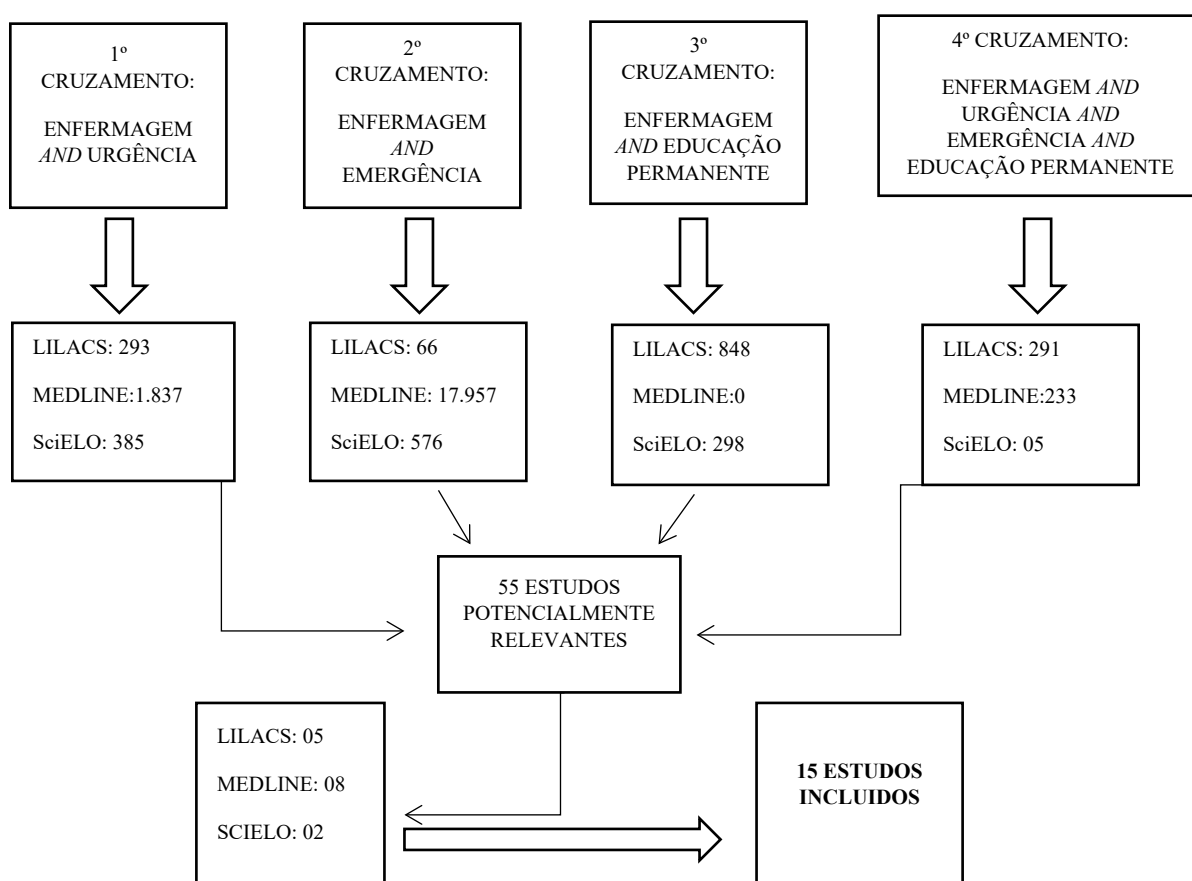
Para selecionar os artigos, os critérios de inclusão adotados foram: Língua portuguesa, inglesa, base de dados nacionais do período de 2016 a 2020, urgência, emergência e educação

permanente. E os critérios de exclusão: artigos duplicados na base de dados, em forma de resumos, carta ao editor e artigos que não relacionados a temática da pesquisa.

Para análise crítica dos artigos realizou-se leitura completa com as respectivas sínteses. Os dados utilizados nesse estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto á propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e da citação das partes das obras consultadas.

Os dados e discussões serão apresentados de forma textual para melhor entendimento do leitor.

FIGURA 1. Estratégia de busca e seleção dos artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO Natal, 2020.



3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quanto aos resultados, selecionou-se 55 estudos potencialmente relevantes, dos quais 30 apresentaram-se voltados para o conhecimento sobre a educação permanente, restando

apenas 15 estudos que atendiam critérios de elegibilidade e compoendo o presente estudo. A seguir apresentar-se-á um panorama geral das publicações.

Quadro 1. Distribuição dos dados analisados como título, autores, ano de publicação, objetivo, resultados principais e conclusão. Natal, 2020

TÍTULO	AUTORES ANO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPAIS	CONCLUSÃO
Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem	ARNEMANN, C.T; LAVICH, C.R.P; TERRA, M.G; MELLO, A.L; RADDATZ, M. (2018)	Analisar as ações que integram o processo educativo de enfermeiros facilitadores de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde vinculado a um Hospital de Ensino.	O processo educativo de enfermeiros perpassa por ações vinculadas à educação em saúde, como grupo de usuários e familiares.	As ações que integram o processo educativo de enfermeiros facilitadores de um Núcleo de Educação Permanente vinculado a um hospital de ensino.
Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde	MELLO, A.L; BRITO, L.J.S; TERRA,M.G; CAMELO,S.H (2018)	Refletir sobre Educação Permanente em Saúde como estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros.	Para aprender a viver juntos é preciso existir conhecimento em relação aos outros, sua história e tradições. No aprender a fazer, a pessoa adquire competência mais ampla para lidar com situações inesperadas e facilitar o trabalho em equipe.	O desenvolvimento de competências nos enfermeiros embasa as Trilhas de aprendizagem como possibilidade de operacionalizar a Educação Permanente em Saúde.
Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira	FAGUNDES, N.C; RANGEL, A.G.C; CARNEIRO, T.M; CASTRO, L.M.C; GOMES, B.S (2016)	Analisar como se processa a educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira.	Os achados ratificam que enfermeiras são as profissionais que mais tomam iniciativas de educação permanente nos serviços de saúde.	Existe necessidade de investimento na formação das enfermeiras para melhor implementar a educação permanente em saúde.
Educação Permanente Em Saúde Em Serviços De Urgência E Emergência Hospitalar.	SILVA, J.T; VRIESMANN, L.C (2019)	Realizar uma revisão da literatura com o objetivo de mostrar a importância da inserção da EPS em serviços de urgência, emergência e UTI. Foi realizado um levantamento dedicado à saúde.	A EPS em âmbito hospitalar beneficia o atendimento, atribuindo na execução ao trabalho à sociedade, enfrentando situações distintas com extrema destreza e aptidão.	Assim, essas informações podem contribuir para preconizar o interesse pelo conhecimento transmitido à sociedade.

<p>Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público.</p>	<p>TIBOLA, T.S.A; CORDEIRO, A.L.P.C; STACCIARINI, T.S.G; ENGEL, R.H; COSTA, D.G; HAAS, V.J (2019)</p>	<p>Identificar e analisar os fatores que influenciam a participação dos profissionais de Enfermagem nas ações da Educação Permanente.</p>	<p>Participaram 97 enfermeiros e 177 técnicos de Enfermagem, sendo 80% do sexo feminino, entre 21 65 anos. Os dificultadores da participação na EP são o quantitativo do pessoal de Enfermagem (56,4%) e o horário (52,7%). Facilitadores: a interação com a equipe de trabalho (85,1%) e o conteúdo (85%).</p>	<p>Que os fatores que influenciam negativamente a participação dos profissionais de Enfermagem na EP são o quantitativo do pessoal de Enfermagem e os horários das atividades.</p>
<p>Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa</p>	<p>RODRIGUES, G.V.B; CORTEZ, E.A; ALMEIDA, Y. S (2020)</p>	<p>Analisar como a educação permanente em saúde vem sendo empregada como estratégia de qualificação das equipes dos serviços de urgência e emergência.</p>	<p>Como resultado da síntese de evidência, emergiram duas categorias temáticas: “A relevância da Educação Permanente e Métodos empregados na implementação da Educação Permanente nos serviços de urgência e emergência”.</p>	<p>A revisão integrativa se fez eficaz, apontando a relevância da educação permanente para a qualificação e desempenho profissional.</p>
<p>Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem</p>	<p>LAVICH, C. R.P; TERRA, M. G; MELLO, A. L; RADDATZ, M; ARNEMANN, T. C. (2017)</p>	<p>Identificar ações desenvolvidas por enfermeiros facilitadores de um Núcleo de Educação Permanente de um Hospital de Ensino.</p>	<p>O estudo aponta para categorias: estratégias potentes para promover ações de Educação Permanente e as limitações para desenvolver essas ações.</p>	<p>A implantação de um Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem é um dispositivo para o desencadeamento das ações de Educação Permanente.</p>
<p>A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa</p>	<p>REZENDE, R; OLIVEIRA, J.E.E; FRIESTINO, J.K.O (2017)</p>	<p>Apontar evidências na literatura nacional a respeito do emprego das tecnologias no âmbito da educação permanente em enfermagem.</p>	<p>Identificaram-se dois eixos temáticos principais: Uso das Tecnologias nas práticas gerenciais; e, Tecnologias como recurso para práticas assistenciais em enfermagem.</p>	<p>Notou-se que as tecnologias associadas à educação permanente encontram-se presentes no cotidiano da enfermagem.</p>
<p>Educação permanente no contexto hospitalar: A experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem</p>	<p>FLORES, G.E; OLIVEIRA, D. L.L; ZOCHE, D. A. A (2016)</p>	<p>Abordar o processo de formação vivenciado por enfermeiras educadoras no contexto hospitalar, na perspectiva da educação permanente em Saúde.</p>	<p>Mostraram que a participação das enfermeiras no programa resultou em abertura para diversas mudanças no seu processo de trabalho e na modelagem de ensino-aprendizagem instituída.</p>	<p>Pode-se pontuar que a graduação não preparou suficientemente as enfermeiras facilitadoras para assumirem o diálogo necessário entre cuidar e educar.</p>
<p>Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino</p>	<p>SADE, P.M. C; PERES, A.M; BRUSAMAREO, T; MERCÊS, N.N.A;</p>	<p>Analisar demandas de educação permanente da equipe de</p>	<p>72 (48%) documentos preenchidos por profissionais de urgência/emergência; 140 (54,93%) marcações de não participação em ações</p>	<p>A análise documental de tais demandas subsidia o planejamento e aperfeiçoamento</p>

	WOLFF,L.D.G; LOWEN,I.M.V (2019)	enfermagem de um hospital público de ensino do sul do Brasil.	educativas por desconhecimento; 108 (38,3%) solicitações de ações educativas para atualização técnico-científica.	de propostas de educação permanente em enfermagem.
Educação permanente e parada cardiorrespiratória: Um relato de experiência no âmbito da enfermagem	GONÇALVES, V. M.A (2017)	Objetivo relatar a experiência de uma instituição hospitalar de uma capital da região Sudeste do Brasil, especializada na assistência às crianças e aos adolescentes com distúrbios psiquiátricos,	Buscou-se construir uma qualificação dos trabalhadores durante ações e serviços de saúde em consonância com a estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.	A Educação Permanente contribuiu para a interação dos indivíduos, auxiliou o comprometimento profissional, desenvolveu a consciência de grupo relacionada à atuação da equipe.
Da teorização sobre o ensino-aprendizagem à prática da educação permanente em enfermagem e sua contribuição para a autoeficácia	PISCIOTTANI, F; COSTA, M.R; FIGGUEIREDO, A.E; MAGALHÃES, C. R (2019)	O objetivo desse estudo foi conhecer e problematizar as teorias explicativas sobre o processo de aprender, com foco no uso de uma metodologia de ensino baseada na aprendizagem experiencial, denominada simulação <i>in situ</i> .	Resultado dessa experiência com o nível de confiança de profissionais de enfermagem para executar ressuscitação cardiopulmonar.	O uso da simulação <i>in situ</i> , na educação permanente de profissionais de enfermagem mostrou-se potencializadora de aprendizagem experiencial, onde, a partir da experimentação de uma situação em um contexto real do serviço, pode-se observar o aumento da autoeficácia dos aprendizes.
O desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem	LOPES, A.G; SANTOS, G; RAMOS, M.M; MEIRA, V. F; MAIA, L.F.S (2016)	Refletir sobre a educação permanente como base para o trabalho do enfermeiro.	A importância da educação na enfermagem e principalmente como esses conceitos se complementam e interagem entre si. Portanto, todo processo educativo não tem um fim em si mesmo.	Espera-se que esse estudo possa ampliar reflexões acerca da educação permanente em saúde, subsidiando novas pesquisas e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência.
Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem	CARDOSO, R.B; FERREIRA, B.J; MARTINS, W.A; PALUDETO, S.B (2016)	Avaliar um Programa de Educação Permanente para equipe de enfermagem para o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).	Fatores como gênero, idade e ter experiência anterior com PEP não promoveram melhora no desempenho do uso do PEP. Possuir graduação e ter domínio em informática influenciaram na percepção de melhoria do desempenho.	Assim, salienta-se a necessidade de as instituições da saúde adotarem políticas que contribuam para a qualificação de seus profissionais.
A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem	SILVA, L.A.A; PINNO, C; SCHMIDT, S.M.S; NOAL, H.C; GOMES,I.E.M;SI GNOR, E	Evidenciar a incidência da educação permanente em saúde no processo de trabalho de enfermagem.	Mostra o estudo que, na maioria dos serviços pesquisados, as ações educativas são incipientes, estando a educação permanente em	Para que se obtenham bons resultados, os programas de educação permanente necessitam transpassar o processo de trabalho.



	(2016)		plano secundário e, na maioria dos casos, desvinculada do processo de trabalho.	
--	--------	--	---	--

A Política Nacional de Educação Permanente e Saúde (PNEPS) existe desde 2004, mas que vem ganhado força nos últimos anos. O programa inclui estratégias para reorientação na formação dos profissionais da saúde, assim ofertando melhorias para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARNEMANN et al., 2018).


Por isso, é necessário afirmar que os desafios enfrentados pelo enfermeiro no seu cotidiano são diversos e que os avanços e as mudanças constantes na atenção a saúde tem exigido desses profissionais mais investimentos na formação profissional. Com isso, a Educação Permanente (EP) tem sido a peça chave para o sucesso de alguns profissionais da enfermagem (MELLO et al., 2018).

No decorrer da jornada de trabalho encontramos como um dos maiores desafios para a enfermagem a dos serviços administrativos, no qual os contratemplos estão no gerenciamento de pessoal, sobretudo no que refere se à composição quantitativa e qualitativa. Aprende-se que o pessoal demanda da necessidade de cada instituição, assim a falta de organização só compromete o atendimento prestado (SILVA; PINNO, et al., 2016).

Outro obstáculo visto vem do setor da alta complexidade, pois os enfermeiros que ali prestam os seus cuidados tem que lidar constantemente com a tecnologia e seus avanços, muitas vezes recebendo exigências e poucos treinamentos. Manusear equipamentos desse setor requer total domínio, que em muitos casos são os próprios profissionais que buscam ajuda para não prestar uma assistência desumana (REZENDE et al., 2017).

Infelizmente ainda são muitos os profissionais que trocam determinados conceitos exibidos na literatura, esses equívocos geralmente estão ligados a prevenção de doenças por promoção em saúde e a educação permanente com educação continuada, gerando desafios para a educação permanente (LOPES et al., 2016).

Por tanto, a adesão da EP é o início para romper barreiras, tendo em vista que é uma estratégia usada para identificar debilidades no cuidado e aperfeiçoar práticas inovadoras que surgem do cotidiano, assim motivando o empoderamento e a inclusão dos profissionais por meio de uma lógica não hierarquizada de saberes (FAGUNDES et al., 2016).



Por este motivo Lopes et al. (2016), afirmam que mesmo com os desafios apresentados se o profissional da enfermagem buscar, aceitar e as instituições aderirem ao sistema da EP ambos só receberão lucros de todos os esforços. A ampliação dos conhecimentos, minimização dos obstáculos e qualidade na assistência são benefícios adquiridos pelo programa.

Mesmo com grandes benefícios que a EP pode trazer para o enfermeiro, existem muitas dificuldades enfrentadas para que os profissionais tenham participação ativa, destacam se entre elas: a sobrecarga de trabalho, horários das atividades, a cultura organizacional e a motivação pessoal. Para isso, é necessário que as instituições conheçam e gerenciem os fatores que determinam e que induzem a participação dos profissionais nas atividades de EP, podendo assim criar táticas para fortalecer os processos educativos (SILVA e VRIESMANN., 2019)


Tibola et al.(2019), em pesquisa identificaram que, os profissionais que tinham o maior nível de escolaridade eram os que expressavam maior interesse nas atividades da EP. O profissional da enfermagem é comprometido em buscar a maior qualificação profissional, assim tem a ciência que colabora positivamente para o trabalho em equipe.

Rodrigues et al.(2020), afirmam que, a educação permanente torna se uma ferramenta fundamental e estratégica para a consolidação do SUS, a fim de alcançar perfis profissionais orientados pelas demandas da sociedade, em cada realidade regional e nível de complexidade, assim, a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento 24h são provenientes das Unidades Básicas de Saúde.

Por isso, é importante ressaltar que para as mudanças reais aconteçam no processo de formação é necessário que as propostas educativas sejam construídas coletivamente, a escolha dos "ciclos de encontros" como meio para a aplicabilidade da educação permanente se torna valorosa, tendo em vista que permite a interação direta dos profissionais no seu processo de aprendizagem, construindo, assim, alternativas, ferramentas e estratégias educacionais com maiores chances participação e aceite pelos mesmos (RODRIGUES et al.,2020).

Em estudo Tibola et al.(2019), notam que existem fatores determinantes (negativos e positivos) para que o profissional enfermeiro tenha interesse na EP ofertada, o quantitativo de pessoal e o horário foram unânimes na votação negativa e a interação em equipe, método, conteúdo e temas foram os que pesaram positivamente.

É importante ressaltar que as atividades da EP devem ser vistas juntamente com o calculo de dimensionamento de pessoal, assim como informa a resolução do Cofen -527/2016,



a instituição precisa integrar a EP ao horário do funcionário, mas infelizmente isso não condiz com realidade (TÍBOLA et al., 2019).

Ainda sobre as dificuldades, o estudo de Sade et al. (2019), amplia esses obstáculos enfrentados pelos enfermeiros, o estudo mostra que alguns profissionais desconhecem o sistema de EP, a metodologia utilizada ainda é um peso, alguns enfermeiros mencionaram a sobrecarga de trabalho e outros ainda informaram que não consideram a EP importante para o seu desenvolvimento profissional.

A comunicação entre os setores de EP e os enfermeiros da instituição ainda precisam de melhorias, adotar métodos como reuniões, intranets, informações em mural colaboram para o interesse e organização do profissional. Trazer de forma clara o objetivo da EP nas instituições é uma das dificuldades encontradas pelos enfermeiros educadores (SADE et al., 2019).


São várias as estratégias utilizadas para que os profissionais não deixem de participar das atualizações, os enfermeiros facilitadores dispõem de métodos como: simulação nas práticas educativas e o ensino a distancia (EAD) (LAVICH et al., 20017).

Segundo Lavich et al. (2017), o enfermeiro facilitador, pode indicar e sugerir estratégias adequadas para a produção de novos conhecimentos em busca de mudanças nas práticas de saúde. Acreditando que isso pode favorecer no incentivo do profissional de enfermagem a participar das ações de EPS, onde sinalizam para a problematização das necessidades dos serviços em saúde voltados para qualidade do atendimento integral para a sociedade.

Ao longo do tempo as melhorias na saúde são notórias, porém ainda lenta. Para aperfeiçoamento dos profissionais hoje contamos muito com a tecnologia, que ainda é considerado um método complexo pra alguns, mas que estar presente na rotina pessoal e profissional de cada um (REZENDE et al., 2017).

Segundo Resende et al. (2017), a compreensão e domínio da tecnologia só colabora com o processo de enfermagem, contribuindo assim, para o trabalho diário dos enfermeiros que passam a desfrutar de seus benefícios para maior qualidade da prática de enfermagem, tendo em vista que os mesmos deparam se a todo momento com equipamentos e máquinas de última geração, usadas tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças.

Por tanto, a EP não é alguma coisa que pode agregar a um sistema dado, não é um novo ambiente, um novo campo, e sim uma nova concepção, que leva os educadores a redefinir toda e qualquer educação. Assim, considerada uma nova interpretação para indagar as rotinas, ativar



a composição de planos de consistência das equipes de saúde e estruturar o ensino orientado pelo desenvolvimento das capacidades sensíveis e de problematização (FLORES et al., 2016)

Sendo assim, de extrema importância ressaltar que os profissionais responsáveis pelas ações da EP, precisam estar cientes que essas ações sempre devem estar atreladas as necessidades das instituições, ou seja, tentar relacionar tudo para realidade vivenciada (SADE et al., 2019)

Gonçalves, Vera. (2017), explica que para os enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência a EP sempre precisará ser aplicado métodos que utilizem etapas, devido a esses profissionais estarem nos cuidados ao paciente com maior intensidade.

Por tanto, a EP agrega benefícios, seja para as instituições ou para os profissionais, inclusive a auto eficácia que hoje pode contribuir para o desenvolvimento da proficiência dos enfermeiros do setor de urgência e emergência (PISCIOTTANI et al., 2019).


A resiliência, capacitação e renovação são palavras cada vez mais utilizadas na vida do ser humano. A educação permanente associa se a essas palavras que no fim surge o conceito de agilidade, onde aos poucos tem ajustado os profissionais e mostrando para o mundo para os grandes fenômenos da globalização (LOPES et al., 2016).

Cardoso et al., (2016) alertam que, estamos em mundo onde o processo de atualização deve ser constante. No campo da saúde este processo ainda é lento mas que aos poucos a era digital tem dado muitos avanços, por tanto correr para entender e inteirar se a essas mudanças é essencial para o futuro sucesso do profissional da enfermagem, agregar conhecimentos faz parte do desenvolvimento profissional, entende dos cuidados é uma ato completamente humano e que todo paciente merece.

4 CONCLUSÃO

As dificuldades na enfermagem arrastam se por longas datas, obstáculos que os profissionais enfrentam e que estão sempre atrelados aos insumos, demandas altas de pacientes e as barreiras que os impedem de participarem das atualizações que são ofertadas.

A educação permanente tem apresentado estes profissionais com os seus benefícios ofertando os melhores conhecimentos, é fato que, muitos destes profissionais ainda criam vários bloqueios e outras instituições nem se quer buscam adequar métodos para sua realidade.



Estamos em uma nova era, a era tecnológica, e os profissionais da enfermagem precisam utilizar das EPS o mais breve possível, principalmente os de unidades de urgência e emergência que são enfermeiros de dispõe de agilidade e raciocínio rápido.

Integrar a EP com a tecnologia acelera as atividades, amplia o sistema e beneficiam profissionais e usuários.

REFERÊNCIAS

ARNEMANN, C.T; LAVICH, C.R.P; TERRA, M.G; MELLO, A.L; RADDATZ, M. Educação em saúde e educação permanente: ações que integram o processo educativo da enfermagem. Rev baiana enferm. 2018. [Internet] acesso em 09.09.20. Disponível em: DOI 10.18471/rbe.v32.24719

CARDOSO, R.B; FERREIRA, B.J; MARTINS, W.A; PALUDETO, S.B. Programa de educação permanente para o uso do prontuário eletrônico do paciente na enfermagem. J. Health Inform. Jan-Mar. 2017. [Internet] aceso em 09.09.20. Disponível em: www.jhi-sbis.saude.ws

FAGUNDES, N.C; RANGEL, A.G.C; CARNEIRO, T.M; CASTRO, L.M.C; GOMES, B.S. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2016. [Internet] acesso em 20.09.20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>

FLORES, G.E.; OLIVEIRA, D.L.L.; ZOCHE, D.A.A. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 487-504, maio/ago. 2016 [Internet] acesso em 07.09.2020. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00118>


GONÇALVES, V. M.A. Educação permanente e parada cardiorrespiratória: Um relato de experiência no âmbito da enfermagem. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS/MG VOLUME 2. 2017

LAVICH, C.; TERRA, M., et al. Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. Março. 2017

LOPES, A.G.; SANTOS, G.; RAMOS, M.M.; MEIRA, V.F.; MAIA, L.F.S. Desafio da educação permanente no trabalho da enfermagem. São Paulo: Revista Remecs. 2016; 1(1):13-23.

MELLO, A.L; BRITO, L.J.S; TERRA,M.G; CAMELO,S.H. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. Esc Anna Nery. 2018. [internet] acesso em: 22.09.20. Disponível em: DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0192

PISCIOTTANI, F; COSTA, M.R; FIGGUEIREDO, A.E; MAGALHÃES, C. R. Da teorização sobre o ensino-aprendizagem à prática da educação permanente em enfermagem e sua contribuição para a autoeficácia. Res., Soc. Dev. 2019. [Internet] acesso em: 15..09.20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i7.1144>



REZENDE, R.; OLIVEIRA, J.E.E.; FRIESTINO, J.K.O. A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. R. Interd. v. 10, n. 1, p. 190-199, jan. fev. mar. 2017 C [internet] acesso em 05.09.2020. Disponível em: ISSN 2317-5079

RODRIGUES, G.V.B; CORTEZ, E.A; ALMEIDA, Y. S. Educação permanente em saúde nos serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. Vol. 9, N. 8. 2020. [Internet] acesso em: 10.09.20. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5269>

SADE, P.M.C.S.; PERES, A.M.; BRUSAMARELO, T.; MERCÊS. N.N.A.; WOLFF, L.D.G, LOWEN, I.M.V. Demandas de educação permanente de enfermagem em hospital de ensino. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 acesso em: 03.09.2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57130>.

SILVA, L.A.A; PINNO, C; SCHMIDT, S.M.S; NOAL, H.C; GOMES,I.E.M;SIGNOR, E. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. set/dez. 2016. [Internet] acesso em 20.09.20.

SILVA, J.T; VRIESMANN, L.C. Educação Permanente Em Saúde Em Serviços De Urgência E Emergência Hospitalar. Revista Saúde e Desenvolvimento. vol.13. 2019. [Internet] acesso em: 10.09.20

SOUZA, M.T; SILVA M.D; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v.8, n.1. 2010, p 102-6.

TIBOLA, T.S.A; CORDEIRO, A.L.P.C; STACCIARINI, T.S.G; ENGEL, R.H; COSTA, D.G; HAAS, V.J. Fatores que influenciam a participação dos profissionais de enfermagem na educação permanente em hospital público. Enferm Foco. 2019. [Internet] acesso em 22.09.20



CAPÍTULO 24

O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO MANEJO DA DOR ONCOLÓGICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

DOI: 10.47402/ed.ep.b202168224492

Débora Ferreira, Graduada em enfermagem, UNIFAVIP
Luciana Dilane S.Barbosa, Mestre em Educação Ciências e Matemática, UFPE
Kaline Santiago Ramos, Graduada em Enfermagem, UNIFAVIP
Graciellen Silva de Lima, Graduada em Enfermagem, UNIFAVIP
Gilmara Marques Rodrigues, Mestre em Psicologia da Saúde, UEPB
Priscila Sales Ferraz Neri, Graduada em Enfermagem, UNIFAVIP
Flávia Thays de Moura Silva, Graduanda em enfermagem, UNIFAVIP
Maria Zélia Araújo, Mestre em Sociologia Rural, Unesc Faculdade


RESUMO

O Câncer é umas das doenças que mais causam mortes no mundo, sendo temido também pelo impacto negativo da dor e na redução da qualidade de vida que os pacientes oncológicos podem vivenciar, sendo estes, alguns dos principais desafios encontrados. As Práticas Integrativas e Complementares envolvem uma ampla variedade de técnicas e como resultado disso, a necessidade de estimular o uso destas estratégias capazes de diminuir essas sensações dolorosas, são métodos de relevância no contexto para a assistência da Enfermagem. **OBJETIVO:** Através deste trabalho, relatar a importância da implementação das Práticas Integrativas e Complementares para redução da dor oncológica durante a assistência de Enfermagem, bem como quais PIC's são as mais utilizadas para esta finalidade, visando também a sua eficácia na terapia complementar. **MÉTODOS:** Para realização deste estudo, foi desenvolvida uma revisão bibliográfica, integrativa, com abordagem quantitativa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) constituem um modelo essencial, proporcionando um sistema natural de prevenção e controle da dor oncológica. Sendo o Enfermeiro o profissional presente em todos os processos do cuidado, deve-se investir na formação do mesmo em relação às PIC's, para que haja conhecimento necessário em sua implementação.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia Integrativa, Terapias Complementares, Enfermagem, Dor oncológica.

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do ABC do Câncer, a neoplasia é uma das doenças com altos índices de morbimortalidade em todo o mundo, no Brasil, é o segundo maior causador de óbitos, seguindo apenas as doenças cardiovasculares. Esta enfermidade assola ambos os sexos, em idades variadas, acometendo também diversos órgãos e partes do corpo; Os principais tipos de Câncer em território brasileiro são: câncer de mama, útero, cólon e reto para mulheres, e câncer de próstata, traqueia e pulmão para homens, acompanhados por leucemias e câncer de pele do tipo melanoma e não melanoma (INCA, 2019).



Ainda em consonância com o INCA (2019), entre os tumores neoplásicos existem particularidades como, sua localização, sua forma de acometimento, incidências de curas ou mortes, porém possuem sinais e sintomas comuns nos pacientes oncológicos, onde podemos destacar fadiga, constipação intestinal, edemas, alteração na mucosa oral, hemorragias, hipertermia, depressão, falta de apetite e perda de peso, náuseas e vômitos e o mais frequente, a dor.


Segundo Lopes-Junior, et al. (2018), no livro *Tratado de Enfermagem em Oncologia* destaca que estes sinais e sintomas, em sua maioria, são agressivos e intensos, prejudicando a qualidade de vida do portador da neoplasia já debilitado emocionalmente; Neste momento é necessário que a equipe multidisciplinar se faça presente, dando suporte ao paciente e oferecendo uma prestação de serviço integral.

No âmbito do cuidado integral, temos em destaque a Enfermagem, esta se encontra presente em todos os processos pelo qual o paciente percorre; Desde o diagnóstico, tratamento e reabilitação, o enfermeiro tem participação ativa no planejamento do cuidado ao enfermo, deste feito, estabelecendo um vínculo entre a enfermagem, o paciente e a família (SILVA E CRUZ, 2011).

Segundo Tostes (2015) o papel da Enfermagem Oncológica é planejar e intervir por meio do cuidado integral, para melhoria da qualidade de vida e saúde desse paciente, sempre atento às respostas orgânicas do mesmo e avaliando os resultados alcançados; Silva e Cruz (2011) citam ainda que o cuidado do enfermeiro ao paciente oncológico é de extrema notoriedade, pois através de seu planejamento assistencial de decisões e ações, toda a equipe de enfermagem será norteadada e apta para oferecer um cuidado humanizado a este paciente.

Além do desgaste emocional em que o paciente neoplásico vive, a dor oncológica é o sintoma que mais atemoriza tanto os familiares e cuidadores quanto a própria pessoa acometida; Sendo o enfermeiro, o profissional de contato próximo com o enfermo, ele deve estar atento quanto à avaliação da dor, através da consulta de Enfermagem, com a aplicação de escalas de avaliação da dor, técnicas e conhecimentos científicos e relato do próprio paciente (BIASI et al., 2011).

Contudo a dor emocional também traz sofrimento ao portador de neoplasia, assim como a dor física, sendo assim o controle dessa dor deve ser uma das ações desenvolvidas para a assistência; No cuidado paliativo é importante que o enfermeiro seja sensível à questão



emocional do cliente, desta forma, seus planejamentos e intervenções serão decisivos para a melhoria da vida do assistido (VENDRUSCULO-FANGEL, 2018).


De acordo com Lopes-Junior et al. (2018), as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são baseadas em saberes milenares, muito deles orientais, que podem ser usadas como um apoio à terapêutica biomédica, sendo de especialização de toda Equipe Interdisciplinar; Portanto, estas técnicas podem ser medidas adotadas por portadores de neoplasia, considerando que as Práticas abordam as partes de integração do indivíduo, como o físico, o mental e o espiritual, beneficiando o conforto psíquico e bem estar do paciente.

Por recomendações da Organização Mundial da Saúde, as Práticas Integrativas foram implementadas no sistema público de saúde brasileiro, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no ano de 2006, contendo determinadas práticas a serem ofertadas pelo SUS, depois de testes e estudos realizados pelo Ministério da Saúde e suas Secretarias (BRASIL, 2015).

As Práticas Integrativas permitem que o enfermo seja o centro do cuidado, neste momento é criado um vínculo ente o profissional e o paciente, sendo essencial para o tratamento, além do seu baixo custo para implementação, desenvolvimento da autonomia e participação ativa do paciente para seu processo terapêutico; Seu uso promove a busca primordial pela saúde e não apenas formas curativas de uma doença, fazendo com que haja crescente busca das Práticas pela população em geral (PENNAFORT et al., 2012).

Devido ao aumento dos casos de neoplasias atualmente, ocorre um impacto na eficácia da terapêutica algica, pois os recursos farmacológicos são limitados devido ao avanço da doença, o que abre margem para a utilização das terapias não farmacológicas para alívio da dor. Baseado no uso da Medicina Integrativa como forma terapêutica em todo contexto, através deste estudo, será possível identificar formas não farmacológicas para diminuição da dor oncológica, entender seus processos e qual o impacto que as Práticas Integrativas possuem na vida do paciente neoplásico.

O que torna essa pesquisa relevante para os profissionais da Enfermagem, é o fato de que, sendo ele o profissional de maior proximidade com o paciente dentre os demais membros da equipe multiprofissional, este visa elevar a autonomia e a qualidade de vida através dos cuidados prestados ao paciente oncológico, promovendo uma assistência individual e humanizada, levando em conta a diminuição do consumo de fármacos analgésicos e o baixo



custo financeiro na aplicação das Práticas, acrescentamos a promoção do protagonismo do paciente no processo terapêutico.

O objetivo desta revisão é identificar a importância da utilização das Práticas Integrativas e Complementares pela Enfermagem, para o manejo da dor oncológica, para alcançá-lo, elencamos como objetivos específicos, discorrer sobre a eficácia das PIC's que são mais utilizadas para a redução da dor oncológica.

2 MÉTODO UTILIZADO

O presente estudo foi realizado através de uma Revisão Bibliográfica Integrativa, de metodologia quantitativa e exploratória. Esse tipo de Revisão Literária baseia-se na concentração de várias publicações antecedentes para discussão do tema previamente selecionado, se fazendo necessário do seguimento a risca de sua metodologia para a busca dos dados; Dentre os métodos de pesquisa, a Revisão Integrativa é considerada a mais abrangente, permitindo a inclusão de estudos anteriores, resultando na compreensão completa do assunto abordado, trazendo também melhor experiência acerca do custo-benefício (SOUZA, 2010).

Ainda segundo Souza (2010) a Revisão Bibliográfica Integrativa se mostra importante na aplicação da Prática Baseada em Evidências (PBE) em Enfermagem, possuindo maior extensão para as revisões literárias, fazendo a junção de dados da literatura empírica e teórica e ampliando os panoramas de pesquisas, este método foi escolhido para a busca de dados, propiciando a exposição de estudos clínicos e identificando informações necessárias para a pesquisa, sendo fundamental para a revisão bibliográfica.

Sua metodologia se aplica em: 1ª Fase elaboração da pergunta norteadora, 2ª Fase busca ou amostragem na literatura, 3ª Fase coleta de dados, 4ª Fase análise crítica dos estudos incluídos, 5ª Fase: discussão dos resultados, e por fim, 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa. A Revisão Bibliográfica Integrativa se mostra fundamental para pesquisa em saúde, de formas que a união de pesquisas sobre determinado assunto encaminha à prática e conhecimento científico, sendo necessária a aplicação rigorosa de suas fases para melhor experiência de pesquisa e resultado ao estudo (SOUZA, 2010).

Ao seguir a metodologia PBE, surgindo a pergunta norteadora sobre “como as Práticas Integrativas e Complementares podem auxiliar o paciente oncológico no manejo da dor”, os materiais foram coletados através de artigos hospedados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, SCIELO, Base de Dados de Enfermagem (BDENF) Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), e Google Acadêmico.

Disponíveis gratuitamente online e publicados nos últimos dez anos em língua portuguesa. Utilizando o método quantitativo e em leitura seletiva, estruturou-se os estudos achados a partir de sua compatibilidade com o tema escolhido para o presente estudo. Oncologia integrativa, Enfermagem, Práticas Integrativas e Complementares e Dor Oncológica foram as palavras-chaves utilizadas para a busca de dados. Os estudos achados foram apresentados em quadro, utilizando-se dos recursos do programa Microsoft Word® Plus Versão 2016, e dispostos em ordem cronológica de publicação.

Através de uma leitura minuciosa dos materiais adquiridos, após analisados, as informações obtidas nesta seleção, foram organizadas por tópicos de maior relevância ao tema abordado para atender aos objetivos propostos. Posteriormente os estudos analisados seguiram em levantamento para argumentação, possibilitando conhecimento aprofundado acerca do tema abordado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos encontrados foram analisados em leitura e separados de acordo com o tema abordado neste estudo, resultando em 5 artigos finais; Estes apresentam-se no quadro abaixo, identificados por título, autores, ano e resultados. Os materiais selecionados foram publicados de 2011 a 2020.

TÍTULO	AUTORES	ANO	RESULTADOS
A1 Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica.	PILATTO, M. T. S.	2011	Medidas não farmacológicas associadas ao tratamento convencional possibilitam benefícios com melhor resposta algica, no entanto são pouco utilizadas, nesse sentido, cabe à equipe de enfermagem implementá-las.
A2 Práticas Integrativas e Complementares de saúde: Revisão Integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica.	PEREIRA, R. D. M. et al.	2014	Nas abordagens referidas como maiores produtoras de eficácia destacam-se estratégias educativas para manejo da dor e a utilização de terapias integrativas.
A3 Benefícios no tratamento do câncer atrelado ao uso das Práticas Integrativas e Complementares: revisão da literatura.	MENIN, S. P., ORSO, Z. A.	2020	Fica claro que os tratamentos convencionais para o câncer são utilizados com os objetivos de cura, aumento da sobrevida, devendo ser aplicado em concomitância com as práticas alternativas.

A4 Práticas Integrativas e Complementares para alívio ou controle da dor em oncologia.	MOURA, A. C. A., GONÇALVES, C. C. S.	2020	As PIC's representam recursos terapêuticos importantes no alívio da dor oncológica. A práxis dos enfermeiros na utilização desta terapêutica em pacientes oncológicos em hospitais, se dá a hegemonia do modelo biomédico e formação acadêmica deficiente ao assunto.
A5 Práticas Integrativas e Complementares em saúde no cotidiano de crianças com câncer.	FERNANDES, A. R., et al.	2020	As PIC's mais utilizadas por crianças portadoras de neoplasia é a Fitoterapia, com caráter adjuvante ao tratamento convencional, aliviando seus efeitos colaterais. Porém ainda não são bem divulgadas e pouco abordadas pelos profissionais de saúde.

FONTE: Dados da pesquisa 2020.

A limitação do Enfermeiro frente ao uso das PIC's.


Pilatto (2011) relata acerca do enfrentamento do enfermeiro à diminuição da dor oncológica e o pouco conhecimento do profissional sobre as Práticas Integrativas e Complementares; Embora a classe da Enfermagem esteja legalizada para implementação de PIC's em seus atendimentos desde 1997, a maioria dos profissionais desconhecem ou não têm devido interesse sobre o assunto. A autora atribui esse obstáculo ao período de formação acadêmica, onde não lhes são apresentadas as Práticas e suas finalidades.

Como consequência, grande parte dos enfermeiros se limita ao modelo biomédico convencional e aos métodos farmacológicos apenas para contenção das dores, optando assim, a não orientarem seus pacientes ao uso de PIC's, pois não acreditam na eficácia das mesmas (PEREIRA et al., 2014).

Dessa forma, Fernandes et al. (2020), cita que muitos pacientes oncológicos não fazem o uso destas Práticas como tratamento coadjuvante, devido a Equipe de Enfermagem, como profissionais mais próximos, não os instigarem a tal ato.

Menin e Orso (2020) apontam ainda, para a importância do Enfermeiro no acompanhamento na terapia oncológica, e também discursam sobre a falta de conhecimento destes profissionais acerca das PIC's, esta iniciativa traria mais autonomia ao cuidado de Enfermagem e ao paciente, contribuindo a seu enfrentamento à patologia.

É observado também, que as publicações científicas que abordam esse tema são escassos, evidenciando mais uma vez o pouco interesse e conhecimento dos profissionais de Enfermagem às PIC's, mesmo estas possuindo grande eficácia comprovada (MOURA E GONÇALVES, 2020).



Mesmo diante desse cenário, é comum encontrar pacientes que fazem o uso das Práticas Integrativas e Complementares e que não foram orientados por seus enfermeiros, os usuários das Práticas também não relataram à equipe que os acompanham, pois notaram indiferença a serem ouvidos pelo profissional médico (FERNANDES et al., 2020), cabendo ao Enfermeiro, através de um atendimento humanizado, ouvi-lo e transmitir os conhecimentos necessários e retiradas de dúvidas que surgirem (MENIN E ORSO, 2020).

Apesar das Práticas Integrativas e Complementares serem formas terapêuticas de baixo custo, fácil aplicação e de eficácia notória, elas podem ser usadas de forma indiscriminada pelos pacientes, uma vez que não foram educados sobre (MENIN E ORSO, 2020); Esta atitude vem a ser prejudicial ao tratamento oncológico, pois é possível que haja reações adversas e anulação dos antineoplásicos (MOURA E GONÇALVES, 2020).

Os profissionais de Enfermagem devem levantar estratégias de comunicação com os pacientes, para que assim, possam ser identificadas quais os níveis de dor e suas necessidades, criando o vínculo necessário para um tratamento eficaz (MOURA E GONÇALVES, 2020).


Ainda para Moura e Gonçalves (2020) o enfermeiro, através de sua boa relação com o paciente, torna-se indispensável na educação do mesmo, relacionado ao diagnóstico e tratamento, aberto a escuta e respeitando suas tomadas de decisões.

O momento da entrega do diagnóstico ao paciente, resulta em angústia e desespero, caracterizando em dor emocional; A neoplasia não afeta apenas o físico, mas também o psíquico e emocional, desenvolvendo tristeza profunda, depressão e desesperança (MENIN E ORSO, 2020).

Ainda de acordo com Menin e Orso (2020), mesmo diante do impasse identificado ao uso das PIC's pelos enfermeiros, as Práticas Integrativas e Complementares vêm se popularizando entre os portadores de neoplasia, a procura se dá pelo cansaço mental, a falta de esperança ao tratamento biomédico, e a busca para o controle da dor neoplásica.

PIC's e sua eficácia

Pilatto (2011) em seu texto, descreve sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e sua importância para nortear o enfermeiro em todo o processo do cuidado ao paciente; Defende também a inclusão das PIC's nessa Sistematização, pois as Práticas envolvem uma melhoria na qualidade de vida do usuário.



Estas Práticas Complementares abrangem diversas possibilidades para o manejo da dor, auxiliam no relaxamento corpo-mente, além da diminuição do estresse vivenciado, controlam também os efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, como náuseas e vômitos, tendo em vista que, não tem apenas o foco para tratamento oncológico, mas todos os setores de atendimento à saúde (PEREIRA et al, 2014).


De acordo com Fernandes et al. (2020), devido ao avanço da doença e os efeitos adversos dos medicamentos antineoplásicos, familiares e responsáveis dos pacientes possuem sentimento de impotência diante do quadro clínico apresentado, é nesse cenário onde as PIC's podem ser introduzidas, pois elas geram autonomia dos mesmos, frente o manejo dos sintomas relatados, além de fortalecer seus vínculos.

Levando em conta o aumento da busca pelas Práticas Complementares e seus benefícios, é necessário que o enfermeiro ponha em destaque as PIC's como importante para sua formação (PILATTO, 2011); Nesse contexto, nota-se que o profissional de Enfermagem está mais suscetível ao uso das PIC's, pois entende a necessidade do cuidado integral e autônomo direcionado ao paciente, sendo possível obtê-los através das Práticas Integrativas e Complementares (PEREIRA et al., 2014).

Dentre as Práticas Complementares utilizadas pelos pacientes oncológicos em diversos estudos, foram ressaltadas as Plantas Medicinais, Fitoterapia (PEREIRA et al., 2014), a Fé/Religião como auxiliares na redução da dor (FERNANDES et al., 2020), Reiki, Acupuntura e a Musicoterapia, salientando a necessidade de formação técnica para o profissional que desejar aplicá-la (MENIN E ORSO, 2020).

Em sua dissertação Menin e Orso (2020), citam a acupuntura e a musicoterapia como eficazes para o relaxamento mente/corpo, melhoria do sono, diminuição da ansiedade durante o período de internação hospitalar, minimizando também os sintomas decorrentes do tratamento antineoplásico e depressão, além da redução algica, houve também a diminuição expressiva no uso de medicamentos analgésicos (MOURA E GONÇALVES, 2020).

O Reiki é citado como outra terapia complementar solicitada pelos pacientes com efetividade comprovada, embora segundo a PNPIC, esta não esteja designada para tratamento algico, a Prática estimula reação energética entre corpo e mente, permitindo relaxamento e bem-estar (MOURA E GONÇALVES, 2020); Os resultados de sua implementação são favoráveis na redução de dores, estresse e insônia, redução do uso de fármacos analgésicos e melhora da qualidade de vida do cliente (PILATTO, 2011).



Conforme Fernandes et al. (2020), a religião é necessária ao processo de enfrentamento da doença, colaborando para restauração da saúde do praticante, permitindo melhores condições à nutrição, sendo favorável ao desenvolvimento de formas para encarar as adversidades da patologia, além de permitir diminuição do estresse, reequilibrando os encargos do Sistema Nervoso. Permite também que o paciente tenha o conforto emocional, autocuidado, fortalecimento de relacionamentos com parentes e amigos e encare a doença de forma também protagonista (MENIN E ORSO, 2020).

Segundo a observação de Pereira et al. (2020) a Fitoterapia é a PIC mais utilizada entre os pacientes oncológicos, levando em conta seu baixo custo, forte conhecimento cultural, e sua fácil acessibilidade. Em seu trabalho, Moura e Gonçalves (2020), referem-se à sensação de insuficiência que é vivenciada pelo portador de neoplasia e as pessoas de seu convívio no manejo das dores, a Fitoterapia permite a autonomia do paciente e cuidadores ao usá-la, bem como o equilíbrio entre a aplicabilidade da PIC em conjunto com o tratamento convencional.


Por ser uma Prática Complementar predominantemente natural, seu uso é por vezes indiscriminado, à vista disso, nas terapias farmacológicas podem ser identificadas reações adversas, resultado de interações medicamentosas, agravando assim à saúde do paciente (MENIN E ORSO, 2020).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este estudo, foi possível identificar dentre os praticantes de PIC's no cuidado oncológico, preferência por Práticas específicas, como Reiki, Acupuntura, Musicoterapia, Fitoterapia e a Religião; Estas, possuindo eficácia comprovada para o relaxamento físico e mental, diminuição da ansiedade, conforto, além da significativa redução das dores causadas pelo Câncer.

Foi notado em concomitância, a pouca produção científica com o foco nas Práticas Integrativas e Complementares voltados à Enfermagem e os benefícios de seu uso no processo do cuidado ao paciente em todo o ambiente. Percebe-se também o despreparo do enfermeiro em relação a aplicação das PIC's para o tratamento e redução da dor oncológica.

Acerca da carência no aprendizado relacionada as Práticas Integrativas e Complementares por parte da Enfermagem, podemos aconselhar que este conteúdo seja



inserido na grade curricular dos cursos de graduação ou seja fornecido em forma de cursos de curta duração de caráter complementar.

É de cunho prioritário, que as instituições que ofertarem cuidados oncológicos, admitam enfermeiros capacitados e de conhecimento técnico relacionado às PIC's, para que este proporcione experiência aos demais da equipe de Enfermagem, através de programas de educação continuada, garantindo assim a implementação destas Práticas Integrativas ao portador neoplásico.

Com essa finalidade o enfermeiro deve ter formação especializada para a implementação das PIC's, sendo encorajado para a produção de estudos científicos, com abordagem a este tema, que é de grande relevância à saúde e à Enfermagem, também buscar atualização para edificar sua assistência, resultando na criação do vínculo com o paciente, assim como o estímulo da autonomia da equipe de Enfermagem e do cliente e seus cuidadores no enfrentamento à neoplasia e à dor oncológica, mantendo o foco na melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

A pesquisa possibilitou aprimorar a nossa visão e compreensão sobre a necessidade do profissional de Enfermagem a possuir domínio destas Práticas, aspirando por um cuidado completo ao paciente neoplásico. Ainda sobre as PIC's, é de importância para melhoria da saúde de seus praticantes, em evidência o portador de câncer e o controle da dor advinda da enfermidade acometida, o que causará um impacto positivo, favorecendo a autonomia da Enfermagem frente a assistência ao paciente oncológico.

REFERÊNCIAS


BIASI, P. T., ZAGO, V. L. P., PAINI, J. P., BIASI, L. S., Manejo da dor no paciente oncológico pela equipe de enfermagem. **Perspectiva**, v. 35, n. 129, p. 157-66, 2011.

BRASIL, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2ª edição Brasília, DF. **Ministério da saúde**, 2015.

FERNANDES, A. R., et al., Práticas integrativas e complementares em saúde no cotidiano de crianças com câncer. **REVISTA ENFERMAGEM AUTAL IN DERME**, 92-30, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. **5ª edição da revista**, 2019.

LOPES-JUNIOR, L. C., et. al., Tratado de Enfermagem em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 1, 2018.



PENNAFORT, V. P. S., et. al., Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 289-295, 2012.

PEREIRA, R. D. M., et al., Práticas integrativas e complementares de saúde: revisão integrativa sobre medidas não farmacológicas à dor oncológica. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(2):710-7, fev., 2014.

PILATTO, M. T. S., Medidas não farmacológicas possíveis de serem implementadas por enfermeiros para tratar de pacientes com dor oncológica, **bibliodigital.unijui.edu.br**, 2012.

MENIN, S. P., ORSO, Z. A., Benefícios no tratamento do câncer atrelado ao uso das práticas integrativas e complementares: revisão da literatura. **Perspectiva: Ciência e Saúde**, Osório, V.5 (1): 12-18, Mar 2020.

MOURA, A. C. A., GONÇALVES, C. C. S., Práticas integrativas e complementares para alívio ou controle da dor em oncologia. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, 9(1): 101-108, 2020.

SILVA, R. C. V., CRUZ, E. A., Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 180-185, 2011.

SOUZA, M. T., SILVA, M. D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, p. 102-106, 2010.

TOSTES, C. Papel do enfermeiro clínico especialista em oncologia. 2015. Disponível em: <https://www.grupooncoclinicas.com/inorp/nossos-resultados/papel-do-enfermeiro-clinico-especialista-em-oncologia/>

VENDRUSCULO-FANGEL, L. M., et al., Cuidados Paliativos. **Diretrizes Oncológicas**. 1ª edição edição da revista, C. 48, p.755-777, 2018.



CAPÍTULO 25

FRAGILIDADES NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E SUAS REPERCUSSÕES NA FILA DE ESPERA

Elaine Cristina dos Santos, Faculdade de Apucarana
Fabio José Antonio da Silva, Universidade Estadual de Londrina/PR

RESUMO

A fragilidade na doação de órgãos e suas repercussões na fila de espera, é um assunto que ganha destaque, pois muitas pessoas morrem na fila a espera de um órgão que ofereça melhora na sua qualidade de vida. Diante desse contexto questionam-se quais as informações relevantes que devem ser repassadas a população de forma educativa que beneficie a doação de órgãos/tecidos? Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar as fragilidades quanto à doação de órgãos e suas repercussões na fila de espera. Para a elaboração deste estudo foi empregado à metodologia bibliográfica descritiva a qual utilizou 26 estudos de base SCIELO, BVS, REME UNASUS e revistas que tragam assuntos relacionados com a temática em destaque. Portanto, espera-se que mediante os conhecimentos que a população tiver referente à fragilidade na doação de órgãos e suas repercussões na fila de espera possam ser possíveis mensurar a benfeitoria que acontece quando a família doa órgãos e tecidos para transporte.


PALAVRA-CHAVE: Doação de órgãos e tecidos. Enfermeiros. Família. Morte.

1 INTRODUÇÃO

O processo de doação de órgãos está voltado para questões relacionadas à moral e ética humana, pois remete a um processo de trabalho difícil marcado por diversos conflitos como a morte. A doação pode ser compreendida como sendo um ato de amor, pois a pessoa deseja que partes do seu corpo (órgãos ou tecidos) que em condições possam ser aproveitadas para ajudar outras pessoas (MAGALHÃES et al., 2017).

De acordo com a visão de Mattia et al (2010), o processo de doação de órgãos pode ser definido como sendo um conjunto de ações e procedimentos que se inicia com um desejo em ajudar outras pessoas. Desta forma a doação parte-se do princípio como a inscrição ao Centro de Notificação, Capitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), assim como as explicações acerca dos critérios de distribuição de órgãos ou tecido o qual a pessoa se enquadra como doador. (DELMANTO, DELMANTO JUNIOR; DELMANTO, 2013).

A doação parte-se da premissa de uns critérios de seleção, onde são pontuados alguns dados como a idade, o diagnóstico que ocasionou à morte clínica e o tipo sanguíneo do doador, para que assim possa levantar qual o possível receptor compatível. A única restrição de doador



cabe apenas àquelas pessoas que são aidéticas ou que possuem um quadro de doenças infecciosas ativas. (MATTIA, et al., 2010).

A realização deste trabalho tem como justificativa a necessidade de divulgações a cerca da doação de órgão/tecidos, visto que é necessário educar para avançar, ou seja, as pessoas precisam ser conscientes do bem que podem fazer ao outro mesmo após a sua partida. Haja vista que, o processo de doação e transplante é um conjunto de ações os quais o doador necessita estar identificado na unidade de terapia intensiva (UTI) ou pronto-socorro (PS). Os doadores na sua grande maioria são pacientes internados por causas neurobiológicas.

Dentro desta esfera podem-se questionar quais são os possíveis esclarecimentos que possam ser repassados a população de forma educativa que venha beneficiar a doação de órgãos/tecidos? Pois, quem doa acaba contribuindo para que a vida de outras pessoas tenha segunda chance, afinal aquelas pessoas que estão internadas com quadros diagnosticados com causas neurobiológicas são irreversíveis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar as fragilidades da conscientização na doação de órgãos e suas repercussões.


2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir para o conhecimento referente à doação de órgãos/tecidos;
- Descrever a contribuição do (a) enfermeiro (a) frente à concepção das pessoas acerca deste ato;
- Delinear considerações teóricas relacionadas ao processo de doação e órgãos e tecidos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃO APÓS ME

A primeira concepção de Me foi dada na década de 50 do século XX, por diferentes profissionais que buscavam esclarecer e definir o que seria a ME, conforme explicam Rodrigues, et al., (2013, p. 271): “Um comitê composto por 10 clínicos, um historiador, um teólogo, um advogado e presidido por professor de Havard, Henry Beecher, foi criado em 1967 e reproduziu o relatório que é considerado a origem dos critérios para o diagnóstico de ME”.



Porém, esse acontecimento tornou-se o mais conhecido e acabou dando início aos transplantes de órgãos.

O primeiro protocolo de morte encefálica no Brasil se deu em 1987, seu conhecimento foi aprimorado de acordo com o passar dos anos e conforme a Resolução CFM 1.480/97 foi adequada os novos conhecimentos técnico-científicos, determinando então as causas da ME por meio dos testes. Sendo assim, os critérios utilizados para diagnosticar a ME, deve ser realizado quando a causa é irreversível (BRASIL, lei 1480, 1997 apud FERREIRA; et al. 2018, p. 1039).

Nesse mesmo contexto Westphal; et al., (2016, p. 222): “Morte encefálica é definida pela perda das funções do encéfalo (cérebro e tronco encefálico), manifestada por com a aperceptivo, ausência dos reflexos de tronco encefálico e apneia”. Desta forma a morte encefálica pode ser compreendida como a perda irreversível de todas as funções vitais.

3.2 IDENTIFICAÇÃO DAS FRAGILIDADES NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E SUAS REPERCUSSÕES

Para que aconteçam os procedimentos de doações de órgãos alguns fatores devem estar em conformidades, como a morte encefálica (ME), por exemplo, pois não existem condições de que a vítima retorne a vida. Visto que a morte encefálica é definida como parada completa e irreversível das funções encefálicas, impossibilitando a manutenção da vida sem o auxílio de meios artificiais. (CISNE, et al., 2016).

Nesse mesmo sentido Costa, et al., (2017) afirmam que a morte encefálica (ME) corresponde à parada total e irreversível das funções cerebrais. Entre as causas mais comuns da estão trauma crânio-encefálico, acidente vascular cerebral hemorrágico; ruptura de aneurisma; lesão difusa de cérebro depois de parada cardiorrespiratória revertida; lesões isquêmicas, tumores cerebrais, edema cerebral, meningoencefalites e encefalites fulminantes.

A morte encefálica precisa de dois exames neurológicos de profissionais diferenciados (neurologista ou neurocirurgião) que confirmem a morte do paciente. Além disso, é fundamental a realização de exame complementar que confirme a ausência de atividades elétrica e metabólica encefálica ou de perfusão sanguínea encefálica (CISNE, et al., 2016).

O primeiro exame para comprovar a morte encefálica deve ser realizado pelo médico intensivista ou pelo assistente desde que esteja apto. O segundo exageradamente é realizado pelo neurologista ou neurocirurgião ou ainda neuropediatra, esses profissionais não devem fazer

parte de equipes de captação ou transplante. A realização dos exames deve respeitar um intervalo conforme a idade do paciente. (WESTPHAL, 2016).

Tabela – 1 Intervalo entre os testes clínicos de acordo com a faixa etária do PD

IDADE	INTERVALO ENTRE OS TESTES CLÍNICOS
7 dias a 2 meses incompletos	2 EEG com intervalo de 48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	2 EEG com intervalo de 24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	Qualquer; se EEG, realizado e exames com intervalos de 12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

Fonte: MANUAL PARA NOTIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA, 2016


Os testes de apneia também são empregados na verificação da ME, pois mediante esse procedimento é possível verificar o estímulo do centro respiratório à hipercapneia além de avaliar a integridade da região pontobulbar. “O paciente que será submetido ao teste de apneia deve estar hemodinamicamente compensado, sem arritmias, sem hipóxias, com temperatura normal e controle metabólico adequado”. (PARANÁ, 2016, p. 11).

Os cuidados desempenhados pelos enfermeiros com os pacientes em morte encefálica que são de total importância, “principalmente no manejo das alterações fisiopatológicas inerentes da morte encefálica e na monitorização hemodinâmica e, isso estará diretamente associado à efetivação da doação de órgãos” (MAGALHÃES, et al., 2018, p. 218).

De acordo com a visão de Cavalcante, et al., (2014), os cuidados dos enfermeiros com os pacientes em morte encefálica são complexos, pois exige a demanda de uma equipe multiprofissional que atue diretamente na unidade de terapia intensiva. Desta forma, cabe ao enfermeiro responsável o cuidado direto ao potencial doador de órgãos e seus familiares.

Segundo Costa, et al., (2017, p. 131): “A adequada avaliação clínica e laboral do potencial doador (PD) é essencial para se obter órgãos e tecidos em condições adequadas para transplantes, de modo a evitar a transmissão de enfermidades infecciosas ou neoplásticas”. Além disso, também são avaliadas contraindicações para a adoção. Logo que é identificado o potencial doador existe a obrigatoriedade de alguns procedimentos como; a notificação à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), descentralizada em comissões de organização de procura de órgãos (OPO).

Embora o Brasil seja destaque em transplante de órgãos, ainda enfrenta dificuldades na obtenção de órgão conforme ressaltam Gois; et al. (2017, p. 622): “Em 2016, o país não atingiu a meta de doadores efetivos, que era de 15,1 por milhão de população (pmp) e ficou (14,6 pmp,



ainda, a taxa de notificação de potenciais doadores com ME cresce lentamente”. As fragilidades no processo de manutenção de PD podem repercutir nesses indicadores.

Nesse mesmo contexto Costa; et al. (2017, p. 134) apontam outras fragilidades como: “Fragilidades na atenção ao PD de órgãos e tecidos – sejam em nível estrutural, financeiro ou de recursos humanos – têm sido descritas na literatura com os possíveis responsáveis pela não efetivação de parcela importante doações”. Cabe destacar que também existem outros fatores que agravam a situação como o número insuficiente de profissionais e recursos financeiros limitados.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO QUE REFERE À DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Em 1968 foi publicada pela primeira a lei nº 5.479, relacionada ao transplante, porém foi revogada pela Lei 8489/92 para que houvesse algumas mudanças em seus contextos, como a retirada do termo transplantes de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica (PIMENTEL; SANSUR; DADALTO, 2018). A referida lei foi clara ao apontar que com o esgotamento de todas as possibilidades de tratamento do enfermo, a condição que lhe seria plausível é o transplante.

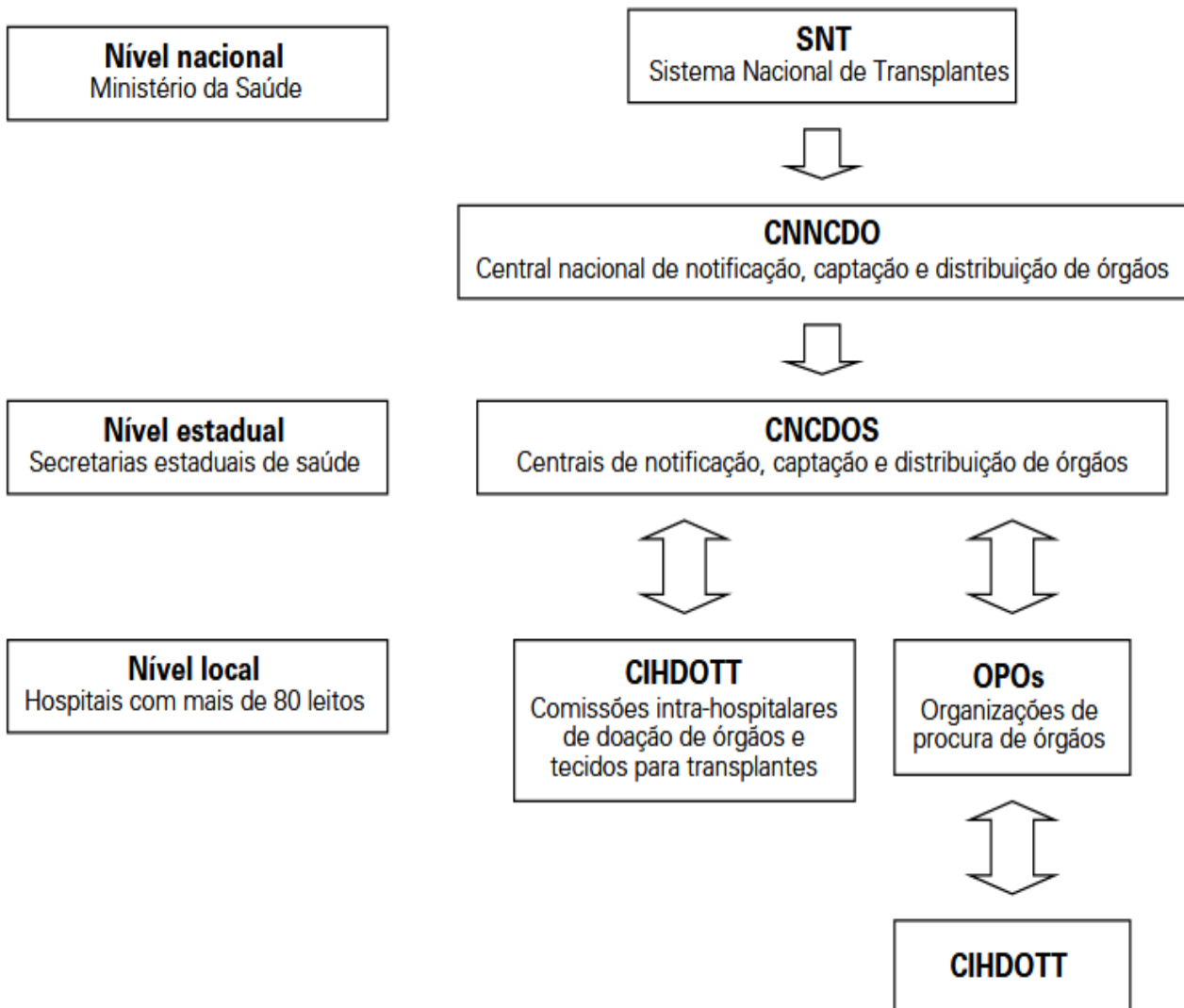
Segundo os apontamentos de Arcanjo, Oliveira, Silva (2013), a luta por leis e decretos referentes à doação de órgãos e tecidos para transplantes duraram aproximadamente quase trinta anos, pois no período de 1968 a 1990 as atividades voltadas para a divulgação e doação de órgãos eram poucas. Havia desinformações das regulamentações locais e regionais voltadas para o transplante de órgãos e tecidos, pois como iriam acontecer as retiradas de órgãos e os critérios que seriam utilizados para a distribuição dos órgãos captados? Essas informações ficavam desconhecidas, desta forma novas mudanças tiveram que acontecer.

Nesse mesmo parâmetro Mattia, et al., (2010) sustentam que no território nacional os transplantes de órgãos iniciaram na década de 1960. Ou seja, demorou quase 30 anos para que a atividade de transplante passasse a ser regulamentada, visto que, em 1997, os transplantes foram regulamentados por meio da Lei nº 9.434/1997 e seu Decreto nº 2.268.

Em 1997 foi criado o Sistema Nacional de Transporte (SNT), com isto houve uma melhor organização com relação à legislação brasileira referente ao transplante de órgãos, pois foram estabelecidos três níveis hierárquicos conforme esclarece Medina-Pestana; et al.. (2011, p. 473):

“1 o nível nacional, no MS, em Brasília; 2 o nível regional, em cada secretaria estadual de saúde; 3 e o nível intra-hospitalar” conforme pode ser verificado na Figura – 2.

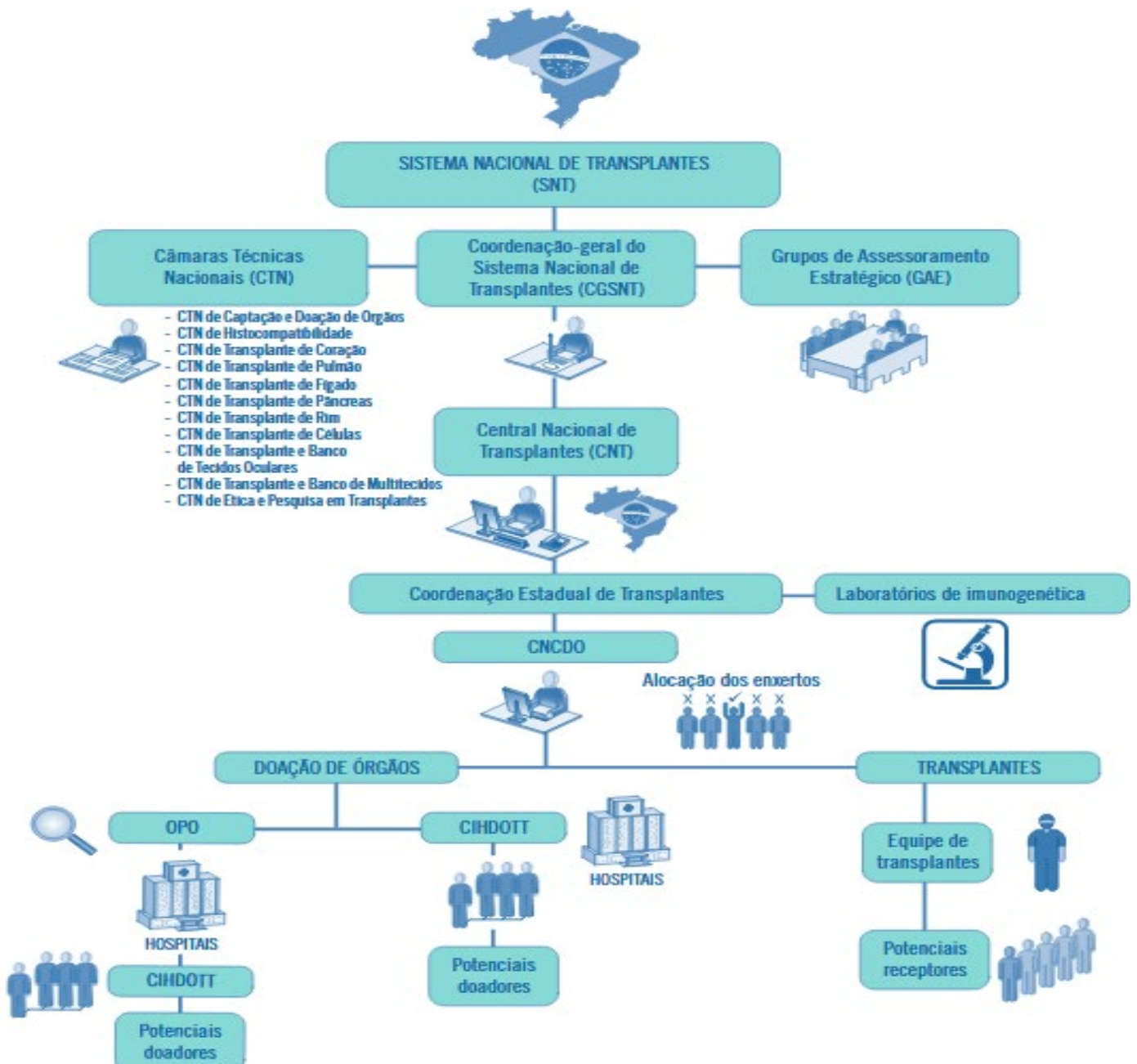
Figura – 1 Organização do Sistema Nacional de Transplantes.



Fonte: Medina-Pestana; et al.2011.


Mediante essa coordenação realizada pelo SNT e coordenada pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de órgão (CNNCDO) localizada em Brasília passa a ser a responsável pela alocação de órgão entre os estados.

Figura – 2 Estrutura e Funcionamento do sistema Nacional de Transplantes (SNT)



Fonte: Moura; Silva, 2014.

A doação de órgãos pode ser compreendida como um processo de solidariedade e eficácia, pois pode levar a cura de doenças e salvar vidas, pois muitas pessoas acabam por desenvolver determinadas patologias que comprometem seus órgãos. Enquanto que o transplante de órgãos é apontado por Mendes, et al., (2012). Como sendo uma opção de tratamento que visa à qualidade de vida de pessoas de todas as idades, que venham a apresentar doenças crônicas que não tenha outros meios de tratamento.



De acordo com os apontamentos de Silva, et al., (2016), o Brasil dispõe dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos, sendo que aproximadamente 95% dos procedimentos são realizados no SUS, com uma parceria com o Sistema Nacional de Transplantes, formadas por 25 estados do país, com mais de 1.300 equipes e 550 estabelecimentos atualizados para realizar o procedimento.


O processo de doação de órgão se dá após a constatação da ME e a declaração da morte do indivíduo e a certificação se o mesmo poderia ser um potencial doador de órgão e tecidos, permitindo salvar outras vidas conforme sustenta Hirschheimer (2016, p. 30): “A experiência acumulada e os avanços nas técnicas e de imunossupressão têm levado os programas de transporte de órgãos e tecidos a níveis expressivos de sucesso”. A dificuldade que limita os programas de transplantes são as dificuldades de identificar os potenciais doadores.

Segundo as normas da Associação Brasileira de Transplante de órgãos (ABTO, 2017), ao realizar todas as etapas de verificação se o indivíduo seria um potencial doador, é fundamental a autorização dos familiares ou responsáveis para que o procedimento se formalize. Porém, quando o indivíduo manifesta o desejo em ser doador ainda em vida por meio de diálogos com as pessoas mais próximas, o processo se torna mais fácil, pois a vontade do indivíduo é respeitada. Cabe salientar que muitas pessoas não possuem conhecimentos referentes a ME e sobre doação de órgãos o que se torna um desafio para os enfermeiros que precisam interagir com a família ou responsável, informando-a o que é a ME e a doação de órgãos.

Segundo Moreira, et al., (2016, p. 33): “A participação da Enfermagem no processo de doação e transplante de órgãos é regulamentada pela Resolução 292/2004 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN”. Pois essa medida permite que o profissional enfermeiro participe dos processos de doação e transplante de órgão.

3.3.1 Acolhimento

O acolhimento familiar é considerado primordial, no momento em que é informado aos responsáveis sobre a ME, pois é um momento difícil em que a família está enlutada, e muitas vezes não sabem qual decisão tomar, conforme o enfermeiro vai conversando com o responsável é possível introduzir o assunto de doação de órgão (MOURA; SILVA; SILVA, 2014).



Entretanto, mediante a ME se o indivíduo for um possível doador se faz necessário que o corpo continue apresentando sinais vitais por meio das drogas medicamentosas e aparelhos, até que conforme a família ou responsável decida acerca da doação. Sendo assim, o enfermeiro precisa “estabilizar dos múltiplos efeitos deletérios que a morte encefálica ocasiona sobre o organismo em um pequeno espaço de tempo, gerando instabilidade hemodinâmica, o que exige extrema agilidade nos processos burocráticos” Cavalcante, et al., (2014, p. 570). Quando a família decide não doar os órgãos cessam os aparelhos.

3.3.2 Abordagem

A abordagem de órgãos/tecidos se dá somente quando a família é avisada acerca da morte do familiar. Não se deve iniciar o processo de abordagem de doação de órgão sem o consentimento da família, haja vista que se faz necessário que a equipe médica tenha os dados do responsável pelo possível doador. (CAVALCANTE *et al*, 2014).

Cabe sustentar que muitas pessoas não possuem conhecimentos referentes a ME, sendo assim, a equipe médica deverá dar atenção e esclarecer as dúvidas que possam surgir, pois a pessoa irá relutar contra o pedido de doação na esperança que a pessoa não venha a óbito (GOIS, et al.,2017).

No entanto, é comum deparar com um grupo de pessoas em um ambiente hospitalar chorando, desconsoladas, procurando encontrar um responsável por tão acontecido. Nesse mesmo grupo, poderá encontrar uma pessoa com mais controle emocional que poderá ser convocada para conversar, oferecendo-lhe ajuda. Todavia, nesse momento poderá haver a quebra de gelo, ou seja, a própria pessoa poderá cogitar na questão de doação de órgãos. (COSTA, 2017).

Portanto, quando a família já é ciente do óbito, torna-se mais fácil a aproximação do entrevistador, que não necessitará de cogitar quais órgãos poderão ser doado. Logo, o entrevistador atento à situação elege um ente querido para preencher o termo de doação. (MOREIRA, et al., 2016)



3.3.3 Quais os Processos de Doação

Os processos de doação de órgãos/tecidos configuram-se em um conjunto de ações que irão possibilitar que um possível doador, torne-se um doador efetivo de órgãos e tecidos, como por exemplo; quando os entes queridos estão conscientes que não há mais recursos para lutar contra a morte, dá início aos processos de doação, ou seja, após a confirmação da ME, os responsáveis pelo paciente devem comunicar todos os órgãos cabíveis conforme explicam (FERREIRA, et al., 2018).

No entanto, o processo de doação de órgãos tem início na identificação do doador de órgãos/tecidos dentro das UTIs ou PS. Embora os possíveis doadores possam vir a ser internados devido a causas neurológicas.

3.3.4 Exames solicitados


Conforme já foi salientada no decorrer do trabalho, a ME é a perda definitiva e irreversível das funções do encéfalo, porém, são obrigatórios os seguintes procedimentos para comprovar a ME, como a realização de dois exames clínicos que confirmem coma não perceptível além de ausência das funções do tronco encefálico. Testes de apneia que evidencie a ausência dos movimentos respiratórios e exame complementar que comprove a ausência de atividade encefálica. (MOREIRA, et al., 2016).

3.3.5 Avaliação Neurológica

O exame neurológico do coma é composto por cinco itens, como; nível de consciência, pupilas e fundo de olho, ritmo respiratório, avaliação neurológica, movimentação ocular extrínseca e padrão de resposta motora. (ABTO, 2017).

4 PAPEL DO ENFERMEIRO NA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Os enfermeiros têm um papel importante a desempenhar na luta contra a escassez de órgãos e tecidos; esse papel não pode ser desempenhado adequadamente se os enfermeiros não tiverem uma educação completa sobre doação e transplante. A educação deve ser incluída no treinamento obrigatório e concluída por todos os enfermeiros. Desenvolver atitudes mais positivas com os enfermeiros em relação ao transplante de órgãos, melhorando o conhecimento



e alterando as crenças, deve aumentar o número total de doações de órgãos. Os enfermeiros são um grupo importante que gera opinião na população de pacientes, e suas atitudes negativas podem ter um impacto negativo significativo nas atitudes da sociedade em relação à doação de órgãos. Cabe ressaltar que, quando existe uma atitude negativa, isso afeta um aspecto significativo, como crença no diagnóstico de morte encefálica ou critérios para inclusão na lista de espera. No Brasil, a doação de órgãos é aceita positivamente e a atitude é afetada por variáveis sócio-pessoais. A educação e a motivação pessoal dos enfermeiros são importantes para a participação em uma equipe profissional de coordenação de doação e transplante de órgãos (MAGALHÃES et al., 2017).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamentos da Pesquisa

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica ou de literatura com base em livros, teses, dissertações e artigos selecionados e que destaque a temática em estudo, de acordo com Oliveira (2011), caracteriza-se como uma pesquisa de natureza quantitativa que será realizada num contexto de conhecimento prévio sobre o assunto ou o tema a ser investigado.

A revisão bibliográfica ou revisão de literatura servirá como base e fundamentação para um estudo maior de uma determinada área de conhecimento, podendo proporcionar aos leitores o conhecimento dos estudos antecedentes já realizados pelo tema, o que facilitará sua compreensão, e esclarecerá a importância para um novo estudo.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado a escolha de estudos sobre o tema nos periódicos brasileiros de enfermagem no período de (2010 a 2018). Foram selecionadas publicações fazendo uso da Rede de Computadores como ferramenta de acesso e busca nas bases de dados da SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Google Acadêmico e ainda, livros e artigos existentes na Biblioteca da Faculdade de Apucarana (FAP). As publicações foram analisadas e coletadas durante os meses de 01/2019 a 06/2019. Para o levantamento da pesquisa na rede de dados, foi utilizado descritores em Ciências da Saúde (doação de órgãos e tecidos, enfermeiros, família e morte).



5.3 SUJEITO DA PESQUISA

Artigos, livros, revistas e simpósios que estejam relacionados ao assunto em evidência.

5.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para as publicações analisadas foram definidos a partir dos artigos escritos em português, com disponibilidade de texto completo em suporte eletrônico e publicado em periódicos nacionais.

5.3.2 Critérios de exclusão

Já em relação aos critérios de exclusão, foram analisados e após excluídos os artigos localizados com repetição em mais de uma base de dados: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e BDENF (Banco de Dados em Enfermagem), a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico .

5.4 COLETAS DE DADOS

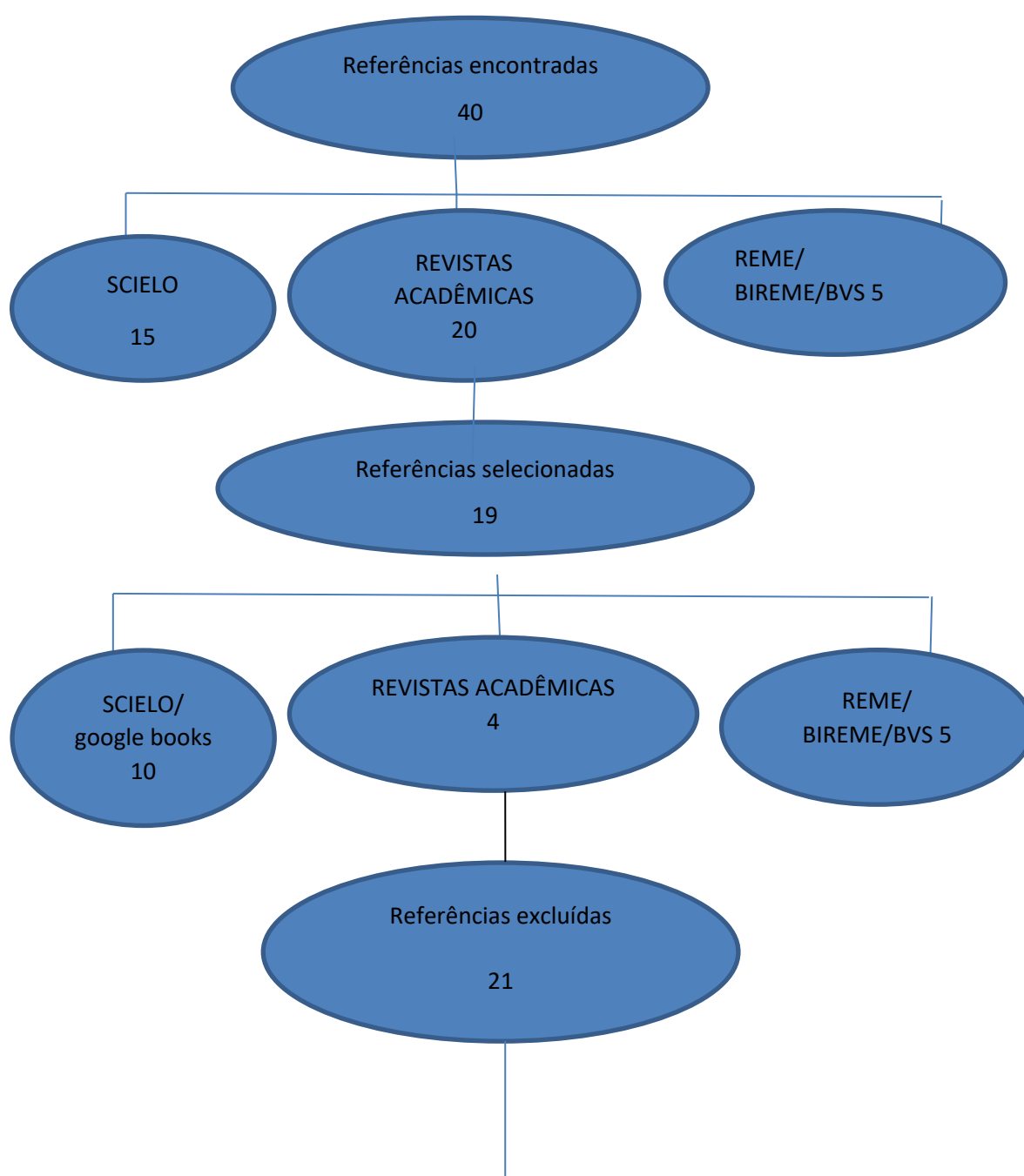
A amostra foi selecionada a partir da leitura de resumos dos artigos encontrados, capítulos de livros e documentos ministeriais que responderem o problema da pesquisa e que alcancem os objetivos propostos. A partir da leitura, foram selecionadas as bibliografias que se encaixarem nos critérios de inclusão e exclusão, totalizando um número de 40 referências bibliográficas. Para ter acessos aos textos foram empregados os recursos disponíveis a rede de bando de dados e leitura na íntegra.

Para o mapeamento das produções científicas, foi elaborado um instrumento com a finalidade de coletar informações e responder ao objetivo desta revisão. Esse instrumento visa a abranger os seguintes itens: ano e país de origem; título do estudo; periódico de publicação; objetivo; tipo de estudo; referencial metodológico; descrição acerca da fragilidade na doação de órgãos e suas repercussões na fila de espera e apresentação dos resultados (Apêndice A). Em seguida todos os artigos selecionados que foram estudados e analisados na íntegra.

Por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica, sem envolvimento com seres humanos, dispensa a aprovação do comitê de ética em pesquisa.

Foi realizada a análise de conteúdo em três etapas: pré-análise, exploração dos materiais e interpretação dos resultados. Posteriormente foi desenvolvida a leitura flutuante e fichamentos (ficha documental e ficha de extração de dados) possibilitando uma leitura abrangente do conteúdo. A leitura chegou à codificação da temática fixada nos fichamentos e organização de categorias para resultado e discussão de acordo com a literatura, conforme representado na Figura 3- Fluxograma de triagem de artigos para revisão bibliográfica. Para acesso aos textos completos foram utilizados os recursos disponíveis na rede de banco de dados e leitura na íntegra.

Figura 3- Fluxograma – Referências utilizadas e excluídas da análise de dados





Fonte: Santos, 2019.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos embasados possibilitou coletar informações que estejam relacionadas ao estudo. Mediante a análise dos artigos é possível obter conhecimentos relacionados a fragilidades na doação de órgãos e suas repercussões na fila de espera. Considerando-se que o objetivo principal deste trabalho visa identificar as fragilidades na doação de órgãos e suas repercussões.

Inicia-se então, a apresentação dos resultados do estudo com a descrição dos artigos encontrados, de acordo com o ano de publicação e a base de dados onde estão indexados (QUADRO 1).

Quadro 1 – Descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo base de dados e ano

Estudo	Base de dados	Ano	Descrição dos Artigos
01	SCIELO	2018	Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador
02	SCIELO	2018	Autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil
03	Acervo saúde	2018	Doação de órgãos após a morte encefálica: a importância da enfermagem como disseminadora de informações à população
04	SCIELO	2017	Efetividade do processo de doação de órgão para transplantes
05	SCIELO	2017	Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros
06	BVS	2017	Registro de transplante
07	FACENE	2016	Percepção acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgão
08	BVS	2016	Morte encefálica e doação de órgãos e tecidos
09	BVS	2016	Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes
10	Secretária de Estado da Saúde	2016	Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos

11	FACENE	2016	Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: revisão integrativa da literatura
12	SCIELO	2016	Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica
13	SCIELO	2014	Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos
14	Manual do núcleo de Captação de órgãos	2014	Iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT
15	SCIELO	2013	Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes
16	SCIELO	2012	Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro
17	SCIELO	2011	O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica
18	Google Books	2011	Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisa em administração.
19	Centro Universitário	2010	Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura

Fonte: Santos, 2019.

Conforme foi citado na metodologia de estudo, foram encontrados 19 artigos ou outros trabalhos indexados nas bases de dados consultadas. Desse total 9 (47,40%) estavam indexados na base SCIELO, 01 (5,26%) na base Manual do Núcleo de Capacitação de Órgãos, 2 (10,52%) na base FACENE, 02 (10,52%) na base Secretaria de Estado da Saúde, 02 (10,52%) na base BVS, 01 (5,26%) e 01 (5,26%) na base Acervo de Saúde e 1 (5,26%) na base de dados do *google books*.

De acordo com o instrumento proposto para análise das referências encontradas, o Quadro 2, abaixo apresenta a síntese das publicações, no qual se refere ao delineamento da pesquisa, formação do autor principal, país, idioma, tipo de periódico (área de conhecimento).

Quadro 2 – Descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo delineamento da pesquisa, formação do autor principal, país, idioma, tipo de periódico (área de conhecimento).

Estudo	Delineamento	Formação do autor principal	Instituição do autor principal	País	Idioma	Tipo de periódico
01	Estudo qualitativo	Especialista	Universidade Federal de Santa Catarina	Brasil	Português	Revista Gaúcha de enfermagem
02	Revisão de literatura	Especialista	Centro Universitário Newton Paiva	Brasil	Português	Rev. Bioét.
03	Revisão bibliográfica descritiva	Graduada em enfermagem	Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves	Brasil	Português	Revista eletrônica acervo saúde
04	Estudo transversal	Enfermeira	Universidade Estadual de Maringá	Brasil	Português	Actua Paul Enferm.
05	Entrevista semiestruturada	Especialista	Escola de Saúde Pública do Ceará	Brasil	Português	Rev. Bioét.

06	Pesquisa qualitativa descritiva	Escritor	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos	Brasil	Português	RBR
07	Pesquisa qualitativa	Enfermeira	Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).	Brasil	Português	Rev. Enferm. Atenção à Saúde
08	Revisão de literatura descritiva	Médico Pediátrica	Sociedade Brasileira de Pediatria'	Brasil	Português	Residência Pediátrica
09	Revisão integrativa	Enfermeiro	Universidade do Vale do Paraíba	Brasil	Português	Revista Prevenção de Infecção e Saúde
10	Revisão de literatura descritiva	Doutora	Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde	Brasil	Português	Arquivos File Cet
11	Revisão integrativa	Enfermeira	Universidade Federal de Paraíba	Brasil	Português	Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança
12	Revisão de literatura	Doutora	Associação de Medicina Intensiva Brasileira.	Brasil	Português	Rev.Bras. Ter. Intensiva
13	Pesquisa descritiva	Enfermeira	Universidade Federal do Ceará	Brasil	Português	Actua Paul Enferm.
14	Revisão de literatura e descritiva	Especialista	Instituto Israelita de responsabilidade social projeto núcleo de captação de órgãos – NCAP	Brasil	Português	Documentos compartilhados
15	Revisão de literatura	Especialista	Hospital Universitário de Juiz de Fora	Brasil	Português	Rev. Bioét
16	Revisão bibliográfica	Doutora em Ciências	Universidade de São Paulo	Brasil	Português	Textos Contextos Enferm.
17	Revisão de literatura	Especialista	Universidade Federal de São Paulo	Brasil	Português	J Bras. Nefrol.
18	Revisão de literatura	Escritor		Brasil	Português	Ed. UFG
19	Revisão Integrativa	Doutora em Enfermagem	Universidade Católica de Santos	Brasil	Português	Rev. BioEthiukos

Fonte: Santos, 2019.

Ao analisar os dados obtidos através da pesquisa realizada observa-se que, com relação aos 19 (100%) dos trabalhos utilizados, 11 (57,92%) utilizaram revisões de literatura ou revisões bibliográficas, 01 (5,26%) estudos transversal, 02 (10,52%) pesquisa qualitativa, 03 (15,78%) utilizaram revisões integrativa, 01 (5,26%) utilizou-se do método de entrevista semiestruturada e 01(5,26%) utilizou-se da pesquisa descritiva.

Com relação à formação do autor principal, 12 (63,15%) são enfermeiros ou especialista em enfermagem, 5 (26,33%) são médicos e 2 (10,52) escritor.

Quanto à instituição de origem do autor principal 15 (78,95%) estão vinculadas diretamente com faculdade e ou universidades.

Em relação ao idioma, todos os trabalhos pesquisados 19 (100%) são publicações em português e no Brasil como país de origem e sede do estudo.

A seguir, são apresentados os periódicos onde foram publicados os artigos selecionados para o estudo, de acordo com o número de artigos (QUADRO 3).

Quadro 3 – Periódico utilizados para publicação

Periódicos	Nº	%
Revista Gaúcha de enfermagem	1	(5,55%)
Rev. Bioét.	2	(11,11%)
Revista eletrônica acervo saúde	1	(5,55%)
Actua Paul Enferm.	1	(5,55%)
Rev. Bioét.	1	(5,55%)
RBR	1	(5,55%)
Rev. Enferm. Atenção à Saúde	1	(5,55%)
Residência Pediátrica	1	(5,55%)
Revista Prevenção de Infecção e Saúde	1	(5,55%)
Arquivos File Cet	1	(5,55%)
Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança	1	(5,55%)
Rev. Bras. Ter. Intensiva	1	(5,55%)
Actua Paul Enferm.	1	(5,55%)
Documentos compartilhados	1	(5,55%)
Textos Contextos Enferm.	1	(5,55%)
J Bras. Nefrol.	1	(5,55%)
Rev. BioEthiukos	1	(5,55%)

Fonte: Santos, 2019.

Em relação aos periódicos, pode-se perceber que 18 (100%) das publicações selecionadas estão vinculados a área da saúde.

O transplante de órgãos no Brasil teve início na década de 60, porém, não obtinha tanta divulgação devido ao insucesso dos transplantes. Porém, após 15 anos os transplantes passaram a ganhar ênfase, pois com o avanço das tecnologias e a criação de técnicas, equipamentos altamente eficaz, métodos de determinação de histocompatibilidade entre doador e receptor, os transplantes de órgãos passaram a ser um sucesso.

Arcanjo; Oliveira; Silva (2013, p. 120) afirmam: “Durante quase trinta anos, no período de 1968 a 1990, a atividade de transplante era pouco regulamentada”. Havia a falta de regulamentação dos locais onde haviam sido retirados os órgãos a serem transplantados, devido à própria informalidade com relação à inscrição de receptores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O transplante de órgãos é viável devido ser uma das únicas opções de tratamento para viabilizar a qualidade de vida de determinadas pessoas. Pois como a própria literatura embasada relatou que o primeiro transplante de órgãos com destaque no Brasil ocorreu em 1965, após ter obtido êxito, outros órgãos como, fígado, córneas, coração, pâncreas entre outros órgãos passaram a serem transplantados. Porém, ainda existem muitas pessoas em fila de espera, devido à insegurança dos possíveis doadores e familiares.

Todavia, uma das maiores fragilidades na doação de órgãos está vinculada a falta de orientação da própria população, pois quando um indivíduo já declarado com ME, os familiares preferem desligar os aparelhos a doarem os órgãos, ou quando decidem doarem os órgãos já se passaram muito tempo e não é mais possível, pois o possível doador não recebeu os cuidados devidos.

A ME desencadeia falência múltipla de todos os órgãos por causa das alterações endócrinas, metabólicas e hemodinâmicas, requerendo dos enfermeiros muita atenção e cuidados para estabilizar hemodinâmica e qualidade dos órgãos e tecidos.

Desta forma, podemos afirmar que a equipe de enfermeiros são fundamentais, pois são responsáveis por entrar em contato com a família do paciente, negociar ou seja, explicar como poderá acontecer a doação, sem esquecer da dor que essa família está passando.

REFERÊNCIAS


ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. 2017. Registo de transplante. São Paulo: Dados da **Sede da ABTO**.

ARCANJO, Rafaela Alves; OLIVEIRA, Lilian Candiá de; SILVA, Delma Dias da. Reflexões sobre a comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplantes. **Rev. Bioét.** v. 21, n. 1, p. 119-125, 2013.

CAVALCANTE, Layana de Paula; et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n. 6, p. 567-572, 2014.

CISNE, Maria Samara Vasconcelos; et al. Percepção acadêmicos de enfermagem e medicina sobre fragilidades na atenção ao potencial doador de órgão. **Rev. Enfer. Atenção Saúde** jan./jul. v. 5, n.1, p. 64-73, 2016.

COSTA, Israel Ferreira da; et al. Fragilidades na atenção ao potencial doador de órgãos: percepção de enfermeiros. **Rev.bioét. (Impre.)** v.25, n.1, p. 130-137, 2017.



FERREIRA, Maísa Cristina Pôssa; et al. Doação de órgãos após a morte encefálica: a importância da enfermagem como disseminadora de informações à população. **REAS**, Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. Sup. 11, S 1037-S1044, 2018.

GOIS, Renata Santos Silva; et al. Efetividade do processo de doação de órgão para transplantes. **Acta Paul Enferm.** V. 30, n.6, p. 621-627, 2017.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto. Morte encefálica e doação de órgãos e tecidos. **Residência Pediátrica**, v. 6 (Supl 1), p. 29-45, 2016.

MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; et al. Significados do cuidado de enfermagem ao paciente em morte encefálica potencial doador. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39, n.3, p. 2017-2074, 2018.

MATTIA, Ana Lúcia de; et al. Análise das dificuldades no processo de doação de órgãos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista BIOETHIKOS** – Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 1, p. 66-74, 2010.

MEDINA-PESTANA, José O.; et al. O contexto do transplante renal no Brasil e sua disparidade geográfica. **J Bras Bras. Nefrol.** v. 33, n.4, p.472-484, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiros. **Textos Contextos Enferm. Florianópolis**, v. 21, n. 4, p. 945-953, 2012.

MOREIRA, Wanderson Carneiro; et al. Assistência de enfermagem no processo de doação de órgãos e transplantes. **Rev. Pre. Infec e Saúde**, v. 2, n. 1-2, p. 32-42, 2016.

MOURA, Luciana Carvalho; SILVA, Vanessa Silva e. **Manual do núcleo de captação de órgãos: iniciando uma Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes: CIHDOTT Baruri**, SB: Minha Editora, 2014.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisa em administração. Catalão: **UFG**, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Gestão de Sistemas de Saúde. Manual para notificação, diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos/Central Estadual de Transplantes – Curitiba: **CET/PR**, 2016.

PIMENTEL, Willian; SARSUR, Marcelo; DADALTO, Luciana. Autonomia na doação de órgãos post mortem no Brasil. **Rev.Bioét.** v. 26, n. 4, p. 530-536, 2018.

RODRIGUES, Carlos Frederico Almeida; et al., Morte encefálica, uma certeza? O conceito de “morte cerebral” como critério de morte. **Revista BIOETHIKOS** – Centro Universitário São Camilo, v.7, n.3, p.271-181, 2013.

SILVA, Michelle Trigueiro; et al. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 37-46, 2016

WESTPHAL, Glauco Adrieno; et al. Diretrizes para avaliação e validação do potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev. Bras. Ter. In tensiva.** v. 28, n. 3, p. 220-255, 2016.



MAGALHÃES, Aline Lima Pestana et al. Segurança do paciente no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017.



CAPÍTULO 26

CONDUTA PREVENTIVA E CONHECIMENTO DE HOMENS UNIVERSITÁRIOS ACERCA DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO

Cassia Alves da Silva, Graduada, Univar
Franciely Alves da Silva, Mestre, UFMT
Leticia Pinho Gomes, Docente, Univar

RESUMO

O câncer de mama masculino é uma patologia ainda pouco conhecida e está diretamente ligada a fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Apesar de apresentar baixa incidência, torna-se um tipo de neoplasia grave para o serviço de saúde, visto que a descoberta da maioria dos casos ocorre em estágio avançado, mas que pode ser diagnosticada precocemente mediante medidas de prevenção simples. O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e a conduta preventiva sobre o Câncer de Mama Masculino entre homens universitários. A pesquisa foi desenvolvida mediante aplicação de um questionário entre acadêmicos do último período dos cursos de agrárias e da saúde. Os acadêmicos de ambas as áreas demonstraram pouco conhecimento acerca da patologia e as atitudes voltadas para as práticas de prevenção contra o Câncer de Mama Masculino mostraram-se ausentes entre eles.


PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, homens, conhecimento, prevenção

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento masculino, desde a antiguidade, vem sendo acompanhado por uma percepção de que o homem é o provedor do lar e protetor da família, sendo considerado um ser invulnerável, o qual não pode apresentar problemas relacionados ao seu estado de saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2014). O cuidado e a prevenção são vistos frequentemente como práticas do gênero feminino, e nota-se baixa procura masculina pelo serviço de saúde. Quando o homem busca uma unidade de saúde, o mesmo já se encontra em estado avançado, em um momento em que a atenção primária por si só não garante resolutividade, necessitando assim de atenção de nível secundário e/ou terciário (GOMES *et al.*, 2013).

Um das dificuldades da procura do homem por assistência à saúde relaciona-se também as formas de implementação das ações desenvolvidas mediante os programas oferecidos pelo governo, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNAISH), onde nota-se falhas desde o processo de implantação até os métodos de desenvolvimento das ações na atualidade (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem surgiu no intuito de melhorar a qualidade de saúde dessa população, buscando garantir o acesso ao cuidado de forma




universal, integral e equânime, obtendo assim ações e serviços de saúde que visem a humanização (BRASIL, 2008). Neste sentido, o profissional de saúde tem como responsabilidade prestar assistência com foco em medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de estimular o sexo masculino a reconhecer o seu direito à saúde e estimular o autocuidado (VIEIRA *et al.*, 2013).

Mesmo diante da implantação do PNAISH, percebe-se que ainda hoje permanece a baixa procura pelo serviço de saúde pelo grupo masculino, o que se justifica por diversas causas, dentre elas o despreparo profissional, a implementação das ações da política de forma inadequada, a falta de organização na divulgação de informações (GOMES *et al.*, 2013). Diante disso, a expectativa de vida masculina é bem menor que a feminina, e a diferença é expressivamente maior entre 15 e 39 anos de idade, na fase de transição jovem-adulto, por diversas causas (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

Entre as principais causas de morbimortalidade do gênero masculino no Brasil estão às doenças cardiovasculares, doenças do aparelho circulatório, gênito urinário, aparelho respiratório, neoplasias malignas, causas externas, lesões autoprovocadas e agressões, as quais podem ser evitadas por meio de ações preventivas (GOMES *et al.*, 2013). Nessa perspectiva, observa-se que dentre estas causas, o câncer de mama masculino é uma patologia ainda pouco conhecida e está diretamente ligada à fatores genéticos, ambientais e comportamentais (ESPIANOLA *et al.*, 2013).

Sabe-se que o câncer de mama representa uma neoplasia incomum entre o gênero masculino, a qual acomete cerca de 1% do gênero (NOGUEIRA *et al.*, 2014). No entanto, apesar de apresentar uma baixa incidência, torna-se um tipo de neoplasia grave para o serviço de saúde, visto que a descoberta da maioria dos casos ocorre em estágio avançado (PEREIRA *et al.*, 2015). Dentre os carcinomas mamários frequentemente diagnosticados entre os homens, destacam-se os carcinomas ductal invasor, carcinoma lobular invasivo, carcinoma de mama inflamatória, tumor filóide e a doença de Paget (RIESGO *et al.*, 2009).

O carcinoma ductal invasor caracteriza-se por nódulo sólido ou concentração no parênquima de coloração acinzentada ou branquicenta endurecido, com aparência de uma pera verde. Essa massa tumoral infiltra no inferior do estroma e tecido fibroadiposo, geralmente com invasões perivasculares e perineurais como vasos sanguíneos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O carcinoma lobular invasivo é uma neoplasia que se inicia se nas glândulas mamárias, com presença de células pequenas e uniformes, outros padrões menos frequentes como alveolar,




sólido, túbulo lobular e pleomorfo, infiltram o tecido mamário em grupos lineares (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Existe ainda o Carcinoma ductal in situ, uma neoplasia intracanalicular que envolve ductos ou lóbulos mamários, constituídos por células de fenótipo ductal, este apresenta sinal de invasão estromal, dispostos por crescimento intracanalicular em formas de cribriforme, microspilar, sólido e papilífero, com variações das células neoplásicas como apócrimas, neuroendócrinas, fusiformes e claras (CARRAMASCHI *et al.*, 2002).

O carcinoma de mama inflamatória é caracterizado pelas células cancerígenas que veda pequenos canais linfáticos no tecido mamário, provocando o aparecimento de edema, pele em forma de casca de laranja, amolecimento, aumento do volume da mama, que torna se palpável (OLIVEIRA *et al.*, 2015). O Tumor de Filoide da mama é um tipo de câncer que se origina do tecido conjuntivo mamário, acometem unilateral e bilateral, sendo classificado em três categorias: benignos, borderlines e malignos, caracterizado por um tumor volumoso, endurecido e com ulcerações quando maligno. Este é o único tumor mamário benigno que pode tornar maligno (RODRIGUES, 2014).

A Doença de Paget da mama é um tipo de tumor que acomete a aréola ou mamilo, que manifesta se por: lesões descamativas, eritema, presença de prurido, ardência na mama acometida, dor, ulceração do mamilo, exsudato seroso ou sanguinolento, podendo apresentar nódulos palpáveis ou não. Geralmente é unilateral, podendo ser bilateral (CIRQUEIRA *et al.*, 2015).

O câncer mamário masculino apresenta como principais fatores de riscos: genéticos, com histórico familiar em parentes de 1º grau; questões hormonais, com tratamentos prolongados; síndrome de Klinefelter, sendo essa uma alteração genética que acomete indivíduos portadores de um cromossomo X, e em casos mais raros, dois ou mais X, onde o portador apresenta características afeminadas (seios volumosos, pênis pequenos, tumores de testículos; traumas testiculares; ginecomastia) (BONFIM *et al.*, 2013). O diagnóstico do câncer de mama masculino acontece tardiamente em torno dos 60 a 70 anos de idade, ao passo que no gênero feminino é de dez anos mais cedo. A análise para diagnóstico do tumor maligno requer cuidados com a utilização de métodos de imagens como de mamografia e ecografia, seguidos de biópsias, com punção aspirativa com agulha, e excisão cirúrgica do nódulo para confirmação (BONFIM *et al.*, 2013)

O tratamento baseia-se nas mesmas medidas utilizadas no gênero feminino, mastectomia simples e radical, procedimento cirúrgico de ressecção completa do tecido




mamário, radioterapia adjuvante locorregional, quimioterapia (NOGUEIRA *et al.*, 2014). O principal método de prevenção do câncer mamário é feito através do autoexame das mamas, que permite palpar e identificar o nódulo subaureolar que ainda se apresenta indolor. No entanto, o fato desta glândula ser pouco desenvolvida no homem torna esta prática preventiva incomum no gênero masculino, tanto pelo preconceito, quanto pelo desconhecimento da importância das medidas preventivas (PEREIRA *et al.*, 2015).

O meio de prevenção do câncer de mama é feito através do autoexame das mamas, a qual não é uma prática adotada pelo público masculino. Esta medida preventiva é mais simples de ser realizada no homem do que nas mulheres, uma vez que a mama do gênero masculino é pouco desenvolvida, permitindo detectar nódulo sub aureolar facilmente. Porém a falta de informação sobre este tipo de neoplasia resulta na ausência de tal prática (PEREIRA *et al.*, 2015).

A falta de conhecimento somada à baixa adesão a medidas de prevenção pelo gênero masculino pode resultar em diagnóstico tardio do câncer de mama entre este público, o qual ocorre muitas vezes em estágios avançados com consequências graves para os homens acometidos, as quais poderiam ter sido evitadas por meio de práticas preventivas. Dentre deste contexto, percebe-se a importância do conhecimento sobre o Câncer de mama masculino como forma de prevenção, não apenas para os homens, mas também para os demais grupos da sociedade que convivem com estes, sobretudo universitários, uma vez que este público possui maiores fontes de acesso à informação do que grande parte da população masculina que não frequentam o ambiente acadêmico de nível superior, principalmente aqueles que fazem parte da área da saúde, as quais possuem a responsabilidade de orientar e estimular medidas preventivas. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento e a conduta preventiva sobre o Câncer de Mama Masculino entre homens universitários, buscando verificar a influência da escolaridade e da área de atuação no nível de informação e nas atitudes práticas referentes a esta neoplasia, bem como descobrir as dificuldades dos homens sobre o autocuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantiqualitativa, realizado em uma instituição privada no estado de Mato Grosso no mês de maio de 2017. Este trabalho buscou observar o conhecimento e a conduta frente às medidas de prevenção de Câncer de Mama



Masculino em um grupo de estudo composto por 52 acadêmicos do gênero masculino, sendo 29 dos cursos da área da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição), e 23 de cursos da área das agrárias (Agronomia, Medicina Veterinária e Zootecnia).

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: acadêmicos não matriculados nos cursos da saúde ou agrárias no período de coleta dos dados; ter idade menor de 18 anos; não estar presente no dia da pesquisa; recusar-se a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Para a realização deste trabalho foi aplicado um questionário semiestruturado, composto por nove perguntas, sendo elas abertas e fechadas, no intuito de coletar dados sobre o Câncer de Mama Masculino, através de informações referente ao histórico pessoal e familiar, o conhecimento sobre medidas preventivas e tratamento, bem como a conduta dos entrevistados no tocante à esta neoplasia.

Seguiram-se todos os requisitos quanto ao sigilo e confidencialidade das informações pessoais contidas nos questionários, conforme orienta a Resolução nº466 de 2012 (BRASIL, 2012). Para análise descritiva das variáveis numéricas, quando necessário, foram utilizados o teste de Frequência simples, e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Representaram-se os resultados tabulados pelo programa Microsoft Excel 2010 em tabelas e gráficos para melhor visualização.

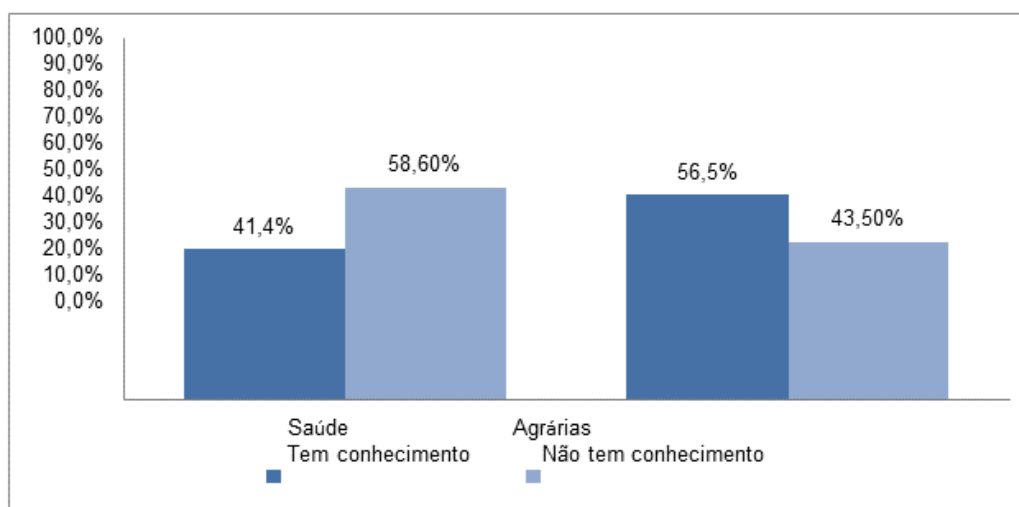
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 52 acadêmicos, sendo 23 dos cursos das agrárias (Agronomia, Medicina Veterinárias e Zootecnia) com idade entre 18 e 31 anos, e 29 estudantes dos cursos da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição) com idade entre 18 e 49 anos, sendo todos do último período de graduação.

Os resultados demonstraram que cerca de metade dos acadêmicos afirmaram ter conhecimento sobre o Câncer de Mama Masculino, no entanto, é interessante ressaltar que os cursos de agrárias apresentaram um percentual de respostas afirmativas (56,5%) mais elevado em relação a área da saúde (41,4%), como mostra a Figura 1. Este resultado gera preocupação ao consideramos que mais da metade dos acadêmicos da área da saúde desconhecem tal patologia, mesmo possuindo disciplinas na grade curricular do curso que abordam conteúdos sobre os diversos tipos de neoplasias, incluindo o Câncer de Mama Masculino.

Freitas et al. (2011) realizou um trabalho com acadêmicos da saúde no intuito de avaliar o conhecimento sobre o Câncer de Mama no gênero masculino, de um total de quinze homens apenas três relataram que receberam algum tipo de informação do assunto durante a graduação. Pirhardt; Mercês (2008) enfatizam que o nível de conhecimento ao Câncer de Mama Masculino entre discentes universitários da área de saúde não podem ser trabalhados apenas como mera fonte de informação, mas devem ser abordados de forma interdisciplinar como um conteúdo curricular de extrema importância, o qual precisa ser compreendido e bem desenvolvido.

Figura 1: Percentual de acadêmicos que afirmam ter conhecimento sobre o Câncer de Mama Masculino



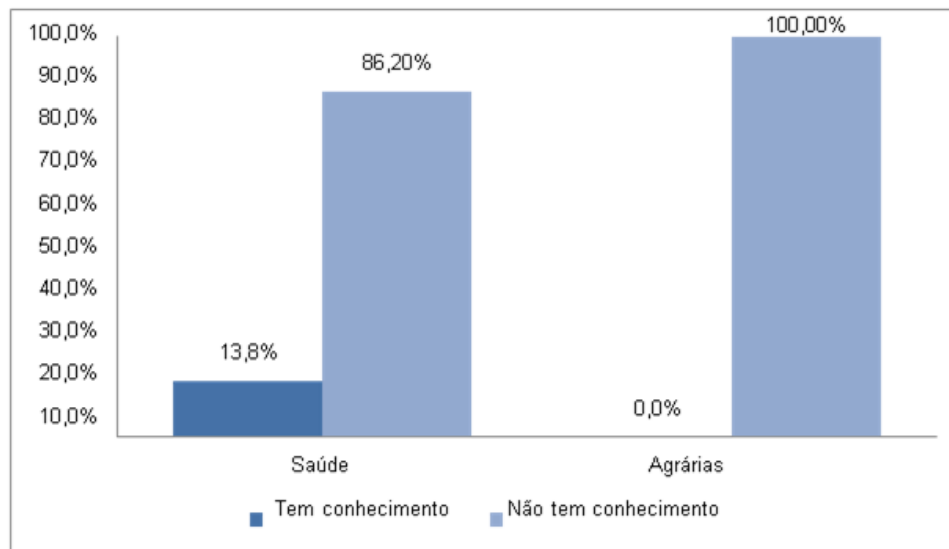
Fonte: autoria própria (2021)

Ao serem questionados sobre as medidas de prevenção contra o Câncer de Mama Masculino, como pode ser observada na Figura 2, a maioria dos acadêmicos não possui este tipo de conhecimento, nenhum representante de agrárias soube responder esta pergunta e apenas 13% dos participantes da saúde souberam responder ao questionamento, os quais afirmaram que a prevenção é realizada por meio da auto palpação e do exame clínico das mamas, além de bons hábitos alimentares. Dentre os acadêmicos que souberam informar sobre essas medidas preventivas, 100% destes relataram que tais práticas são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Esse baixo nível de informação pode estar associada à pouca divulgação desta neoplasia, a qual não tem sido tão difundida nas redes sociais como os outros tipos de câncer.

A deficiência de informações e divulgações a respeito do Câncer de Mama e a não realização do autoexame associados a diagnósticos tardios contribuem para o aumento das chances de mortalidades por câncer de mama em homens (FREITAS, 2011). Desse modo é de suma importância fortalecer as ações preventivas na Atenção Primária, assegurando, dessa forma a promoção da saúde e prevenção de problemas a esse determinado público, mediante

busca ativa de casos, atividades de educação em saúde e orientação acerca dos fatores de risco e complicações do diagnóstico tardio.

Figura 2: Conhecimento de acadêmicos das áreas de agrárias e saúde sobre medidas preventivas e tratamento do Câncer de Mama Masculino



Fonte: autoria própria (2021)

As medidas de prevenção do câncer de mama masculino ocorrem por meio da adoção de hábitos de vida saudável, como alimentação rica em frutas, legumes, verduras, consome de bebida alcoólica de forma moderada, prática de exercícios físicos pelo menos três vezes por semana (FREITAS, 2011). Além disso, outras atitudes necessárias incluem visitas às Unidades Básicas de Saúde, visto que assim poderão ser feitas consultas de enfermagem que permitem realizar o exame clínico das mamas, solicitação de exames complementares, caso haja histórico familiar de câncer ou se for detectado algum nódulo durante a avaliação (CARVALHO, 2016).

Da mesma forma que as medidas de prevenção, o tratamento do Câncer de Mama Masculino é desconhecido entre os componentes de agrárias e somente 13,8% dos universitários da saúde demonstraram o conhecimento acerca das medidas terapêuticas (conforme Figura 2), apontando as cirurgias, quimioterapia e radioterapia como forma de tratamento.

Segundo Silva (2016) o tratamento do câncer de mama masculino são os mesmos do protocolo do tratamento feminino, como quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia. Fabro *et al.* (2016) explica que os tipos de tratamento variam de acordo com cada caso, existem as modalidades locais e sistêmicas. A primeira acontece mediante procedimento cirúrgico, no qual ocorre a retirada do tumor primário através da mastectomia total ou parcial, e também por

meio do tratamento radioterápico, no qual feixes de radiação são aplicados no local para destruir as células tumorais. Já a forma sistêmica se é por meio da quimioterapia, realizada pela administração de um conjunto de medicamentos, e da hormonioterapia, através da utilização de hormônios como forma de tratamento coadjuvante, para evitar o risco de recidivas do tumor após a cirurgia.



A respeito do nível de conhecimento sobre o Câncer de Mama Masculino entre os acadêmicos, de forma geral, ficou evidente que estes não têm conhecimento sobre a doença. Apesar de cerca da metade dos acadêmicos afirmarem que conhecem a patologia, houve uma contradição ao serem questionados sobre informações básicas, tais como medidas de prevenção e tratamento. Neste sentido, vale ressaltar que ouvir falar não quer dizer que a temática é conhecida e/ou compreendida.

Em relação ao comportamento preventivo acerca do Câncer de Mama Masculino, apresentado na Tabela 1, nota-se que os acadêmicos apresentam baixa procura pelos serviços de saúde, somente um participante do curso de Farmácia tem este tipo de cuidado. Segundo Albuquerque *et al.* (2016) os homens têm dificuldade de reconhecer suas próprias necessidades de saúde, tendo o pensamento incorreto de que ele não está vulnerável ao desenvolvimento de doenças, e ainda justificando suas dificuldades de acesso por conta das condições de trabalho que não lhes permitem enfrentar longo período de tempo em filas para conseguir um atendimento pelo serviço público de saúde.

Tabela 1. Conduta dos acadêmicos frente às ações de prevenção do Câncer de Mama Masculino.

Tem o hábito de buscar o serviço de saúde				
de saúde	n	%	n	%
Sim	01	3,5	00	0,0
Não	28	96,5	23	100,0
Total	29	100,0	23	100,0
Tem o hábito de realizar medidas preventivas contra o Câncer de Mama Masculino				
Sim	01	3,5	01	4,3
Não	28	96,5	22	95,7
Total	29	100,0	23	100,0

Fonte: autoria própria (2021)




Segundo Rocha *et al.* (2016) o machismo sobre o cuidado de sua saúde ainda predomina no pensamento do homem, isto dificulta a procura do serviço de saúde. Aguiar *et al.* (2012) complementa que uma das maiores dificuldades enfrentadas por este público é o fato de a maioria dos profissionais de enfermagem ser do gênero feminino, fato que os deixam constrangidos. Um ambiente acolhedor, propício para receber este cliente ajuda a encorajá-los tanto nas consultas de enfermagem quanto nas consultas médicas.

Ao serem indagados sobre o hábito de realização sobre medidas preventivas contra o Câncer de Mama Masculino apenas dois acadêmicos disseram que sim, sendo um do curso Medicina Veterinária e um do curso de Farmácia. Este último relatou que adota a conduta preventiva anualmente, e o outro estudante do curso afirmou que realiza esta prática em sua própria residência, deixando de lado as ações de saúde através de profissionais da área. Por um lado, este resultado é relevante, pois apesar de informações sobre Câncer de Mama Masculino ainda serem pouco difundidas e a procura por serviço de saúde por qualquer motivo ser baixa entre os homens, os dados mostram que existem indivíduos do gênero masculino que se preocupam com a saúde, e adotam práticas de prevenção que podem contribuir para o diagnóstico precoce. Por outro lado, o resultado é preocupante no que se refere à forma correta de avaliação, sem orientação profissional, porém, o fato deste homem realizar o autoexame permite-lhe conhecer o próprio corpo, e qualquer alteração percebida ele saberá identificar e procurar o serviço especializado.

Carvalho *et al.* (2016) enfatizam que apesar do autoexame ser uma das práticas de prevenção do câncer de mama, esta não é reconhecido como um método de diagnóstico, apenas visa incentivar o indivíduo conhecer seu corpo. Segundo Sousa *et al.* (2016), existem homens que desconhecem a importância desta prática, e precisam tomar conhecimento que o autoexame direciona casos suspeitos, para a realização de exames de imagens, como a mamografia, que permitem diagnosticar precocemente e a possibilidade de cura do Câncer Mamário torna-se maior e evita tratamento mais invasivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu compreender como é o conhecimento e o comportamento de homens universitários acerca do Câncer de Mama Masculino, tanto da área da saúde, que lidam diretamente com processos patológicos e por este motivo tem mais acesso à informação a respeito do assunto, como também de acadêmicos da área de agrárias que não recebem este tipo



de instrução durante a graduação, exceto em atividades extra-curriculares por intermédio do próprio aluno.

Ficou evidente que ambos os acadêmicos, apesar de terem um nível de instrução educacional mais elevado que a população leiga, não tem conhecimento sobre a temática, uma vez que a grande maioria desconhece até mesmo os métodos de prevenção e de tratamento do Câncer de Mama em homens, fato que pode estar relacionada a pouca repercussão da doença quando comparada à outras enfermidades. Além disso, como consequência do desconhecimento, são mínimos os casos de acadêmicos que adotam práticas preventivas e/ou que buscam os serviços de saúde para o cuidado com as mamas.

Desta forma, faz-se necessário à implementação de ações educativas no âmbito institucionais acadêmicas voltadas para o público masculino, abordando questões relativas às patologias que mais acometem este gênero, para os acadêmicos de enfermagem, por serem futuros profissionais que atuarão diretamente com pacientes e que necessitam de cuidados distintos, inclusive aqueles voltados para a saúde dos homens.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. C. et al. A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil: um desafio para a saúde pública. **Diálogos e ciências**, nº 30, Junho 2012.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. “Só pensava que tinha em mulheres”: conhecimento da população masculina sobre o câncer de mama. **Convibra**, 2016.

BONFIM, R.J. DE A. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, n. 11, p.511-515, nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.

CARRAMASCHI, P.R.; **Tratamento Conservador no Câncer de Mama das Indicações à Reconstrução**. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 25-26p.

CAVALCANTE, J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Escola Anna Nery de Enfermagem**, p.628-634, 2014.

CIRQUEIRA, M. B. et al. Doenças de Paget da Mama: experiência de um centro universitário, **Revista Brasileira de Mastologia**. v. 25, n. 3, p. 90-96, 2015.



ESPINOLA, J. P. A. B. F.; R. Z. T.; Câncer de Mama Masculino: análise de 12 casos em uma única instituição. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 23, n. 3, p. 87-91, 2013.

FABRO, E. A. N. et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/ Instituto Nacional de Câncer. **Rev. Bras. Mastologia**, v.26, n, 1 p. 4-8, 2016.

FREITAS, C. R. P., et al. Conhecimento dos Acadêmicos Sobre Prevenção do Câncer de Mama. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011 dez, 32(4): 652-7.

GOMES, S. V. G. et al. **CONHECIMENTO DE HOMENS ACERCA DO CÂNCER DE MAMA MASCULINO**. Conselho Federal de Enfermagem – 18º edição (CBENF). João Pessoa, PB, 15 – 18 de setembro, 2015.

GOMES, V. L. O. et al. Atendimento da população masculina em Unidade Básica de Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, p. 121-127, 2013.

MARQUES, D.L. et al. **Câncer de Mama Masculino: uma revisão sistemática**. **Revista UNINGA**, Maringá (PR), n. 34, p.155-162, 2012.

MINEO, F. L. V. et al. Assistência de Enfermagem no Tratamento do Câncer de Mama. **Revista Eletronica Gestão e Saúde**, Vol. 04, n, 02, p. 2238-2260, 2013.

NOGUEIRA, J. V. M. et al. Câncer de mama em homens. **Rev. Bras. Mastologia**. v. 4, n. 110-114, 2014.

OLIVEIRA, C. F.; T. S. S.; Carcinoma invasivo da mama: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico. In: **Manual de Ginecologia**, v. 2, p. 247-288, 2015.

PEREIRA, J.B.; R. C. O. D. et al. Câncer de mama em homem: uma realidade brasileira. **REBES**, p. 29-34, 2015.

PIRHARDT, C.R.; MERCÊS, N.N.A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 102-106, 2009.

RIESGO, I. S. et al Câncer de mama em homem: relato de caso e revisão da leitura. **Revista da AMRIGS**, v. 53, n. 2 p. 198-201, 2009.

ROCHA, E. M. et al. A Política de Saúde do Homem e os Desafios de sua Implementação na Atenção Primária à Saúde. **Revista Interdisciplinar Univar**, n. 15, vol.1 p. 43-48, 2016.

RODRIGUES, M. F.; S. C. V. et al. Tumor filóide maligno de mama bilateral: relato de caso. **Rev. Bras. Mastologia**, p. 57-59, 2014.

SILVA, P. C. et al. **Perspectivas Sobre o Câncer de Mama no Homem**. Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2016.

SOUSA, A. F. et al. **O Conhecimento de Homens a Existência e Prevenção do Câncer de Mama Masculino**. FUNVIC, 2016.



VIEIRA, K. L. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2013.



CAPÍTULO 27

SAÚDE CONTEMPORÂNEA E AS TECNOLOGIAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SÉCULO XXI

Francisco Bruno Silva Cardozo, Acadêmico de Enfermagem, UNINORTE
Fabiano Santos Pinho, Acadêmico de Enfermagem, UNINORTE
Glécio Gregório da Silva Gomes, Acadêmico de Enfermagem, UNINORTE
Lady Mara Sena da Rocha, Acadêmica de Enfermagem, UNINORTE
Michelle Souza Tribuzy, Acadêmica de Enfermagem, UNINORTE
Fabiane Veloso Soares, Enfermeira, Doutora, Docente, UNINORTE

RESUMO

Tem por objetivo identificar as principais tecnologias usadas na saúde que favorecem o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem em prol da melhoria dos pacientes. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e com abordagem de revisão da literatura realizada nas bases de dados: SCIELO, PUBMED e NIH, publicados no período de 2011 a 2021, utilizando os descritores: Tecnologias, Inovações, Contemporâneo e Cuidados de Enfermagem. Conclui-se que as inovações tecnológicas traz consigo inúmeras vantagens principalmente no cuidado da enfermagem, sendo que a vivência do profissional possui vários desafios de acompanhar o desenvolvimento tecnológico, buscando realizar suas tarefas com profissionalismo, qualidade, aspectos éticos e humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias. Inovações. Contemporâneo. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A enfermagem existe há muitos séculos sem ser devidamente reconhecida, mulheres que costumavam buscar métodos de cuidados eram condenadas a fogueiras e conhecidas como bruxas, por usarem seu conhecimentos com ervas, chás e guentos. E com o passar do tempo a enfermagem ganha destaque através de Florence Nightingale que ousou negar suas formações para uma vida dedicada a família, quebrando os paradigmas das mulheres de sua época (SILVA et al., 2020)

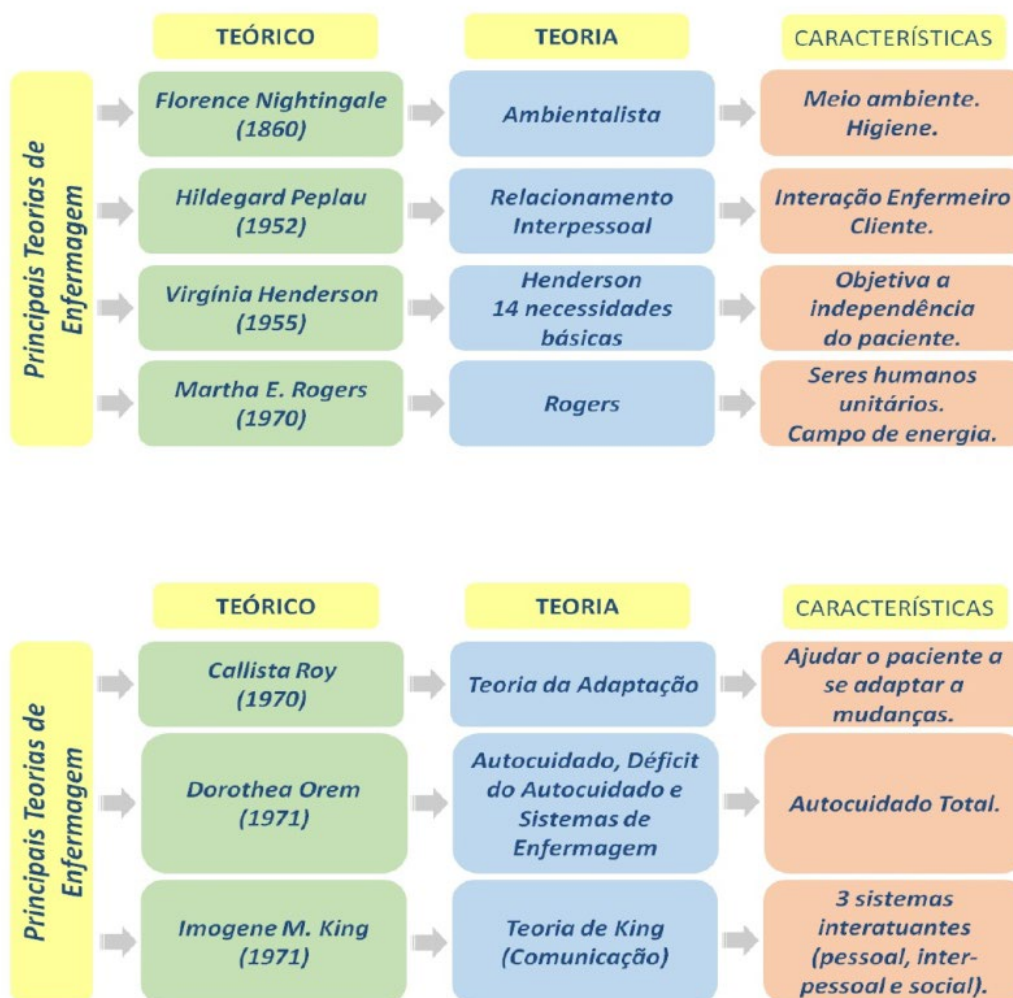
Mas foi na Guerra da Criméia em 1854 que Florence Nightingale se destacou pelos seus feitos, quando nomeada superintendente das enfermeiras as quais, por sua influencia, foram convocadas para atuar no serviço de enfermagem. Conhecida como dama da lâmpada, devido o percorrer entre os leitos com a lamparina que era a forma de iluminação no seu tempo. Esse objeto acabou por simbolizar a enfermagem, destacando um zeloso hábito desta mulher à frente de seu tempo. Continuando a se dedicar a enfermagem Florence ainda tem seus feitos juntamente com as mulheres recrutadas para seguirem com ela, atuou em hospitais pela Europa

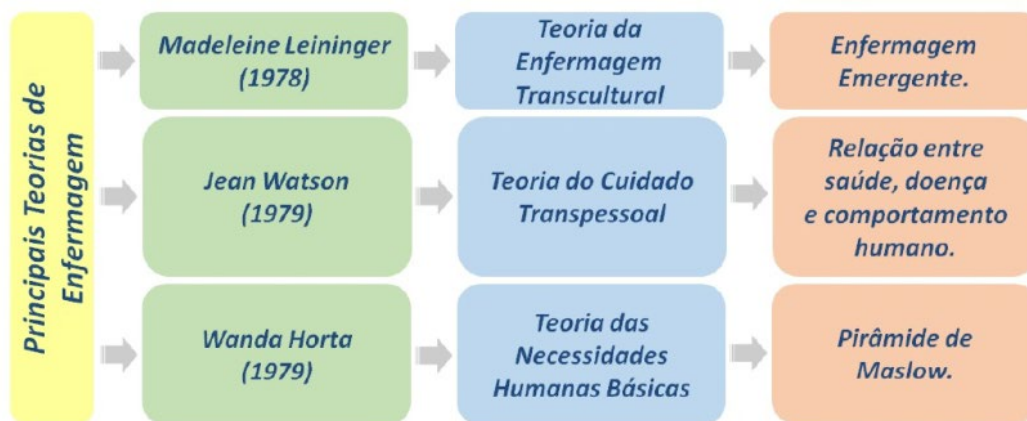
e desde lá ganhou seu lugar na enfermagem que continuou mesmo após sua morte (SILVA et al., 2020)

Espírito Santo FH et al. (2006) dizem que, a enfermagem tem mais de um século de existência, porém as teorias de enfermagem foram desenvolvidas a partir da década de 50 do século XX. Pensar em enfermagem hoje em dia implica em uma releitura de ideias de Florence Nightingale no qual vem sendo cada vez mais criticadas e exploradas por vários autores de enfermagem, que procuram entender e explicar fundamentos que vivenciamos atualmente em nossa prática, principalmente no panorama hospitalar que possui um quantitativo maior de profissionais de enfermagem.

Por razões de mudanças na formação educacional, a partir de 1950 os profissionais de enfermagem passaram a receber o título de bacharelado, devido tal modificação desencadeou o surgimento das primeiras teorias de enfermagem (ESPÍRITO SANTO et al., 2006) (Figura).

Figura. Principais Teorias de Enfermagem.






Fonte: 2020, Editora Brasileiro & Passos.

Outras expectativas teóricas do cuidado humano em enfermagem foram se expandindo a partir dos anos de 1980 e grande parte desse avanço teórico sobre essa temática mostrou uma grande influência de filósofos, teólogos e estudiosos de enfermagem. A partir de 1990, quando o movimento de cuidar na enfermagem difundiu-se e foi sendo ampliado as perspectivas teóricas / filosóficas e as pesquisas, buscando compreender melhor as dimensões do significado de cuidar (ESPÍRITO SANTO et al., 2006)

Com intuito de aumentar a habilidade da atividade humana nas mais variadas esferas que surge a tecnologia, mas para que isso ocorra a tecnologia produz os mais variados objetos, visando atender às necessidades da demanda ou aperfeiçoa-os, deixando-os mais duráveis ao passo que melhora a fabricação ao reduzir seu tempo ou custo, pode-se assim dizer que o trabalho tecnológico é intencional e racional, pois envolve raciocínio teórico e prático, juntamente com conhecimentos sistemáticos e especializados, onde resultados só podem ser almeçados mediante um planejamento eficiente e o uso cuidadoso de ferramentas (GONÇALES; MACHADO, 2013).

A banalização da tecnologia esta presente no julgamento das pessoas, na compreensão de sua necessidade à vida humana, pelo modo que, com regularidade, se tornam fortes defensores da tecnologia (otimistas) e, outras desmedidamente contrárias (pessimistas). Os otimistas de um modo geral veem o avanço tecnológico e as modificações, associados à ideia de progresso da humanidade, trazendo mais bens e menos trabalho, libertando o trabalhador das tarefas mais pesadas, detestáveis e corriqueiras, pois, com esta perspectiva, a tecnologia passa a ser vista como algo cobisado. Já os pessimistas, tem uma visão onde a tecnologia nos trouxe e nos trará uma alienação do trabalho até o desaparecer dos recursos e a destruição



universal. Mesmo assim, percebe-se uma vocação a se aderirem à tecnologia como meio material ou aparato que influencia nas tarefas diárias (NIETSCHE et al., 2012).

O engajamento de novas tecnologias acarreta em novas demandas, diversas vezes aumentando a intensidade do trabalho, requerendo a multidisciplinaridade do conhecimento e funcionários com especialidades diversas. O processo de inovação é bastante complexo, não linear, incerto, pois requer total interação entre os profissionais, gestores e instituições (SALVADOR et al., 2012).

A tecnologia quando usada em favor da saúde colabora diretamente com a qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, dessa forma quando usada de maneira adequada criam circunstâncias que contribui para um viver saudável entre os cidadãos que na sociedade são produtos e produtores. Neste sentido acredita-se que há espaço para a tecnologia e o cuidado ético/humanizado (SALVADOR et al., 2012).

Nesse ponto de vista, o enfermeiro deve está em frequente processo de capacitação teórico/prático, pesquisando e aprendendo, entendendo as novas tecnologias, identificando seus conceitos e as políticas que os permeiam, tendo que ser um profissional competente e capaz de agregar e aplicar novos surgimentos tecnológicos ao processo do cuidar. Profissionais de enfermagem baseiam-se em duas grandes bases de atuação:

1 - tecnologia do cuidado como o saber fazer; e

2 - O valor da vida como suporte moral e ética do seu trabalho, os quais são criados durante a formação profissional, visto que, não adianta apenas dispor de uma alta tecnologia para o progresso da assistência de enfermagem, se a pessoa não possui o mínimo de humanização, sendo que a interação entre a tecnologia e a humanização devem sempre estar lado a lado, pois sem esses elementos o ato de cuidar se torna subdividido (SALVADOR et al., 2012).

Diante do panorama abordaremos as principais tecnologias usadas na assistência de enfermagem no Brasil e no Mundo, quais são as maiores invenções tecnológicas da área da saúde usada atualmente na assistência ao paciente? e o quão são importantes para esses profissionais.

Neste sentido o presente estudo tem como objetivo identificar as principais tecnologias usadas na saúde que favorecem o cuidado ofertado pela equipe de enfermagem em prol da melhoria dos pacientes.



METODOLOGIA

Este estudo possui caráter qualitativo e com abordagem de revisão da literatura, assim sendo, a revisão de literatura foi efetuada por meio das fontes de busca nas quais utilizamos os seguintes recursos eletrônicos nas bases de dados: SCIELO, PUBMED e NIH, publicados no período de 2011 a 2021, através das seguintes palavras-chave: Tecnologias, Inovações, Contemporâneo, Cuidados de Enfermagem.

Como critérios de inclusão: artigos publicados em idiomas português e inglês, textos completos, e como de exclusão: outros idiomas, texto incompletos, teses, dissertações e monografias.

Esta pesquisa ocorreu nos meses de dezembro 2020 e janeiro de 2021. Após identificadas e analisadas as publicações científicas as quais atenderam o propósito do presente estudo foram incluídas no roteiro para organização dos dados.

Foi realizada uma triagem criteriosa dos documentos adquiridos, a fim de alcançar respostas aos questionamentos feitos e aos objetivos propostos neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tecnologias Inovadoras em saúde usadas no Brasil e no Exterior em prol do cuidado de enfermagem

Repensando o debate em torno das tecnologias de trabalho em saúde percebemos que este apresenta de uma forma mais ordenada, quando foi definido que as tecnologias também diz respeito ao conhecimento aplicado à saúde, não somente em instrumentos e máquinas. O referido autor adota dois conceitos sendo eles: "Tecnologias Materiais", para as máquinas e instrumentos, e as "Tecnologias Não Materiais", para conhecimento técnico (GONÇALES; MACHADO, 2013).

Diante disso quais são as maiores invenções tecnológicas da área da saúde usada atualmente na assistência ao paciente?

A seguir um resumo dessas invenções e seus detalhes (Quadro).

Tecnologias	Objetivo	País de origem/ ano
Seringa de Câmara Dupla (SeringaDUO)	Dispositivo inovador para administração intravenosa.	Coimbra / Portugal / 2019
Pagers	Implementação de pagers de paciente em salas de espera de oncologia de radiação para privacidade e satisfação do paciente	San Pablo St / Flórida - EUA / 2018
Prontuários eletrônicos na Atenção Primária	Gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos	Rio de Janeiro / Brasil / 2019
Punção Venosa Periférica	Inovação tecnológica para punção venosa periférica, capacitação para uso da ultrassonografia	Curitiba-PR / Brasil / 2016
Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)	Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses	Porto / Portugal / 2020
Inteligência Artificial	Inteligência Artificial a Serviço da Medicina Brasileira	São Paulo - SP / Brasil / 2019
Bombas de Infusão	O impacto da tecnologia de infusão de bomba tradicional e inteligente no desempenho da administração de medicamentos da enfermeira em uma unidade de internação simulada	Canadá


A seguir uma breve discussão sobre as tecnologias citadas.

1. **Seringa de Câmara Dupla (SeringaDUO):** Dispositivo inovador para administração intravenosa. (Coimbra/Portugal - 28 AGO 2019).

As seringas de câmara dupla foram desenvolvidas com uma combinação de dispositivos e medicamentos onde permite a recomposição e administração de medicamentos em dose única em catete venoso central. Seringas comuns pré existentes comercializadas para administração de múltiplos fluídos não foram bem recebidas, por que requerem o uso de dois fluídos, uma com solução de descarga pré-cheia e outra de câmara vazia para ser preenchida com medicamento. Portanto nenhuma seringa normal foi bem aceita devido ser um processo bastante demorado. Para suprir tal necessidade do mercado, foi desenvolvida uma seringa de dupla câmara onde possibilita o enchimento e a administração do medicamento e solução de descarga (PARREIRA et al., 2020).

A prevenção de complicações relacionadas ao cateter é hoje um importante tópico de pesquisa. A lavagem dos cateteres é considerada um procedimento clínico importante na prevenção do mau funcionamento e de várias complicações, como flebite ou infecção. Considerando as diretrizes mais recentes da Infusion Nurses Society, a lavagem envolve uma administração pré e pós-droga, exigindo seringas diferentes (com aumento geral dos tempos de preparo / administração de medicação intravenosa por enfermeiros, aumentando também a necessidade de manipulação do cateter venoso)" (PARREIRA ET AL, 2020, p. 01).

2. **Pagers:** Implementação de pagers de paciente em salas de espera de oncologia de radiação para privacidade e satisfação do paciente. (San Pablo St/Flórida, EUA - 22 JAN 2018)



Para pacientes oncológicos o tratamento com radiação é bem diferente de outras intervenções médicas. A maioria de outros tratamentos são procedimentos que exige apenas 1 dia, uma única visita à clínica e/ou hospital. Diferente do tratamento radioterápico que normalmente é um assunto diário, e o torna um cliente frequente para a clínica, por um período de até 8 semanas. Assim sendo a sala de espera passa a ser um ambiente familiar, apesar de seu convívio, a sua privacidade continua sendo uma virtude valorizada entre os pacientes ambulatoriais. Sendo assim, a privacidade passa a ser um elemento importante da satisfação do paciente (KALEEM et al., 2018).


O processo normal de tratamentos de radiação diários é o seguinte:

- Paciente verifica na recepção.
- Os terapeutas observam o EMR para o paciente “verificado” na programação.
- O terapeuta sai da baia de tratamento e vai para a sala de espera.
- O terapeuta, então, relembra verbalmente o paciente na sala de espera.
- Terapeuta acompanha o paciente até o vestiário.
- O paciente então vai para a baia de tratamento enquanto o terapeuta espera que o paciente coloque uma bata e o acompanhe até a máquina de tratamento. O tratamento ocorre.

Este processo tende a demorar pelo fluxo de trabalho diário para o tempo do radioterapeuta que é repetido até 30 vezes ao dia. Em uma abordagem a privacidade e a melhoria dos serviços, implementamos o sistema de Pager ao paciente onde possibilitou maior facilidade e autonomia para o paciente ir ao banheiro ou vestiário após ser notificado pelo Pager. Processo este que permite que o radioterapeuta continue sua preparação para o próximo tratamento sem interrupção. O sistema de paging reduziu o processo diário em até quatro etapas, uma vez que sua chamada é realizada eletronicamente. (Kaleem et al., 2018)

3. **Prontuários eletrônicos na Atenção Primária:** Gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos (Rio de Janeiro/Brasil - 22 DEZ 2019).

Consideramos registro eletrônico de saúde exposição de um conjunto de módulos integrados, interoperáveis e customizáveis, no tratamento diário dos serviços da atenção primária à saúde, contemplando as bases administrativas, cadastral e as bases clínicas, com condutas individuais e atividades em grupo, consultas médicas com registros CID-10



(Classificação Internacional de Doenças), procedimentos, imunização, resultados laboratoriais e de exames, visitas domiciliares e lista de medicamentos, na qual todos os profissionais que compõe a equipe tem acesso. Os registros podem ser linkados com várias outras bases de dados, na qual o acesso pode ser concedido através de código único de identificação como o Cadastro de Pessoa Física (CPF) (PINTO; SANTOS., 2020).


Os primeiros a usarem essa tecnologia foi a população carioca "Equipes de Saúde da Família", Centros Municipais ou Clínicas da Família, registros demográficos e clínicos da população de uma determinada área do RIO DE JANEIRO - RJ, a implementação dos prontuários eletrônicos ocorreu em meados de 2010, onde o principal objetivo era calcular as principais doenças crônicas prevalentes nos Municípios do Rio de Janeiro. Este estudo utilizou pela primeira vez na história da atenção primária à saúde do SUS o prontuário eletrônico para o cálculo de prevalências de doenças crônicas com base na população de uma determinada área, os resultados encontrados são convenientes com aquilo que se esperava, quanto maior a idade, maior a prevalência para hipertensão ou diabetes, com diferença entre homens e mulheres, demonstrando a qualidade dos registros clínicos. (Pinto; Santos., 2020)

4. **Punção Venosa Periférica:** Inovação tecnológica para punção venosa periférica, capacitação para uso da ultrassonografia. (Curitiba-PR / Brasil - 28 JUL 2016)

A terapia intravenosa se faz presente no cotidiano da prática clínica, caracterizando-se como uma das intervenções mais empregadas pela enfermagem, e 70% dos pacientes hospitalizados necessitam, em algum momento, de um acesso venoso para sua realização. Para a enfermagem torna-se um desafio de difícil transferência que pode acabar em dor e complicações para o paciente, relativo às diversas investidas de punção. (Oliveira et al., 2016)

É o uso da ultrassonografia, a principal modificação do método compreende na utilidade de puncionar com os olhos voltados para o monitor do equipamento, e não mais para o local de inserção do cateter, a veracidade requer o desenvolvimento de habilidade motora específica (OLIVEIRA et al., 2016).

Nesse caso, a instrução propõe que a utilização da ultrassonografia durante a punção venosa periférica (PVP) ajuda sua execução, propondo vários benefícios; entre eles, maior sucesso nas investidas de punção e diminuição de complicações. (Oliveira et al., 2016)



Constata-se, que para o uso da ultrassonografia na punção venosa periférica, a prática do profissional que manuseia o equipamento de ultrassom é essencial para que se alcance um resultado satisfatório, visto que a prática profissional é tida como um fator de vulnerabilidade para o trauma vascular (OLIVEIRA et al., 2016).

A capacitação dos profissionais, na veracidade no sucesso das tentativas de punção e encolhimento de complicações, promover segurança na execução da técnica e maior tranquilidade aos pacientes.


5. Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC): Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses. (Porto/Portugal - 06 MAR 2020)

As tecnologias estão tornando-se, integradas de maneira intensa e consideradas a base para o desenvolvimento das organizações. As tecnologias e inovações tecnológicas têm impactado na forma como a sociedade atual se organizam, no ambiente da gestão em saúde, destaca-se que a implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) permite a operacionalização de processos e a captação de dados de fontes elevadamente diversificadas de maneira mais ágil e fácil. Onde esses aspectos emergem no setor saúde, vem sendo importante tanto para o profissionais de saúde quanto para o pacientes. (Martins et al., 2020)

Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), consistem em Tecnologias de Informação (TI), classificadas meios técnicos que propicia a comunicação, trata-se de um serviço móvel de tecnologia remota, serviços baseados em nuvem, dispositivos médicos, ferramentas de telemonitoramento, tecnologias de assistente e sensor, registros eletrônicos de saúde, entre outras utilidades na área da saúde (MARTINS et al., 2020).

6. Inteligência Artificial: Inteligência Artificial a Serviço da Medicina Brasileira (São Paulo - SP / Brasil - JAN 2019)

Inteligência é a capacidade de tomar a melhor decisão possível, dada a informação disponível, com a capacidade de se adaptar a novas situações” Dessa forma, a inteligência artificial pode ser identificada como tal, porque ela é capacitada para dar retorno embasado em dados disponíveis e se adaptar a novas situações. É exatamente nessa característica especial que suas diversas aplicações se baseiam, podendo auxiliar processos que humanos não conseguem



executar com eficiência, sendo capas de fornecer novas possibilidades como extensão à capacidade humana (GAMEIRO et al., 2019).


No Brasil, temos um exemplar da utilização dessa tecnologia, há o recurso do paranaense Jacson Fressato, o Robô Laura, que executa o trabalho que com ação humano não seria capaz de executa-lo facilmente. Trata-se de um sistema inteligente que monitora constantemente informações dos prontuários de todos os pacientes internados, a fim de identificar sinais de sepse para avisar a equipe de saúde com antecedência, e proporcionar a intervenção imediata precavendo agravos e mortes (GAMEIRO et al., 2019).

Considerando que a participação dessa tecnologia amadureça cada vez mais na procura por diagnósticos, reconhecimento de padrões, processamentos de big data, análise de exames de imagem e auxílios à tomada de decisões perante tratamentos. Auxiliando assim na solução de diversas questões de saúde, como a diminuição na quantidade de infecções hospitalares, bem como o aperfeiçoamento do recurso terapêutico, logo a diminuição de despesas dos hospitais com o problema e a diminuição de óbitos provocado por questões envolvidos com a forma difícil e incompleta de se medicar pacientes que possuímos na atualidade (GAMEIRO et al., 2019).

7. **Bombas de Infusão:** O impacto da tecnologia de infusão de bomba tradicional e inteligente no desempenho da administração de medicamentos da enfermeira em uma unidade de internação simulada - 27 ABRIL 2010).

Erros medicamentosos são a causa mais significativa de lesões médicas, representando cerca de 19,4% de todos os eventos adversos. Infusões intravenosas (IV) contribuem de forma banal para erros de medicação. Bombas de infusão geralmente foram projetadas para uma melhorar precisão de infusões IV, autorizando que os enfermeiros programem uma taxa e volume por hora. Portanto, a maioria das ocorrências adversas de medicamentos associadas as bombas de infusão IV resultam de profissionais inserindo manualmente configurações incorretas na bomba (TRBOVICH et al., 2010).

Lidando com uma alta incidência de erros de infusão, os desenvolvedores das bombas desenvolveram um sistemas de redução de erro de dose, onde incluem bibliotecas de medicamentos definidas pelo próprio hospital com extremo de dosagem e recomendações, ou seja, bombas inteligentes. Apesar das bombas de infusão normais tradicionais tenham ampla gama de parâmetros de programação aceitáveis, as bombas inteligentes são fabricadas com




software de segurança específico para medicamentos onde ajudar os enfermeiros a corrigir erros de programação. As bombas inteligentes promovem um aviso de limite “instável” permitindo que o profissional ultrapasse o limite e continue a infusão, ou um aviso de limite “rigoroso” exigindo que o profissional re programe a bomba dentro dos limites aceitáveis. Embora as bombas inteligentes conttenham dispositivos contra erros de dosagem, elas não evitam erros relacionados a desatenção do profissional, ou seja, medicamento incorreto, paciente, rota, tempo.

A palavra inovação possui, deste modo, ideia de criação de alguma novidade em um ambiente de trabalho, a inovação tecnológica, em específico, é idealizada como um processo de concepção ou de agregação de novas funcionalidades ou características de um produto ou de um método de produção, assim, quando se discursa sobre inovações tecnológicas em saúde, a literatura aponta que o termo tecnologia não pode ser visto apenas como um produto, mas sim como um processo de conhecimentos e instrumentos que estão interligados na qual fundamentam e delimitam as mais diversas maneiras de cuidar (SALVADOR et al., 2012).

Para a enfermagem, essas tecnologias incluem o ato de cuidar em si, relacionadas às interações com o paciente, expressadas interpessoalmente. Nesta concepção é comum e recíproco que enfermeiro e paciente afetam e sejam afetados de forma mútua, pois estão presentes os sentimentos, emoções, crenças, e valores de ambos (SALVADOR et al., 2012).

De maneira como um todo, percebe-se o relato do uso de tecnologias como inovações na prática assistencial da enfermagem, “A tecnologia não é boa nem ruim, porém a aplicação humana é que vai determinar sua natureza, o profissional de enfermagem, em específico deve treinar para usar uma determinada tecnologia de forma adequada e correta, Em outras palavras, pode se dizer que “a tecnologia demanda uma preparação prévia dos profissionais que irão utilizá-la (SALVADOR et al., 2012).

Um estudo traz como elementos essenciais para tal processo: o comprometimento com o processo de enfermagem, conhecimentos de informática, motivação para introduzir o sistema, o clima de apoio e confiança dentro da equipe de enfermagem, a carga de trabalho, e a padronização das tarefas de enfermagem; como características relevantes da tarefa de documentação de enfermagem, a organização clara, local bem estruturado e tempo disponível durante o trabalho de rotina para aprender o sistema; Por fim, destaca-se como preocupação uniforme na literatura a possibilidade de desumanização da assistência de enfermagem em decorrência do processo de inovação tecnológica do processo de trabalho. Essa preocupação



esta, sobretudo, no afastamento dos usuários relatado pelos profissionais quando da utilização de recursos tecnológicos agregados à prática assistencial (SALVADOR et al., 2012).

Nesse panorama, destaca-se que o desafio é superar o uso de um sistema tecnológico como um simples instrumento de trabalho e observá-lo como inovação tecnológica capaz de produzir mudanças que favoreça o trabalho da enfermagem, salvaguardando elementos humanitários do processo de enfermagem, de modo a integrar tecnologias e garantir, um cuidado qualificado e ético ao paciente (SALVADOR et al., 2012).

CONCLUSÃO

Por fim, descobrir inovações tecnológicas em prol da enfermagem em países estrangeiros de primeiro mundo, não representam algo distante de nossa realidade. Entretanto, vários estudos comprovam o avanço tecnológico na prática e na assistência da enfermagem.

Nos dias atuais a humanidade carrega com sigilo um pensamento de mudanças contínuas em seus atos e nas suas ações, tão logo a evolução vem avançando rápido que os profissionais têm de se dedicar ao máximo para aprender e aperfeiçoar seus conhecimentos sobre as novas tecnologias que o auxiliam na prática assistencial.


Diante o exposto, a tecnologia do cuidado apresenta inúmeras vantagens no viés da enfermagem, nos estudos abordados as principais vantagens foram; inovação do cuidado assistencial, qualificação dos profissionais da saúde, monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem, implementação das tecnologias de informação e comunicação, e o desenvolvimento de habilidades motoras específicas. Todas essas vantagens tornam a tecnologia e o cuidado na assistência, uma profissão mais qualificada, ética e humana.

REFERÊNCIAS

SILVA ATMF et al. Florence Nightingale como tema no ensino de história da enfermagem. *Hist Enferm Rev eletrônica* [internet]. 2020;11 (Especial):15 - 27. DOI: <https://www.researchgate.net/publication/344454594>

ESPÍRITO SANTO FH et al. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006 dez; 10 (3): 539 - 46.

GONÇALES CAV, MACHADO AL. As tecnologias do cuidado em saúde mental. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2013;58(3):146-50.



NIETSCHE EA et al. Tecnologias Inovadoras do Cuidado em Enfermagem. ISSN 2179-7692 Rev Enferm UFSM 2012 Jan/Abr;2(1):182-189.

SALVADOR PTCO et al. Tecnologia e inovação para o cuidado. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7.

PARREIRA et al. Trials (2020) 21:78 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3887-1>

KALEEM et al. BMC Res Notes (2018) 11:59 DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3164-5>

PINTO LF, SANTOS LJ. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1305-1312, 2020 DOI: 10.1590/1413-81232020254.34132019

OLIVEIRA AM, DANSKI MTR, PEDROLO E. Technological innovation for peripheral venipuncture: ultrasound training. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):990-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0125>

MARTINS MMFPS, TRINDADE LL, VANDRESEN L, LEITE MJMGC, PEREIRA CMG. Tecnologias utilizadas por enfermeiros gestores em hospitais portugueses. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190294. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190294>

Baptista PCP et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(Esp):1621-6 DOI: www.ee.usp.br/reecusp/

GAMEIRO GR, et al. Inteligência Artificial à Serviço da Medicina Brasileira. Rev Med (São Paulo). 2019 jan.-fev.;98(1):i-iii. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i1pi-iii> Trbovich PL et al. Qual Saf Health Care 2010;19:430e434. DOI:10.1136/qshc.2009.032839



CAPÍTULO 28

EFICÁCIA DA FITOTERAPIA NA RECONSTITUIÇÃO TECIDUAL DO PÉ DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Giani Maria Cavalcante, Docente do Curso de Enfermagem, Faculdade Uninassau-PE
Santiago José da Silva, Graduando em Enfermagem, Faculdade Uninassau Caruaru-PE
Tatiane Tavares Silva, Graduanda em Enfermagem, Faculdade Uninassau Caruaru-PE

RESUMO

No *Diabetes mellitus* (DM) existem diversas complicações acerca da doença, entre elas a neuropatia diabética, popularmente denominado de pé diabético, um tipo de ferida que se caracteriza por sua difícil cicatrização. O objetivo desta pesquisa é descrever a eficácia da fitoterapia na reconstituição tecidual do pé diabético, através de uma revisão de literatura. Trata-se de uma revisão de literatura com uma avaliação documental e abordagem descritiva cujas pesquisas foram realizadas nas bases de dados eletrônicos Literatura Latina Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE-PUBMED), usando diferentes combinações de descritores. Foram encontrados 394 artigos, porém considerando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos para pesquisa, 13 artigos foram selecionados para compor a revisão de literatura. Diferentes produtos de origem natural (plantas e produtos melíferos) apresentaram potencial cicatrizante frente as úlceras do pé diabético promovendo a contração e redução do tamanho da úlcera, acelerando a cicatrização e estimulando a reconstituição tecidual


PALAVRAS-CHAVE: *Diabetes Mellitus*. Pé diabético. Fitoterapia. Produtos Naturais.

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica não transmissível de origem multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis glicêmicos decorrente da ausência ou incapacidade da insulina de exercer sua função fisiológica gerando várias complicações (LIMA et al., 2018).

De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, essa patologia é um importante e crescente problema de saúde pública para todos os países, cujo aumento da prevalência, está associado a diversos fatores, como a rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, e principalmente, a crescente massa populacional, na qual dois grupos se destacam, a população idosa e a sedentária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Segundo o American Diabetes Association, o DM pode ser classificado nas seguintes categorias: (a) *Diabetes mellitus* Tipo 1 (devido à destruição de células auto imunológica,




geralmente levando a deficiência de insulina); (b) *Diabetes mellitus* tipo 2 (devido a uma perda progressiva da secreção adequada de insulina das células beta frequentemente no contexto da resistência à insulina); (c) *Diabetes Mellitus* gestacional (diabetes diagnosticado no segundo ou terceiro semestre de gestação); (d) Diabetes ligado a outros fatores (síndromes monogênicas do diabetes; doença do pâncreas exócrino; diabetes induzido por produtos químicos e/ou farmacológico) (AMERICAM DIABETES ASSOCIATION, 2020).

Uma das principais complicações em decorrência do DM é a doença vascular periférica (DVP), a qual, quando associada à neuropatia, torna-se uma das principais causas de amputação não traumática. Essa situação favorece o surgimento de úlceras e dificulta a cicatrização devido ao menor aporte de nutrientes e oxigênio no leito da lesão, além de favorecer processos infecciosos em virtude da diminuição do efeito da antibioticoterapia decorrente da isquemia (SILVA et al., 2019). Esta complicação causa enfraquecimento muscular e alterações anatomopatológicas e neurológicas periférica dos pés, favorecendo o surgimento de úlceras, que geralmente, decorrem de traumas que por vezes, o paciente não percebe (OLIVEIRA et al., 2019).

No geral, o controle da DM exige uma mudança no estilo de vida, combinando uma dieta regrada e atividades físicas regulares. Quando essas providências não resultam em redução efetiva da hiperglicemia, é necessário o uso contínuo de medicamentos, sendo a metformina, o fármaco de primeira escolha (CONCEIÇÃO et al., 2017). Particularmente, as lesões decorrentes da neuropatia diabética, são ulcerações profundas do tecido, de difícil cicatrização, geralmente, associados a alterações neurológicas, graus diferenciados de doença vascular periférica e deformidades osteoarticulares (MENDONÇA et al., 2011).

A Neuropatia periférica associada ao diabetes (pé diabético) caracteriza-se pelo comprometimento das fibras sensitivas, motoras e autonômicas, o que promove ulcerações e destruição dos tecidos superficiais e profundos. Estima-se que 15 a 25% dos indivíduos com DM desenvolva essa complicação (MENDONÇA et al., 2011). A cicatrização dessas lesões e a reconstituição tecidual são difíceis e a amputação é uma das consequências mais grave. Neste contexto, a fitoterapia aparece como um tratamento não farmacológico que pode acentuar a reconstituição tecidual e promover um avanço no processo de cicatrização, e compor um conjunto de elementos a ser utilizado no tratamento do pé diabético.



Considerando a dificuldade de cicatrização das lesões teciduais em pacientes com pé diabético, o objetivo deste trabalho foi descrever a importância da fitoterapia no processo de cicatrização do pé diabético, através de uma revisão de literatura.

METODOLOGIA

O trabalho trata-se de uma revisão de literatura com uma avaliação documental e abordagem descritiva, no qual foram realizadas coletas de dados em bancos de dados eletrônicos como os da Literatura Latina Americana e do Caribe (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE-PUBMED) considerando as publicações entre os anos de 2010 a 2020. Também foram consultados documento oficiais publicados pela American Association Diabetes, Federação Internacional de Diabetes e Sociedade Brasileira de Diabetes.

Para orientar a pesquisa foram usadas as palavras chaves: “pé diabético”, “Diabetes mellitus”, “produtos naturais”, “fitoterapia” e “cicatrização” em português e inglês. O operador booleano utilizado foi o AND. Os limites de busca adotados basearam-se em publicações disponíveis em texto completo e com livre acesso.

Foram considerados como critérios de inclusão: artigos indexados publicados em revistas nacionais e internacionais, acessados em texto completo e com delimitação de ano de publicação entre 2010 e 2020. Já os critérios de exclusão levaram em consideração os artigos que após a identificação por meio de títulos e resumos, não se enquadraram ao objetivo da pesquisa e aqueles que estavam indisponíveis para download. Foram excluídos artigos de revisão, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e notas editoriais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho encontrou durante a pesquisa um total de 394 artigos nas três bases de dados analisadas. Entretanto após os critérios de inclusão e exclusão 13 artigos foram selecionados para compor a revisão de literatura (Quadro 1). A base de dados que forneceu o maior quantitativo de documentos foram PUBMED/MEDLINE (n=196), acompanhada da LILACS (n=100) e SCILEO (n=98). A combinação de descritores que mais forneceu documentos nas três bases foi “pé diabético AND fitoterapia”.

Quadro 1 - Compilação de artigos sobre a eficácia da fitoterapia na reconstituição tecidual do pé diabético publicados entre os anos de 2010-2020.

Autor/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Forma de utilização	Resultados obtidos
Meimeti et al. (2019)	Investigar a eficácia de pomadas, contendo como princípio ativo o extrato de azeite de oliva no tratamento de pacientes com úlceras nos pés diabéticos.	Ensaio clínico randomizado.	Extrato bruto aplicado diretamente.	Cicatrização completa da úlcera em 61% dos pacientes.
Huseini et al. (2019)	Investigar a atividade cicatrizante de pomada de extrato de <i>T. polium</i> em ratos diabéticos com úlceras de pé diabético.	Estudo pré-clínico em modelo <i>in vivo</i> .	Extrato na forma de pomada.	Acelerou o processo de cicatrização de feridas em relação ao controle farmacológico.
Silva et al. (2019)	Acompanhar a evolução de úlceras crônicas nos membros inferiores de pessoas com diabetes, submetidas a um tratamento de três meses com pomada à base de seiva de <i>C. lechleri</i> .	Estudo clínico piloto experimental, com abordagem quantitativa.	Extrato na forma de pomada.	Redução do tamanho médio das úlceras.
Astrada et al. (2019)	Relatar um tratamento de úlceras do pé diabético usando curativos à base de mel.	Relato de caso clínico.	Extrato <i>in natura</i> na forma de curativo.	Estimulou a cicatrização da ferida e auxiliou na reepitelização.
Mujica et al. (2019)	Avaliar o efeito da própolis como adjuvante na cicatrização de úlceras de pé diabético humano.	Estudo clínico randomizado controlado por placebo.	Extrato <i>in natura</i> na forma de spray	Melhorou e promoveu a cicatrização.
Pengzong et al. (2019)	Avaliar o potencial de cicatrização de feridas e o possível mecanismo de ação do extrato padronizado de <i>Boswellia serrata</i> frente ao modelo experimental de úlcera de pé diabético.	Estudo pré-clínico em modelo <i>in vivo</i> .	Extrato bruto na forma líquida.	Aumentou a taxa de contração da ferida.
Najafian et al. (2019)	Avaliar a eficácia do gel de Aloe vera em úlcera de pé diabético.	Ensaio clínico duplo-cego randomizado.	Extrato em forma de gel.	Redução da superfície da úlcera.
Afkhamizadeh et al. (2018)	Investigar o efeito da administração tópica de própolis na cicatrização de úlceras de pé diabético.	Ensaio clínico randomizado.	Extrato na forma de pomada.	Redução do tamanho da úlcera.
Muhammad et al. (2016)	Avaliar as atividades antibacteriana e de cicatrização <i>in vivo</i> de uma fração aquosa de <i>Moringa oleifera</i> em uma condição de úlceras de pé diabético.	Estudo pré-clínico em modelo <i>in vivo</i> .	Extrato bruto aquoso aplicado diretamente.	Redução do tamanho da ferida, melhoria na contração da ferida e da regeneração do tecido.
Romero-Cerecero et al. (2015)	Avaliar a eficácia e tolerabilidade de um fitofármaco do extrato de <i>A. pichinchensis</i>	Estudo clínico piloto duplo-	Extrato bruto aquoso aplicado diretamente.	Melhorou o processo de cicatrização

	administrado topicamente em pacientes com úlceras de pé diabético.	cego randomizado		
Iabichella et al. (2014)	Relatar o resultado bem sucedido de extratos de <i>A. indica</i> na infecção e cicatrização de úlceras de pé diabético com exposição óssea, sem uso prévio de procedimento cirúrgico.	Relato de caso clínico.	Extrato bruto aquoso aplicado diretamente.	Diminuiu a infecção e acelerou a cicatrização da ferida.
Edmondson et al. (2011)	Avaliar o potencial cicatrizante e antimicrobiano do óleo essencial de <i>melaleuca alternifolia</i> em feridas agudas e crônicas de pé diabético.	Estudo clínico piloto Experimental.	Óleo essencial com aplicação direta.	Redução do tamanho das feridas e reconstrução da pele.
Carvalho et al. (2010)	Testar os efeitos cicatrizantes e debridantes de soluções de papaína a 2%, 4%, 6% e 10% sobre lesões do pé diabético.	Estudo clínico experimental.	Extrato <i>in natura</i> na forma de curativo.	Estimulação e promoção da cicatrização e debridação tecidual.


Fonte: Autoria própria.

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2017), a maioria dos portadores de DM possuem uma neuropatia ou problema circulatório instalado, o que aumenta a chance de desenvolver uma úlcera. Em geral, as ulcerações associadas a neuropatia constituem o chamado pé diabético, que se caracteriza por um conjunto de traumas, deformidades de estruturas anatômicas e polineuropatia (MOTA et al., 2020).

A gravidade das úlceras do pé diabético pode ser classificada de acordo com a escala da Universidade do Texas. Segundo esta escala, as informações clínicas fornecidas permitem uma subdivisão em graus que variam de 0-3, relacionados a profundidade da lesão, presença ou ausência de infecções microbianas e isquemia (PETTERS et al., 2010).

No geral, o grau de classificação da úlcera, de acordo com a escala, determina a decisão acerca do tratamento a ser aplicado (OLIVEIRA et al., 2019). Para Duarte e Gonçalves (2011), o tratamento do pé diabético se baseia em alguns princípios básicos gerais como: (a) controle metabólico, (b) limpeza das úlceras e tratamento farmacológico indutor da cicatrização e (c) intervenções cirúrgicas ortopédicas para corrigir a hiperpressão sobre a área ulcerada.

Uma alternativa viável para auxiliar no processo cicatricial das úlceras do pé diabético é a utilização de agentes tópicos sob a lesões, entretanto, sua eficácia diminui em tratamentos a longo prazo e pode desenvolver, além de efeitos adversos, e resistência bacteriana, no caso das úlceras infectadas (DUARTE; GONÇALVES, 2011). Neste contexto, a utilização de produtos



naturais sob as formas de extratos e/ou óleo essenciais, torna-se uma alternativa viável no processo de cicatrização e com mínimos efeitos colaterais.


Nesta revisão de literatura foi possível observar o potencial cicatrizante de várias espécies vegetais, cujos extratos e/ou óleo essencial foram testados frente a úlceras de pé diabético, tanto em ensaios pré-clínicos *in vivo*, quanto em ensaios clínicos.

Ensaios pré-clínicos em modelos *in vivo*, testaram a eficácia de extratos brutos de diferentes espécies vegetais, na forma de pomada e líquido, aplicados diretamente sobre a ferida, e foi observado um aumento na contração da ferida, promovendo a redução e a aceleração do processo cicatricial em relação ao controle farmacológico (HUSSEINI et al., 2019; PENGZONG et al., 2019; MUHAMMAD et al., 2016).

Astrada et al. (2019), mostraram através de relato de caso, que o uso de curativos a base de extrato *in natura* de mel, estimulou a cicatrização da ferida e auxiliou na reepitelização de úlceras do pé diabético. O relato de Iabichaella et al. (2014), mostrou que o uso de extratos brutos de *A. indica*, aplicados diretamente sobre a úlcera de pé diabético com exposição óssea, provocou a diminuição da infecção e acelerou a cicatrização da ferida.

Um estudo clínico piloto experimental realizado por Silva et al. (2019), acompanhou a evolução de úlceras crônicas nos membros inferiores de pessoas com diabetes, submetidas ao uso de pomada à base de extrato *C. lechleri*, e observaram a redução do tamanho médio das úlceras. O estudo clínico piloto realizado por Edmondson et al. (2011), avaliou o potencial cicatrizante do óleo essencial de *M. alternifolia* e observaram uma redução do tamanho das feridas e a reconstituição efetiva da pele. Romero-Cerecero et al. (2015), realizaram um estudo clínico piloto duplo-cego randomizado, utilizando o extrato bruto de *A. pichinchensis*, e observaram uma melhora no processo de cicatrização naqueles pacientes que usaram o extrato aplicados topicamente sobre a ferida.

Vários estudos clínicos randomizados mostraram a eficácia dos extratos de plantas no processo de reconstituição tecidual de úlceras do pé diabético. Meimeti e colaboradores (2019), mostraram que o uso do extrato de azeite de oliva no tratamento de pacientes com úlceras nos pés diabéticos, promoveu a cicatrização completa da úlcera em 61% dos pacientes que participaram do estudo. Mujica et al. (2019), ao avaliarem o efeito do extrato bruto da própolis, sob a forma de *spray*, como adjuvante na cicatrização de úlceras de pé diabético, observaram uma melhora na úlcera e uma aceleração no processo de cicatrização. Najafian et al. (2019), testaram o extrato de *Aloe vera* na forma de gel, através de um ensaio clínico duplo-cego



randomizado, e observaram redução da superfície da úlcera. No estudo clínico randomizado realizado por Afkhamizadeh et al. (2015), foi investigado o efeito de extrato de própolis na cicatrização de úlceras de pé diabético, sendo observado uma redução do tamanho das úlceras nos pacientes tratados com pomadas a base de extrato de própolis. Carvalho et al. (2010), testaram os efeitos cicatrizantes e debridantes de soluções de papaína, em diferentes concentrações, e observaram que os extratos *in natura* estimularam e promoveram a cicatrização e debridação tecidual em todas as concentrações testadas.

Ao longo dos séculos os produtos de origem vegetal, em virtude das suas moléculas bioativas, constituíram as bases para o tratamento de diversas doenças, cujo conhecimento empírico, passado de geração a geração, foi essencial para descobertas de moléculas com propriedades terapêuticas. Neste sentido, o Brasil, através do seu Ministério da Saúde, tem estimulado a inserção de práticas complementares de assistência e cuidado, através da implementação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (BRASIL, 2006) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), que visam estimular o acesso às práticas complementares e às plantas medicinais.


Neste contexto, a ação cicatrizante de extratos vegetais, é apresentada e discutida na literatura; e particularmente para úlceras de pé diabéticos os relatos, apesar de poucos, apresentam resultados promissores em relação ao desenvolvimento de medicamentos com ação cicatrizante em úlceras de pé diabético à base de produtos naturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diferentes produtos de origem natural (plantas e produtos melíferos) apresentaram potencial cicatrizante frente as úlceras do pé diabético promovendo a contração e redução do tamanho da ferida, acelerando a cicatrização e estimulando a reconstituição tecidual, quando aplicados diretamente sobre a úlcera na forma de extrato bruto líquido, óleo essencial ou pomada preparada com o extrato bruto. O potencial cicatrizante de produtos naturais frente a diferentes feridas crônicas, incluindo as úlceras do pé diabético, são apresentados na literatura através de resultados obtidos a partir de ensaios pré-clínicos e clínicos, sendo esses resultados promissores em relação ao desenvolvimento de medicamentos com ação cicatrizante em úlceras de pé diabético à base de produtos naturais.

REFERÊNCIAS

- AFKHZMIZADEH, M. A. et al. Topical propolis improves wound healing in patients with diabetic foot ulcer: a randomized controlled trial. **Natural Product Research**, v.12, n.32, p.2096-2099, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/14786419.2017.1363755>. Disponível em <http://www.tandfonline.com/loi/gnpl20>. Acesso em 10/03/2020.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, 2020. *Diabetes Care*. Disponível em <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>.
- ASTRADA, A. A. et al. Successful treatment of a diabetic foot ulcer with exposed bone using Trigona honey: a case study. **Journal of Wound Care**, v.28, n.12, p.4-8, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.12968/jowc.2019.28.Sup12.S4>.
- BRASIL. Decreto nº 5813 de 22 de junho de 2006. **Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos-PNPMF**, 2006. Diário Oficial da União 22/06/2006. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/decreto5813_22_06_06.pdf. Acesso em 15/03/2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**, 2006. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnpic>.
- CARVALHO, F. I. C. et al. Uso de papaína no tratamento de lesões ulcerativas de pacientes portadores de Pé diabético: relato de cinco casos. **Revista Paraense de Medicina**, v.24, n.2, p.65-70, 2010. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2126.pdf>. Acesso em 01/04/2020.
- CONCEIÇÃO, R. A. et al. Fármacos para o Tratamento do Diabetes Tipo II: Uma Visita ao Passado e um Olhar para o Futuro. **Revista Virtual de Química**, v.9, n.2, p.514-534, 2017.
- DUARTE, N.; GONÇALVES, A. A. Pé diabético. **Angiologia e Cirurgia Vasculuar**, v.7, n.2, p.65-79, 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em 04/04/2020.
- EDMONDSON, M. E. et al. Uncontrolled, open-label, pilot study of tea tree (*Melaleuca alternifolia*) oil solution in the decolonization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* positive wounds and its influence on wound healing. **International Wound Journal**, v.8, n.4, p.375-383. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2011.00801.x>. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/journal/1742481x>. Acesso em 20/03/2019.
- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL OF DIABETES. **Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot**, 2017. Disponível em <https://www.idf.org/e-library/guidelines/119-idf-clinical-practice-recommendations-on-diabetic-foot-2017.html>. Acesso em 01/04/2020.
- HUSEINE, H. F. et al. Topical Application of *Teucrium polium* Can Improve Wound Healing in Diabetic Rats. **The International Journal of Lower Extremity Wounds**, v.19, n.2, p.1-7, 2019. DOI <https://doi.org/10.1177%2F1534734619868629>. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31478410/>. Acesso em 10/03/2020.



IABICHELLA, M. L. et al; The use of an extract of *Hypericum perforatum* and *Azadirachta indica* in a neuropathic patient with advanced diabetic foot. **BMJ Case Reports**, v.28, p.1-4, 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2014-205706>. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25378221/>. Acesso em 12/03/2020.

LIMA, L. R.; FUNGHETTO, S. S.; VOLPE, C. R. G. et al. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, n.3, p. 180-190, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200176&lng=en. Acesso em 04/03/2020.

MAHAMMAD, A. A. et al. Evaluation of wound healing properties of bioactive aqueous fraction from *Moringa oleifera* Lam on experimentally induced diabetic animal model. **Drug Desing, Development and Therapy**, v.10, p.1715-1730, 2016. DOI <https://doi.org/10.2147/DDDT.S96968>. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4887066/>. Acesso em 21/03/2020.

MEIMET, E. M. et al. Ointments containing *Ceratothoa oestroides* extract: Evaluation of their healing potential in the treatment of diabetic foot ulcers. **The international journal of tissue repair and regeneration**, v.24, n.2, p.231-241, 2019. DOI <https://doi.org/10.1111/wrr.12771>. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/wrr.12771>. Acesso em 05/03/2020.

MENDONÇA, S. S. et al. Proposta de um protocolo de avaliação fisioterapêutica para os pés de diabéticos. **Fisioterapia em Movimento**, v.24, n.2, p.285-298, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-51502011000200010>. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502011000200010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 05/03/2020.


MOTA, M. R. et al. Influência da ozonioterapia na cicatrização de úlceras do pé diabético. **Brazilian Journal of Development**, v.6, n.8, p.58274-58285, 2020. Disponível em <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15027>. [Acesso em 15/03/2020.](#)

MUJICA, V. et al. Propolis as an Adjuvant in the Healing of Human Diabetic Foot Wounds Receiving Care in the Diagnostic and Treatment Centre from the Regional Hospital of Talca. **Journal of Diabetes Research**, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1155/2019/2507578>

NAJAFIAN, Y. et al. Efficacy of *Aloe vera/Plantago major* gel in diabetic Foot Ulcer: A randomized double-blind clinical trial. **Current Drug Discovery Technologies**, v.16, n.2, p.223-231, 2019. DOI <https://doi.org/10.2174/1570163815666180115093007>. [Disponível em https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cddt/2019/00000016/00000002/](#). Acesso em 15/03/2020.

OLIVEIRA, M. F. et al. Feridas em membros inferiores em diabéticos e não diabéticos: estudo de sobrevivência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, n.1, p.1-10, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180016>. Disponível em <https://www.scielo.br>. Acesso em 05/06/2020.

PENGZONG, Z. P. Wound Healing Potential of the Standardized Extract of *Boswellia serrata* on Experimental Diabetic Foot Ulcer via Inhibition of Inflammatory, Angiogenetic and



Apoptotic Markers. **Planta Medica**, v.85, n.8, p. 657-669, 2019. DOI 10.1055/a-0881-3000. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30909313/>. Acesso em 15/03/2020.

PETTERS, E. J. G. Effectiveness of diabetic foot risk classification system of The International Working Group on the Diabetic Foot. **Diabetes Care**, v.24, n.8, p.1442-1447, 2010. DOI 10.2337/diacare.24.8.1442. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11473084/>. Acesso em 24/03/2020.

ROMERO-CERECERO, O.; ZAMILPA, A.; TORTORIELLO, J. Effectiveness and tolerability of a standardized extract from *Ageratina pichinchensis* in patients with diabetic foot ulcer: a randomized controlled pilot study. **Planta Medica**, v.81, p.272-278, 2015. DOI: 10.1055/s-0034-1396315. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25714724/> Acesso em 05/03/2020.

SILVA, D. S. et al. Utilização de pomada à base de seiva de *Croton lechleri* Müll. Arg. No tratamento de úlceras em membros inferiores de pessoas com diabetes: – estudo piloto. **Cadernos UniFOA**, v.40, n.1, p. 139-150, 2019. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/334971123>. Acesso em 10/03/2020.

SILVA, F. M. S. et al. Uso de fototerapia para cicatrização de feridas de pés diabéticos. **Hegemonia – Revista Eletrônica do Programa de Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Violência/Ciência Política do Centro Universitário Unieuro**, v.27, n.7, p.7-27, 2019. Disponível em http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_hegemonia_27. Acesso em 04/05/2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020**. Sociedade brasileira de diabetes, 2019. Disponível em <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em 04/03/2020.



CAPÍTULO 29

O CONHECIMENTO CIENTÍFICO DA ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO FILOSÓFICA SOBRE A CONSTITUIÇÃO DE UMA CIÊNCIA

DOI 10.47402/ed.ep.c202140129492

Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira, Enfermeira Mestre, Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, PPCCLIS, UECE
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Enfermeira Docente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UECE. Pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFC

RESUMO


A expressão conhecimento científico na enfermagem é empregada com a finalidade de designar o padrão empírico do saber e a ciência positivista ainda dominante atualmente. No século XX, a Enfermagem voltou seus esforços para ser reconhecida como ciência, desenvolvendo teorias de Enfermagem dentro do paradigma da totalidade, este que se contrapõe ao dualismo mente/corpo tão defendido por Descartes, Locke, dentre outros. Essa busca por um arcabouço substantivo de conhecimento a impulsionou para explicitação de suas bases teóricas voltadas à prática. Este trabalho tem como propósito realizar uma reflexão filosófica sobre esta ciência que se chama enfermagem. O paradigma positivista/cartesiano tão bem difundido através do modelo biomédico vem sendo gradativamente substituído por um modelo que visa a valorização à complexidade e à totalidade do sistema, desfazendo as dicotomias antes existentes, partindo a observar os objetos não meramente como matéria e sim por meio da objetividade da integração corpo, alma, mente e espírito, que agrega valor ao objeto, tratando-o como sujeito. Mas em se tratando de métodos científicos, a ciência ainda permanece preferindo eliminar o que há de subjetividade, dando mais valor ao que pode ser mensurável. O saber próprio da Enfermagem, é uma junção do estudo e aplicação das teorias de Enfermagem, somadas a realização do Processo de Enfermagem, o que é importante ressaltar o uso de uma linguagem e nomenclaturas padronizadas internacionalmente própria da área, a prática baseada em evidências e a obtenção de saberes interdisciplinares e transversais que venham dar uma visão mais total do indivíduo, dando suporte às disciplinas já consolidadas no curso. Percebe-se nos cursos de Pós-graduação strito sensu, uma grande reflexão filosófica acerca dessas temáticas que são de grande relevância para o reconhecimento e autonomia deste profissional, contudo na assistência, discussões sobre isso ainda são frígidas e pontuais.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Filosofia. Ciência.

INTRODUÇÃO

A expressão conhecimento científico na enfermagem é empregada com a finalidade de designar o padrão empírico do saber e a ciência positivista ainda dominante atualmente. Pois criou-se uma ilusão de estabilidade ao tratar da matéria humana com imensa racionalidade o que, afastando a sensibilidade, projetou a ciência como única forma de se construir um mundo teórico (TRETINI; PAIM, 2001).

Essa percepção positivista do conhecimento científico em Enfermagem fica evidenciada pela predominância de se conceber a ciência através de um internalismo epistêmico como um



conjunto de conhecimentos sistematizados, sem qualquer ideologia ou associação com o modo de produção da sociedade de onde se origina, e sem relação com as classes sociais, posições políticas, valores morais e visões de mundo (TEODÓSIO, 1988). O positivismo originário precede ao positivismo lógico concebido como uma corrente filosófica do século XIX, que se expandiu e estabeleceu-se como filosofia dominante, tendo como seu maior representante, Augusto Comte.


Para Comte, o surgimento da ciência teria sido o marco histórico da maturidade humana. Essa ideologia significa o rompimento com as concepções anteriores de que os fenômenos naturais e sociais eram percebidos como manifestações divinas e eram tratados pela metafísica, o que corroborava com o pensamento de filósofos como Aristóteles e Descartes. Para Descartes, o conhecimento vinha da mente (racionalismo), em parte, de ideias inatas para todo ser humano.

Para tal corrente filosófica não é possível se conceber a compreensão da natureza, a constituição e as leis do mundo real através de saberes ilusórios, crenças geralmente falsas; sem qualquer aplicabilidade científica, ou seja, sem qualquer fato empiricamente verificável (TEODÓSIO, 1988).

O empirismo, por sua vez, é uma filosofia que sustenta que todo conhecimento provém da experiência. A palavra empirismo é uma variação do termo *empeiria*, que é derivado da palavra grega, *experiência* (NÉRICI, 1985). Assim, Francis Bacon contribuiu significativamente para esse movimento em direção ao empirismo como base para a ciência, ficando conhecido como o “pai da ciência moderna”.

Ele enfatizou, fortemente, o desenvolvimento da atividade intelectual de um saber não apenas para fins eruditos (pesquisa ou meio acadêmico), mas principalmente para um propósito prático que vise o bem público, pois estes estudos aperfeiçoam a natureza do conhecimento e são aperfeiçoados pela experiência, portanto trata-se de um produto útil e cientificamente válido (RODGER, 2005).

Essa tendência é clara em investigações de enfermagem e de serviços da saúde, nas quais esforços têm sido desenvolvidos para disseminar achados científicos de forma mais eficiente e para adotar a tomada de decisão baseada em evidência na prática clínica e na formulação de políticas. Sendo importante monitorar o uso do conhecimento, determinando sua difusão para os grupos alvos de usuários do conhecimento e considerando como ele está sendo utilizado, bem como os resultados do seu uso (GRAHAN et al, 2006; STRAUSS et al, 2010).



Pôde-se observar, que no século XX, a Enfermagem voltou seus esforços para ser reconhecida como ciência, desenvolvendo teorias de Enfermagem dentro do paradigma da totalidade (PARSE, 1987) este que se contrapõe ao dualismo mente/corpo tão defendido por Descartes, Locke, dentre outros. Essa busca por um arcabouço substantivo de conhecimento a impulsionou para explicitação de suas bases teóricas voltadas à prática (JOHNSON, 1992). Esse trabalho tem como propósito realizar uma reflexão filosófica sobre esta ciência que se chama enfermagem.


O ESTUDO DA LÓGICA PARA A CONCEPÇÃO DE UMA “CIÊNCIA VÁLIDA”

A enfermagem enquanto conhecimento possui em seu cerne, elementos estruturais que a definem como ciência. A lógica, por sua vez, estuda as leis gerais do pensamento e a arte de aplicá-las corretamente na investigação e demonstração da verdade dos fatos (NÉRICI, 1985). Portanto, pode-se afirmar que o estudo da lógica permite à enfermagem, uma maior compreensão quanto a verdade desta como ciência e arte.

A prática baseada em evidência (PBE), nesse contexto, é um movimento recente muito disseminado entre os profissionais da área da saúde, que tem como propósito reduzir a lacuna entre pesquisa e prática. Praticar com base em evidências significa utilizar as melhores evidências científicas para aperfeiçoar a habilidade clínica profissional.

Na enfermagem, por exemplo, o enfermeiro através de um processo de raciocínio crítico, chega a um julgamento clínico, este julgamento do espírito é a essência do juízo e é nele que reside todo o valor deste ato intelectual. Durante este processo, o enfermeiro analisa os dados para se chegar ao juízo, procede a uma comparação dos mesmos, da qual resultará num julgamento de conveniência ou inconveniência entre as ideias, para tanto o profissional poderá usar de várias estratégias para se chegar a tomada de decisão mais eficiente, dentre essas destaca-se, na atualidade, a PBE, que funcionará como norteadora das ações de Enfermagem.

É importante ressaltar, que o uso da PBE segue a lógica indutiva do conhecimento. A indução é a forma de raciocínio que procede do particular para o geral. Em outras palavras, indução é o processo mental que, de dados particulares, suficientemente constatados, pode-se inferir uma verdade geral ou universal (NÉRICI, 1985). Portanto, este pensamento corrobora com Bacon, no que se refere ao aperfeiçoamento da prática pela experiência, pois as melhores evidências correspondem as experiências de sucesso antecessoras da matéria tratada.




Além da PBE, o Processo de Enfermagem (PE), a partir da década de 1970, foi introduzido no Brasil pela Professora Wanda de Aguiar Horta, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (HORTA, 1979). Portanto, o PE é bem anterior a PBE, e pode ser compreendido como o método pelo qual a enfermagem presta uma assistência mais segura e eficiente.

É um método de representação científica, o qual indica uma série de ações dinâmicas direcionadas pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde possibilita o profissional identificar, descrever, compreender os planos de cuidado e traçar as intervenções de enfermagem, proporcionando uma melhor qualidade da assistência, colaborando para o crescimento da enfermagem, permitindo aplicar os conhecimentos teóricos na prática, fortalecendo-a enquanto ciência, tornando-a mais precisa e eficiente de fato (FERREIRA, 2016).

O Método, de uma maneira geral, é um conjunto de processos que orienta o espírito na investigação e demonstração da verdade. Pode-se dizer mais precisamente, que este é o conjunto coerente de procedimentos racionais ou prático-racionais que orienta o pensamento para serem alcançados conhecimentos válidos. Na marcha para algum objetivo, grande seria o esforço se os pensamentos e atos não fossem regulados por um plano que indicasse os passos a seguir, em segurança, com um máximo de eficiência e dispêndio mínimo de energia (NÉRICI, 1985).

O método nasce de forma prática, da marcha dos sábios em suas pesquisas em busca da verdade (NÉRICI, 1985). Um espírito brilhante sem método produzirá bem menos do que um espírito medíocre guiado por um bom método. O método é de valor inestimável: "não é suficiente ter um bom espírito, principal é sabê-lo aplicar bem", dizia Descartes.

Assim, percebe-se que o estudo da lógica permite através da filosofia, a busca pela verdade, aquilo que é considerado como cientificamente válido — uma certeza. Portanto, neste contexto devemos compreender a “ciência como a teoria do real”. O real com o mesmo sentido de “fato”, que hoje em dia, indica uma “certeza” e significa “certo” ou “seguro”. Sendo que o real não assume nesse cenário um papel de verdade absoluta, mas sim de verdade vigente, pois respeita o caráter transitório da Ciência Moderna e Contemporânea, a qual se encontra em vigência.



No tocante, à definição de teoria, a Enfermagem tem dado destaque à definição por Kerlinger (1979): “um conjunto de interpretações (conceitos), definições e propostas interrelacionadas que apresentam uma visão sistemática dos fenômenos, especificando relações entre variáveis, com o propósito de explicar e prever fenômenos”, segundo Melleis (1985) esta definição tem sido usada como modelo para a definição da teoria de Enfermagem por mais de duas décadas.

Para Souza (1985) as definições gerais podem designar teorias para qualquer disciplina, contudo para ser específica de um campo de conhecimento, a definição deve conter os elementos próprios do mesmo. Isso se entende por caráter regional do real, como domínio de seus objetos. Onde a ciência corresponde a um traço básico do próprio real e o real é o vigente que se expõe e que se faz de fato em sua vigência. A teoria fixa o real e a objetividade dá lugar a relação sujeito-objeto (HEIDEGGER, 2001).


O paradigma positivista/cartesiano tão bem difundido através do modelo biomédico vai sendo gradativamente substituído por um modelo que visa a valorização à complexidade e à totalidade do sistema, desfazendo as dicotomias antes existentes, partindo a observar os objetos não meramente como matéria e sim por meio da objetividade da integração corpo, alma, mente e espírito, que agrega valor ao objeto tratando-o como sujeito. Mas em se tratando de métodos científicos, a ciência ainda permanece preferindo eliminar o que há de subjetividade, dando mais valor ao que pode ser mensurável.

Torna-se necessário explicar que a ciência e a técnica não são sinônimas, considerando que a primeira visa a busca pelo real, a verdade, já a técnica ao contrário coloca-se a serviço de nossas necessidades, desejos e aspirações subjetivas de que precisamente a ciência se empenha em abstrair (HUISMAN; VERGEZ, 1978). A técnica é um esforço a se produzir o que tem que ser e a ciência é um esforço para conhecer e explicar o que se é. A arte, por sua vez, é a manifestação estética dessa associação.

UMA CIÊNCIA CHAMADA ENFERMAGEM

Começamos pela seguinte pergunta: Qual o saber próprio da Enfermagem?

E assim, convido-lhes a uma reflexão filosófica com base nos dois tópicos anteriores, para chegarmos a um consenso sobre a melhor resposta para essa indagação.



A proliferação de ciências e técnicas remonta um horizonte feito de lógicas, onde predominam o modo de fazer, a eficácia, a experiência e as distribuições das correlações estatísticas (PETITAT, 1998).


Estamos numa era científica na qual predomina o conhecimento racional, e o conhecimento científico é tido por muitos como a única espécie de conhecimento aceitável. Entretanto, está a verificar-se uma mudança de paradigma que conduz a uma revolução profunda no pensamento, percepção e valores que formam uma determinada visão da realidade. O universo passa de uma visão mecanicista para a visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas (WALDOW, 1998).

Esse paradigma tem influenciado a enfermagem, fazendo com que ela seja discutida em várias dimensões, considerando o indivíduo, receptor do cuidado, um ser subjetivo, não se limitando apenas ao processo saúde-doença. Portanto, nesse contexto, as ciências naturais tornam-se incipientes e insuficientes para explicar fenômenos onde o comportamento da pessoa também é influenciado por diferentes crenças, valores e culturas. É necessária uma perspectiva mais abrangente.

Os enfermeiros em ambientes de prática não estão acostumados a discutir os métodos nem a natureza de seus conhecimentos; ao invés disso, eles se restringem ao que eles sabem e o que eles podem fazer para se chegar a um determinado resultado. Esse conhecimento vem surgindo de forma muito intuitiva e pouco embasada, e por isso a grande dificuldade de reconhecer a Enfermagem como uma ciência de fato.

Refletir sobre os métodos científicos e seus rigores é cada vez mais indispensável para o desenvolvimento da prática da enfermagem, assim como a capacidade de investigar e questionar o que está posto de forma simples, mas muitas vezes escondidas nos emaranhados das relações e dos processos que envolvem o ser humano. Então, surgem as teorias que buscam razões para o conhecimento comum da natureza e da vida através do conhecimento científico desenvolvido por poucos e restrito a uma minoria (LUCIANA et al, 2010).

Desde a década de 1950, que vem sendo desenvolvidos e reconhecidos alguns conceitos, modelos e teorias específicas da enfermagem que são necessárias para o fundamento de uma base teórica e metodológica sólida (HICKMAN, 2000). A partir daí, a enfermagem dedica tempo e esforços para o desenvolvimento das suas teorias, as quais servem de arcabouço para a prática profissional, orientando, assim, o cuidado (MARTINS, 2006). Esse movimento vem se fortalecendo, tendo, a princípio, os cuidados aos seres humanos enfermos com base na prática



empírico-científica da precursora da enfermagem, Florence Nightingale, considerada por muitos como a primeira teórica de enfermagem, a qual pregava o cuidado ao ser humano como um todo (ZEFERINO et al, 2008).

Após 70 anos, a enfermagem começa a refletir sobre suas ações de cuidado, educação e administração, promovendo reformulações nos currículos, no sentido de formar novos profissionais para atuarem não só na assistência, mas também no âmbito educacional e na administração dos serviços de saúde (VILLALOBOS, 2001).

Assim, determinou-se a próxima fase do desenvolvimento das pesquisas em enfermagem, visando através de bases científicas adequar a prática profissional e os requisitos básicos da atenção especializada em saúde. Com isso, o desenvolvimento das teorias de enfermagem tornou-se cada vez mais necessário para que a teoria guiasse a prática (VILLALOBOS, 2001). As teorias de enfermagem são construções que surgem da concepção de uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem, a partir de quatro conceitos inter-relacionados: homem ou indivíduo ou pessoa, sociedade ou ambiente, saúde e enfermagem, os quais constituem os modelos e concepções filosóficas (TORRES, 1993; VILLALOBOS, 2001).

Embora existam muitas teorias, foi o PE que surgiu em 1970 através de Horta, que se tornou o grande carro chefe da Enfermagem, mesmo não se tratando de uma teoria em si, mas este método até hoje é o mais mencionado como ferramenta estruturante da Enfermagem enquanto ciência, isso por possuir vários elementos que o definem e caracterizam como um conhecimento válido segundo o estudo da lógica.

Portanto, o saber próprio da Enfermagem, é uma junção do estudo e aplicação das teorias de Enfermagem, somadas a realização do Processo de Enfermagem, o que é importante ressaltar o uso de uma linguagem e nomenclaturas padronizadas internacionalmente própria da área, a prática baseada em evidências e a obtenção de saberes interdisciplinares e transversais que venham dar uma visão mais total do indivíduo, dando suporte às disciplinas já consolidadas no curso.

Percebe-se nos cursos de Pós-graduação strito sensu, uma grande reflexão filosófica acerca dessas temáticas que são de grande relevância para o reconhecimento e autonomia deste profissional, contudo na assistência, discussões sobre isso ainda são frígidas e pontuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem embora seja uma ciência nova comparada a tantas outras, já possui um arcabouço teórico e metodológico bastante expressivo, o suficiente para ser denominada como uma ciência. O fato de possuir suas raízes no empirismo, o que é tão comum a grande parte das ciências...: pois quantas não nasceram fruto da experiência e da observação?... Não faz da enfermagem uma desmerecedora do seu reconhecimento científico. O problema é que artigos mostram que a falta de tempo, de conhecimento, e de interesse dos próprios profissionais e incentivo por parte da gestão contribuem significativamente para a não utilização dos recursos tecnocientíficos que a enfermagem dispõe no campo da prática clínica e nas políticas públicas de saúde.

Esse comportamento por parte das instituições e seus profissionais dificultam que a enfermagem ganhe a visibilidade inerente à qualidade de ciência. Dentre as problemáticas apontadas, dá-se destaque à falta de interesse e de conhecimento do profissional enfermeiro em relação à sua própria área, esta que se atualiza constantemente, sendo uma grande produtora de novos saberes e tecnologias nos mais distintos segmentos e setores da saúde.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, et al. Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e Taxonomia da NANDA-I. **Rev. Bras. Enferm.** v.6, n.2, 2016, p. 285-93.

HEIDEGGER M. **Ensaios e conferências**. Petrópolis: Vozes, 2001.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000. p.11-20.

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

HUISMAN D.; VERGEZ, A. **O conhecimento**. 3. ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1978.

JOHNSON, D.E. The nature of a science of nursing. In: Nicoll LN. **Perspectives on nursing theory**. Philadelphia (PA): Lippincott; 1992. 602p.p. 189-195.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979

MARTINS, M.R. Percepção dos discentes acerca das teorias de enfermagem em um curso de graduação. **Revista Uningá**, n. 8, 2006, p. 33-40.



MELLEIS, C. I. **Theoretical nursing**; development and progress. Simpósio sobre TEORIAS DA ENFERMAGEM, 1, Florianópolis, UFSC, 1985. Anais Florianópolis, UFSC, 1985.

NÉRIC L.G. **Introdução à lógica**. 9. ed. São Paulo: Nobel, 1985.

PARSE, R. R. **Nursing science**: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1987.

PETITAT, A. Ciência, afetividade e cuidados de enfermagem. In: MEYER *et al.* – **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artemed, 1998.

RODGER, B.L. **Developing nursing knowledge**: philosophical traditions and influences. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

ROSAI, L. M.; SEBOLDII, L. F.; ARZUAGAI, M. A.; SANTOS, V. E. P.; RADÜNZ, V. Referenciais de Enfermagem Produção do Conhecimento Científico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; v. 1, n. 18.p. 120-5.

SOUZA, M. F. de Comentário sobre o tema: desenvolvimento de teorias de enfermagem da Dra Afaf I. Melleis. In: **Simpósio sobre Teorias da Enfermagem**, 1, Florianópolis, 1985. Anais... Florianópolis, UFSC, 1985.

TEODÓSIO, S. S. C. S. T. A Enfermagem e o Conhecimento Científico. **Rev. Educação em Questão**, Natal, v. 2, n. 1, 1988, p. 63-71.

TORRES G. A posição dos conceitos e teorias de enfermagem. In: George JB. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.

TRENTINI, M. PAIM, L. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente-assistencial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis (SC) 2001 jan/abr; n. 10, v. 1. p. 11-31.

VILLALOBOS, M.M.D. **Enfermería**: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá (Co): Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; 2001.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER *et al.* **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed. 1998.

ZEFERINO, M.T.; SANTOS, V.E.P.; WALL, M.L.; ROCHA, P.K.; BLOIS, J.M.; MEIRELES, B.H.S. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev enferm. UERJ**. n. 6, 2008, p.345-350.



CAPÍTULO 30

O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRANSPLANTADOS CARDÍACOS À LUZ DA TEORIA DE ROY: UMA ANÁLISE TEÓRICA-REFLEXIVA

DOI 10.47402/ed.ep.c202140230492

Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira, Enfermeira Mestre, Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, PPCCLIS, UECE
Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Enfermeira Docente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, UFC. Pós-doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFC

RESUMO


As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, sendo que mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa. O transplante cardíaco constitui-se hoje em uma alternativa cirúrgica das mais utilizadas no tratamento das cardiopatias em estágio avançado e é realizado quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o clínico. Este estudo busca realizar uma análise teórica-reflexiva acerca da experiência de crianças e adolescentes que passam por mudanças ocasionadas pela realização do transplante cardíaco à luz da Teoria da Adaptação de Roy, visando melhorar o cuidado prestado, ou seja, instrumentalizar o cuidador para a adaptação do paciente. O transplante cardíaco é responsável por grandes mudanças na qualidade de vida do paciente e da sua família, o enfermeiro neste contexto tem um papel fundamental no processo de adaptação desses à condição que lhes foi imposta. O estudo ora desenvolvido nos permite um olhar reflexivo e crítico sobre a utilização de teorias de enfermagem e sua contribuição para o desvelar de uma realidade até o momento pouco conhecida e pesquisada.

PALAVRAS-CHAVE: Adaptação. Enfermagem pediátrica. Família. Transplante cardíaco. Teorias de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares apresentam-se nas últimas décadas com valores estatisticamente expressivos dentre as causas de morbimortalidade, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, sendo que mais pessoas morrem anualmente por essas enfermidades do que por qualquer outra causa (OPAS, 2017).

O transplante cardíaco constitui-se hoje em uma alternativa cirúrgica das mais utilizadas no tratamento das cardiopatias em estágio avançado e é realizado quando a probabilidade de uma vida útil é maior com o tratamento cirúrgico do que com o clínico. É um procedimento complexo que tem repercussões orgânicas, sociais e psicológicas no paciente, o que implica a necessidade de cuidados especializados (RIBEIRO, et al, 2015).



Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003) as condições crônicas constituem problemas de saúde que demandam cuidado e gerenciamento permanente por um longo período de tempo, podendo se estender por anos ou décadas, sendo que no caso do transplantado cardíaco, ele continuará necessitando de cuidados.


Um campo de conhecimentos e práticas exemplar dessa transição e das repercussões para o cuidado é o da saúde da criança e do adolescente que, diante da maior sobrevivência às condições crônicas, foi transformando serviços de Pediatria Geral em unidades especializadas em cuidados críticos e dependentes de tecnologias. Tal transformação veio acompanhada de maior tempo de permanência dos pacientes, bem como da necessidade de prover cuidados mais intensivos (MOREIRA; GOLDANI, 2010).

A Enfermagem, como uma ciência de ajuda, possibilita que os seus profissionais estejam acompanhando pessoas em diversos momentos da vida e, conseqüentemente, de cuidado. Vários elementos estão envolvidos na sua composição e na sua prática, e dentre estes, o cuidar é tido como o centro para a prática da Enfermagem, além de ser um direcionamento moral, pessoal e profissional (WALDOW, 2004).

Na atualidade, a Enfermagem fundamenta cientificamente seu saber de forma a orientar os profissionais de enfermagem para a prática, na busca pelo alcance do seu objeto natural por meio da utilização do método científico, o qual alicerça seu processo sistematizado de cuidar (CARPENITO-MOYET, 2007).

No entanto, há de também ser analisado que o modelo sistematizado de cuidado clínico na Enfermagem requer fundamentação teórica que sirva de pano de fundo para o seu desenvolvimento. Dessa forma, hoje o enfermeiro lança mão de um saber construído a partir de teorias que procuram fundamentar a essência do cuidado às pessoas humanas. Dentre elas, destaca-se uma que, por meio da interação entre quem cuida e quem é cuidado, permite o cuidar clínico de enfermagem estimulador de modos adaptativos às novas condições de existência, a Teoria de Adaptação de Callista Roy (LEOPARDI, 2006).

As teorias de enfermagem se configuram atualmente, como esforços coletivos e individuais dos enfermeiros para definir e dirigir a profissão e proporcionar a base para um desenvolvimento teórico continuado. Elas mostram diferentes modos de pensar a prática da enfermagem. Portanto torna-se necessário que os enfermeiros façam a opção por uma teoria e ao fazer, considerem a adequação e a aplicabilidade à situação de enfermagem em que será utilizada. A escolha da teoria tem como base ser de fácil aplicabilidade e auxiliar na




compreensão e estabelecimento dos conceitos que permeiam uma realidade de atuação do enfermeiro (CARRARO, 2001).

Dessa forma, mesmo diante do que já se estudou acerca do cuidado de enfermagem, é preciso atentar para a necessidade da realização de mais investigação acerca desta temática nas mais diversas situações clínicas (WALDOW, 1997; 2001). Percebe-se com clareza uma lacuna no que tange a estudos que envolvam a sistematização do cuidado de enfermagem, especificamente a pacientes transplantados cardíacos (DANIEL, 2012). Para este estudo busca-se realizar uma análise reflexiva acerca da experiência de crianças e adolescentes que passam por mudanças ocasionadas pela realização do transplante cardíaco à luz da Teoria da Adaptação de Roy, visando melhorar o cuidado prestado, ou seja, instrumentalizar o cuidador para a adaptação do paciente.

É uma temática relevante, uma vez que o paciente transplantado cardíaco precisa de suporte da equipe tanto no pós-operatório imediato quanto nas consultas após a alta hospitalar para facilitar o processo de adaptação ao transplante, pois há uma mudança na vida destes pacientes em relação às atividades diárias e ao próprio tratamento. O enfermeiro tem papel fundamental nestes cuidados, pois além de prover o cuidado imediato ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é ele quem junto com a equipe multiprofissional, nas consultas após a alta, esclarece dúvidas e incentiva à adesão à terapia. No caso, da criança e do adolescente, o enfermeiro também orienta e dá suporte emocional à família que cuidará dos mesmos.

A PROPOSIÇÃO TEÓRICA DE ROY NO CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE CARDÍACO

Roy diz que a pessoa, como um sistema, tem a capacidade de se adaptar e provocar alterações no meio ambiente. Sendo um sistema, a pessoa recebe estímulos, dentre eles o focal, que é o estímulo interno ou externo que se configura como o maior grau de mudança, o que resulta em um forte impacto na vida do paciente. Os estímulos contextuais representam os demais estímulos presentes na situação que findam contribuindo para o efeito do estímulo focal; e os estímulos residuais são os fatores cujos efeitos na situação atual não são centrais e a pessoa pode não ter consciência da influência destes fatores e como eles atuam. Geralmente estão associados a experiências anteriores com hospitalização, doença na família etc (ROY, 2001; 2009).




No que se refere à doença e sua conseqüente hospitalização, a criança e/ou adolescente acompanhados por seu familiar (cuidador) recebem estímulos, em que o principal deles, é o focal, o qual gera o maior impacto, esse geralmente trata-se da própria doença, mas neste caso em específico refere-se a nova condição de transplantado cardíaco; os estímulos contextuais são todos os outros fatores, como mudança de ambiente durante o pós-operatório e modificações permanentes no estilo de vida, dentre outros. O conhecimento que se tem da nova condição de vida, somado ao apoio que a criança/adolescente e seu familiar recebem, é que vão acentuar ou atenuar os efeitos do estímulo focal nos mesmos (CORDEIRO, 2006).

De acordo com a Teoria da Adaptação de Roy, cada pessoa, como um sistema adaptativo, tem um nível de adaptação, o qual é determinado por processos de controle, também chamados de mecanismos de enfrentamento reguladores (fisiológico) e cognatos (sentimentos e mobilizações emocionais). Sendo assim, ao receber estímulos (focal, contextuais e residuais), iniciam-se, na pessoa, processos de controle, em que os mecanismos de enfrentamento irão determinar os comportamentos a serem expressos, podendo ser adaptáveis ou não (ROY, 2001, 2009).

Entre as principais mudanças que ocorrem na rotina, principalmente relacionados aos cuidados realizados pelas mães de crianças transplantadas, destacam-se: a preocupação com o horário das medicações imunossupressoras, a higiene dos alimentos e o cuidado com as restrições na dieta, a limpeza do ambiente, a higiene corporal e oral, o uso de máscara cirúrgica, bem como o cuidado em manter a criança longe de aglomerações (FEITOSA, 2016).

Acredita-se que, o transplantado e seu familiar, como um sistema, têm a capacidade de se adaptar à nova situação, a qual é permeada pela ocorrência de inúmeros estímulos. O comportamento apresentado por ambos, frente a esses estímulos, dependerá dos mecanismos de enfrentamento ou processos de controle individuais e nem sempre, consegue-se chegar à adaptação, tendo-se inúmeros comportamentos ineficazes.

O estudo comportamental da pessoa pode ser realizado por meio dos quatro modos adaptativos identificados por Roy, os quais resultam dos mecanismos de controle reguladores e cognatos, são eles: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. A mobilização dos quatro modos de adaptação é que configuram a intensidade dessa vivência pela criança e seu familiar, pois se alteram conforme a experiência singular de cada um com maior ou menor intensidade (ROY, 2009).



O modo fisiológico é facilmente identificado no caso dos transplantados em geral, pois envolve as necessidades básicas do subsistema regulador (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade, repouso e segurança), porém os demais modos são subjetivos e vivenciados de maneira distinta, mesmo diante do mesmo estímulo. O modo de autoconceito refere-se às dimensões psicológicas e espirituais da pessoa, envolve o eu físico e o eu subjetivo; o modo de função de papel envolve os padrões de interação social e o modo de interdependência, os relacionamentos interpessoais, as necessidades afetivas, como valor humano, afeição, amor, afirmação (ROY, 2001, 2009).

A finalidade dos cuidados de enfermagem nessa vivência deve ser promover a adaptação e ajudá-los a lidar com os problemas gerados por essa nova condição. Suas ações devem visar controlar os estímulos focais, contextuais ou residuais que estão sobre eles. O enfermeiro deve prepará-los antecipadamente para as mudanças através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento regulador e cognitivo individuais.

Compreender a experiência da criança ou do adolescente doente e hospitalizado e familiar que o acompanha condiz a um cuidado de enfermagem que contempla o ser humano como um ser integral, com sentimentos, conflitos e vivência e considerando o impacto que essa gera em ambos (BRANDALIZE, 2007). É importante ressaltar que a infância e a adolescência são fases distintas no ciclo vital, e portanto, lidam de maneiras diferentes aos mesmos estímulos, assim o enfermeiro deve buscar apropriar-se do conhecimento sobre essas distintas fases, entendendo suas peculiaridades e aprendendo como abordar cada uma delas em suas intervenções de enfermagem.

Acreditamos que o enfermeiro deve ter o compromisso em ajudá-los nessa adaptação, através da identificação do nível de adaptação e da necessidade de intervenção de enfermagem nos quatro modos de adaptação. Esta intervenção deve ser desenvolvida pelo enfermeiro por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, o qual, conforme o modelo de adaptação de Roy consiste em seis etapas: avaliação dos comportamentos, avaliação dos estímulos, diagnósticos de enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenções e avaliação (GEORGE et al, 2000).

A Teoria da Adaptação de Roy mostra-se aplicável neste cenário e direcionar o processo de enfermagem embasando-se cientificamente nessa teoria possibilita ao enfermeiro auxiliar criança/adolescente e o familiar que o acompanha a apresentar comportamentos eficazes, que contribuam para a sua adaptação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, percebendo o papel fundamental do enfermeiro que, ao se embasar na Teoria de Adaptação de Roy no cuidado a crianças e adolescentes transplantados e seus familiares, desenvolve intervenções, auxiliando na adaptação à condição que lhes foi imposta. O estudo ora desenvolvido nos permitiu um olhar reflexivo e crítico sobre a utilização de teorias de enfermagem e contribuiu para o desvelar de uma realidade até o momento pouco conhecida e pesquisada.

A assistência de enfermagem no pós-operatório da cirurgia cardíaca e após a alta hospitalar é muito relevante no processo de adaptação. O profissional de enfermagem deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a evolução deste, comunicando e discutindo com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser devidamente tomadas.


O transplante cardíaco é responsável por grandes mudanças na qualidade de vida do paciente e da sua família, e esta última possui um papel essencial na capacidade do indivíduo de suprir suas necessidades básicas, adaptando-se. Espera-se que este estudo sirva de inspiração para futuras pesquisas nesta área de conhecimento, uma vez que a cardiologia intervencionista é um campo de atuação muito promissor para a enfermagem.

Os conceitos aqui utilizados se ajustam a esta fase de transição e indicam a riqueza que pode ser revelada pela sua aplicabilidade no processo de trabalho do enfermeiro. Quando aplicados, possibilitam uma nova maneira de cuidar, menos mecanicista e cartesiana, mais adequada ao paciente e seu familiar que estão vivenciando este momento, de forma a oportunizar melhor enfrentamento e adaptação aos seus estímulos externos e internos. A enfermagem, sendo sensível e perceptiva, deve ter, além do conhecimento técnico de cuidado, o papel de promotora da adaptação do familiar à transição de saúde-doença à condição nova do filho, através do enfrentamento.

Portanto o enfermeiro deve ter, além da capacitação técnica, conhecimento sobre transição, adaptação, habilidades de comunicação e sensibilidade para apreender a essência dessa vivência para o paciente e seu familiar.

REFERÊNCIAS

- BRANDALIZE, D. L. **O Cuidado de enfermagem à mãe na vivência do processo de transição de saúde-doença do filho com cardiopatia congênita** [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2007.
- CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CARRARO, T. E. Sobre teorias e marco conceitual: sua influência na metodologia da assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E., organizadores. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB; 2001
- CORDEIRO, C.C.K. **O cuidado de enfermagem à família de crianças hospitalizadas diante da cronificação da doença** [monografia]. Curitiba (PR): Instituto de Ensino Superior Pequeno Príncipe; 2006.
- DANIEL, L. C. Z. **Cuidados de enfermagem ao transplantado cardíaco: perspectiva do enfermeiro e do paciente**. [dissertação] - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), 2012.
- FEITOZA, S. M. S., et al. Percepção das mães sobre os cuidados com o filho submetido ao transplante cardíaco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, febrero, 2016, pp. 36-42.
- GEORGE, J. B., et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed, Florianópolis: Ed. Soldasaft, 2006.
- MOREIRA, M.E.L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010, v. 2., n. 15, p. 321-327
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. **Doenças Cardiovasculares**. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 17.maio.2018
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial** – Brasília, 2003.
- RIBEIRO, C.P.; SILVEIRA, C.O.; BENETTI, E.R.; GOMES, J.S.; STUMM, E. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Rene** [Internet]. 2015; v. 2, n. 16, p. 159-67. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1953>
- ROY, C.; ANDREWS, H. A. **Teoria da enfermagem**. O modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.



ROY, C. **The Roy adaptation model**. Third edition. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson, 2009.

WALDOW, V. R. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.1, n.2,p.142-153, dez. 1997.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. Peculiaridades e contradições do cuidar: um estudo etnográfico. **Nursing**, v. 33, ano 4, p.18-24, fev. 2001.



CAPÍTULO 31

REGISTRO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO PARA A QUALIDADE DO CUIDADO

Marcelo Flávio Batista da Silva, Enfermeiro e Docente substituto, IFPE
Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva, Discente do curso de Bacharelado
em Enfermagem, AESA/ESSA

Davi Roni da Silva, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, AESA/ESSA

Gabriel Evélin Anjos Alves, Discente do curso de Bacharelado
em Enfermagem, AESA/ESSA

Jefferson da Silva Santana, Enfermeiro e Acadêmico de Odontologia,
Policial Militar do Estado de Pernambuco

Rennan Braz de Freitas, Enfermeiro assistencial no Hospital Regional Ruy
de Barros Correia

Thaís Siqueira Freitas de Lima, Enfermeira da ESF no município de Palmares/PE

RESUMO


A sistematização da Assistência de Enfermagem é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial. Os registros proporcionam ao enfermeiro dados sobre o estado clínico do paciente, ou seja, informações sobre as condições bio-psico-sócio-espirituais, para subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem. As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação. Trata-se de uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre a temática. As anotações registradas no prontuário do paciente constituem uma forma de comunicação contínua entre os membros da equipe de saúde, subsidiando o planejamento das ações profissionais, tendo em vista o pleno reestabelecimento da saúde do indivíduo assistido, com qualidade e em tempo reduzido. O conhecimento da produção acadêmica nesta área pode ser um ótimo suporte para o fortalecimento e aprimoramento dessas ações.

DESCRITORES: Registro de enfermagem. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (Tannure, 2011).

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a forma que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e documentar a



assistência ao paciente, caracterizando sua prática profissional e colaborando na definição de seu papel dentro a equipe multiprofissional da saúde (Franco, Akemi, D’Inocento, 2012).

A SAE é uma ferramenta de trabalho que pode contribuir significativamente para a qualidade dos cuidados prestados, pois viabiliza o planejamento de ações de enfermagem direcionadas para os problemas reais e potenciais do indivíduo, família ou comunidade (Pimpão *et. al.*, 2010).

Os registros proporcionam ao enfermeiro dados sobre o estado clínico do paciente, ou seja, informações sobre as condições bio-psico-sócio-espirituais, para subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem (Santos *et. al.*, 2011).


As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação. Considerando que 50% das informações referentes ao cuidado são fornecidas pela enfermagem, espera-se que os registros realizados por esta categoria permitam a comunicação permanente entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada (Silva *et. al.*, 2010).

Ao considerar que a equipe de enfermagem assiste o paciente continuamente em todo período de permanência hospitalar, seus registros constituem maioria e são fundamentais ao prontuário. Assim, o cuidado prestado por uma equipe de enfermagem é repassado à outra através da passagem de plantão e das informações registradas no prontuário (Silva, 2011).

Desse modo, a linguagem escrita – além de compreender um instrumento básico de cuidar – permite, também, a documentação do trabalho efetivado de forma permanente. Na assistência de enfermagem, essa linguagem corresponde aos registros de enfermagem (Silva, 2011).

Para o atendimento integral e de qualidade, a equipe de profissionais da área da saúde deve trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, na união dos fazeres e saberes científicos, diante da complexidade dos problemas que afetam o ser humano, ser complexo, com repercussões no seu contexto social (Silva *et. al.*, 2012).

Salienta-se ainda que a qualidade do cuidado depende de competência técnica, mas, também, da habilidade de interação e comunicação dos trabalhadores com os usuários. Sendo assim, o cuidado é feito com e para o outro e, desta forma, a comunicação é fundamental no



cuidado daqueles que vivenciam um processo de hospitalização, principalmente pacientes críticos e terminais (Potti *et. al.*, 2013).

Diante dessa argumentação e baseado no pressuposto de que este estudo é de fundamental importância, uma vez que o registro da assistência de enfermagem prestada ao paciente é primordial para a qualidade do cuidado e continuidade desta, resolveu-se, então, como objetivo desta pesquisa, descrever o conhecimento produzido a respeito da temática, disponível em base de dados, para assim, promover uma conscientização dos profissionais em relação ao registro da assistência prestada como indicador da qualidade da assistência e continuidade da mesma ao paciente, assim também como subsídio de informações à outras categorias profissionais da área da saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa, que permite examinar estudos científicos (Souza, Silva e Carvalho, 2009). Elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico produzido em relação à importância dos registros de enfermagem?

Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library on Line), utilizando os descritores: Assistência de enfermagem; Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Registro de enfermagem. Como critérios de inclusão, utilizaram-se artigos que abordassem a temática, de produção nacional, completos, publicados entre os anos de 2010 e 2017, disponíveis de forma *on-line* e gratuitos. Como critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra. Após leitura criteriosa dos resumos de 180 artigos pesquisados, foram excluídos 80 artigos por não contemplarem ou contemplarem somente parte da temática em estudo, ou, ainda, estarem presentes em mais de uma base de dados, resultando em um total de 100 artigos a serem lidos na íntegra. Após leitura criteriosa e refinamento, ficaram 16 artigos, 01 dissertação, 02 TCC's e 01 livro impresso que foram selecionados porque respondiam ao objetivo do trabalho.

A análise e a interpretação do referencial teórico foram executadas nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Com relação aos aspectos éticos, foram observadas e respeitadas as autorias, a Lei do Direito Autoral, em todas as citações. A apresentação dos resultados e discussão foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Processo de Enfermagem

O Processo de Enfermagem é um método sistemático utilizado para auxiliar na realização da prática do enfermeiro, é uma forma de prestar um cuidado mais completo ao cliente, com o objetivo de identificar as necessidades e implementar a terapêutica adequada, além de qualificar a assistência de enfermagem de forma humanizada. Ele pode ser definido como uma forma dinâmica e sistêmica para a prestação de cuidados, sendo realizado por meio de etapas interligadas (Machado *et. al.*, 2011).

A ascensão da categoria, a necessidade de prestar uma assistência adequada e o rigor científico imperativo impulsionaram à criação do Processo de Enfermagem, que consiste em um conjunto de ações sistematizadas de organização dos cuidados ao cliente, composto de fases que se inter-relacionam. No Brasil a proposta teve início com Wanda Horta, em 1979, com a publicação do livro intitulado *O Processo de Enfermagem*. Nesta obra a autora propõe que as atividades do enfermeiro sejam realizadas em seis etapas, a saber: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Plano assistencial, Plano de cuidados, Evolução e Prognóstico (Sentone *et. al.*, 2011).

Para o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (Nomura, 2010).

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a forma que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e documentar a assistência ao paciente, caracterizando sua prática profissional e colaborando na definição de seu papel dentre a equipe multiprofissional da saúde (Franco, Akemi e D’Inocento, 2012).

Afora as vantagens da SAE, para a organização do trabalho da enfermagem como um todo, o enfermeiro, ao registrar as informações obtidas do paciente, “fornece um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, facilitando o planejamento coordenado e a continuidade dos cuidados (Pimpão *et. al.*, 2012).



Anotações/Registros de enfermagem

Os registros proporcionam ao enfermeiro dados sobre o estado clínico do paciente, ou seja, informações sobre as condições bio-psico-sócio-espirituais, para subsidiar a sistematização da assistência de enfermagem (Santos *et. al.*, 2012).

As anotações efetuadas pela enfermagem consistem no mais importante instrumento de prova da qualidade da atuação. Considerando que 50% das informações referentes ao cuidado são fornecidas pela enfermagem, espera-se que os registros realizados por esta categoria permitam a comunicação permanente entre os membros da equipe multiprofissional, com transmissão de informações que facilitem o planejamento, tomada de decisões clínicas e gerenciais e continuidade da assistência prestada (Silva *et. al.*, 2012).


A avaliação dos registros permite identificar os pontos fracos que necessitam de melhoria dentro do processo de trabalho em enfermagem, e, ao se executar este processo, toma-se como instrumento de trabalho a auditoria como revisão detalhada das anotações de enfermagem que visa, a partir de diagnósticos realizados, suscitar medidas de aprimoramento do cuidado (Silva *et. al.*, 2020).

A literatura tem demonstrado que os registros de enfermagem são imprescindíveis para garantir a continuidade do cuidado, refletindo o processo de trabalho da enfermagem (Santos *et. al.*, 2011).

As informações são centrais no processo de cuidar em saúde, ou seja, o acesso à informação sobre a prática fortalece os enfermeiros com evidências clínicas para sustentar as contribuições da enfermagem nos resultados do paciente. Portanto, é possível afirmar que existe uma conexão essencial entre o acesso à informação pelo Processo de Enfermagem, os resultados e a segurança do paciente (Sousa, Sasso e Barra, 2012).

A documentação inerente à assistência prestada favorece a avaliação dos cuidados prestados durante a internação do cliente e expressa a natureza das ações dos profissionais em suas respectivas áreas de conhecimento (Passos *et. al.*, 2012).

Os registros de enfermagem, por sua vez, são elementos imprescindíveis no processo de cuidado humano, visto que, se redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente. Assim, estes registros, além de fornecer subsídios para a SAE destinam-se a outros fins, tais como: pesquisas na área da enfermagem e saúde,



auditorias, processos jurídicos e importante indicador de qualidade da assistência prestada Pimpão *et. al.*, 2010).

Na busca pela qualidade do cuidado/atendimento, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem posição de destaque, porque se constitui num importante instrumento de trabalho e de comunicação para os profissionais da área. Associado a isso, a SAE consiste também em uma ferramenta eficiente para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Silva LG *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, os indicadores fornecem informações que possibilitam ações de melhoria da qualidade da assistência, além de fundamentar a tomada de decisão e direcionar estratégias de educação permanente (Silva LG *et. al.*, 2012).


Alguns sistemas de informação destinam-se a um melhor controle dos prontuários dos pacientes, sendo conhecido por prontuário eletrônico do paciente. Consiste em um repositório de dados clínicos e demográficos que centraliza as informações sobre a saúde do paciente, com segurança e sigilo. Por ser um método moderno de utilização de registro eletrônico, o sistema vem despertando a curiosidade e o interesse de profissionais usuários de prontuários de registro manual. A não realização dos registros de enfermagem, ou a realização do registro de forma inadequada, explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro (Souza e Santos, 2009).

Comunicação escrita e falada entre a equipe de enfermagem

Ao considerar que a equipe de enfermagem assiste o paciente continuamente em todo período de permanência hospitalar, seus registros constituem maioria e são fundamentais ao prontuário. Assim, o cuidado prestado por uma equipe de enfermagem é repassado à outra através da passagem de plantão e das informações registradas no prontuário (Silva, 2011).

Desse modo, a linguagem escrita – além de compreender um instrumento básico de cuidar – permite, também, a documentação do trabalho efetivado de forma permanente. Na assistência de enfermagem, essa linguagem corresponde aos registros de enfermagem (Silva, 2011).

Entretanto, são primordiais as informações sobre a evolução da enfermidade, as avaliações dos diversos tratamentos, remissão de sinais e sintomas ou o aparecimento de outros.



Porém, o que se observa, usualmente, é que os registros se apresentam de forma inconsistente pelo uso excessivo de termos técnicos e outras inadequações, como siglas e palavras inapropriadas, utilizadas, desordenadamente, sem conexão com a patologia e de forma coletiva, desfavorecendo a individualidade do paciente (Silva, 2011).

Embora os enfermeiros reconheçam a importância da comunicação escrita para a continuidade da terapêutica do paciente, eles não conseguem efetivar esta prática no seu fazer cotidiano. Tal fato dificulta sobremaneira a comunicação entre os profissionais de enfermagem e entre estes e os demais da área da saúde (Pimpão *et. al.*, 2010).


Por meio da comunicação verbal ou não verbal as necessidades dos pacientes são observadas e compreendidas pela equipe de saúde. Assim, são vários os profissionais envolvidos na assistência, e a comunicação sobre os indivíduos assistidos é fundamental para garantir a qualidade e a continuidade do cuidado (Nagliate *et. al.*, 2013).

As anotações registradas no prontuário do paciente constituem uma forma de comunicação contínua entre os membros da equipe de saúde, subsidiando o planejamento das ações profissionais, tendo em vista o pleno reestabelecimento da saúde do indivíduo assistido, com qualidade e em tempo reduzido (Nagliate *et. al.*, 2013).

É no desempenho de funções técnicas que a competência em comunicação deve igualar-se, em nível de importância, à competência clínica, para que o paciente receba um cuidado de alta qualidade científica e humanitária, que lhe propicie o direito de saber o que é feito consigo o porquê e para que desse modo, “a humanização passe a ser entendida como um modo de cuidado centrado na voz do indivíduo, no respeito à sua autonomia e assim, no uso de tecnologias leves que perpassam pela escuta, apreensão e satisfação de necessidades” (Potti *et. al.*, 2013).

A hipótese da falta de dados específicos no registro realizado por enfermeiros pode estar relacionada ao equívoco dos profissionais em pensar que a escrita não seja tão importante quanto o cuidado. Todo o cuidado prestado deve ser devidamente registrado de forma científica e clara, a fim de estabelecer a responsabilidade técnica do enfermeiro (Goulart, 2011).

As informações descritas devem refletir o atendimento e o tratamento prestado durante a internação, destacando a evolução da doença, reações e preocupações do paciente, entre outros itens, utilizando-se de termos que expliquem os fatos de maneira clara. Além disso, o registro completo das anotações de enfermagem, com hora e rubrica do profissional responsável pelo mesmo, consiste em responsabilidade ética, determinada no Código de Ética, bem como na



Resolução COFEN-358/2009 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo da categoria (Silva *et al.*, 2010).

Qualidade do cuidado de enfermagem

A qualidade da assistência é uma busca constante dos serviços hospitalares, incluindo nesse cenário a assistência de enfermagem que, por meio de suas ações, almejam garantir o exercício profissional ético e a cidadania do cliente externo, bem como do cliente interno (Seignemartin *et al.*, 2013).

A qualidade não deve ser entendida como uma meta, mas sim como um processo contínuo de ação-reflexão. Para tanto, existe a necessidade de que os procedimentos de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada sejam adequados para a realidade institucional, fundamentados cientificamente e, principalmente, que utilizem instrumentos realmente capazes de mensurar aquilo a que se propõem (Seignemartin *et al.*, 2013).


Para o atendimento integral e de qualidade, a equipe de profissionais da área da saúde deve trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade, na união dos fazeres e saberes científicos, diante da complexidade dos problemas que afetam o ser humano, ser complexo, com repercussões no seu contexto social (Seignemartin *et al.*, 2013).

Salienta-se ainda que a qualidade do cuidado depende de competência técnica, mas, também, da habilidade de interação e comunicação dos trabalhadores com os usuários. Sendo assim, o cuidado é feito com e para o outro e, desta forma, a comunicação é fundamental no cuidado daqueles que vivenciam um processo de hospitalização, principalmente pacientes críticos e terminais (Potti *et al.*, 2013).

Quando imprecisas, as anotações denotam deficiência na qualidade da mesma, podendo ou não corresponder à realidade da prática profissional. Cuidados prestados quando não registrados dificultam informações importantes para a continuidade da assistência, bem como obter dados para pesquisas, auditorias e análises judiciais (Seignemartin *et al.*, 2013).

O cuidado envolve compromisso, respeito, responsabilidade e interação com o outro. Interação compreende movimento contínuo, relacional com o outro e ocorre na medida em que há uma compreensão mínima desse outro (Silva, 2011).

Na enfermagem, é possível mensurar a qualidade da assistência prestada por meio da observação *in loco* do paciente e seu ambiente, assim como pela avaliação dos registros



contidos no prontuário. Os enfermeiros são fundamentais no processo de auditoria, pois, havendo um melhor controle sobre o que é realizado e registrado, pode-se atingir maior eficiência na assistência aos pacientes (Vituri *et. al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando a presente revisão integrativa, na busca da melhor evidência disponível, em relação aos registros de enfermagem, entende-se que a tomada de decisão do enfermeiro e dos outros colaboradores de enfermagem sobre a importância dos registros de enfermagem nos prontuários como subsídio de comunicação entre as equipes para um melhor desempenho de suas funções e para a pronta reabilitação do paciente assim como para manter a qualidade do cuidado. É necessário que o profissional esteja embasado cientificamente, para implementar intervenções eficazes e que atendam às necessidades reais do paciente.


Avaliando a proposta inicial desta revisão, observa-se a necessidade do enfermeiro e sua equipe sempre manter os prontuários atualizados com informações objetivas e coerentes de cada paciente para facilitar a comunicação e qualidade do cuidado. Frente aos resultados apontados nos artigos incluídos nesta pesquisa, entende-se ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de mais pesquisas com delineamentos que produzam evidências fortes relativas ao tema investigado, principalmente na realidade da prática da enfermagem brasileira.

REFERÊNCIAS

Franco, MTG; Akemi, EN; D’Inocento, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista de Enfermagem**. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Volume 25 [Internet] (2012) [acesso 10 jan 2017] | Número 2. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=2&item=2>.

Goulart, DJ. **Avaliação do registro do enfermeiro no prontuário de pacientes atendidos na emergência de um hospital do sul de Santa Catarina**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, [Internet] 2011. [acesso 10 jan 2017] Disponível em: <http://200.18.15.27/bitstream/handle/1/1044/Danielle%20Just%20Goulart.pdf?sequence=1>.

Machado, JC.; Balestrin, F.; Geraldí, AP.; Obelli, CO. Processo de enfermagem: um instrumento de mudanças. **Revista de Enfermagem Frederico Westphalen** v. 6-7 n. 6-7 p. 191 - 202 [Internet] 2010-2011 [acesso 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.Users/Marcelo/Downloads/735-3438-1-PB.pdf>.



Nagliate, PC.; Rocha, ESB.; Godoy, S.; Mazzo, A.; Trevizan, M.; Mendes, IAC. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 21(Spec). jan.-fev. [Internet] 2013 [acesso 10 jan 2017]. www.eerp.usp.br/rlae. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_16.pdf.

Nomura, ATG. **Construção de um instrumento para avaliação da qualidade de registros informatizados de enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Rio Grande do Sul, [Internet] 2010 [acesso 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/27918/000768100.pdf?sequence=1>.

Passos, MLL.; Borges, CT.; Cavalcante, MBPT.; Gurgel, MGI.; Costa, MS.; Alves, MDS. Auditoria de enfermagem: conhecimento de profissionais em hospital público de referência. **Rev Rene**. [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017]; 13(5):1025-33. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4479/1/2012_art_mgigurgel.pdf.

Pimpão, FD.; Filho, WDL.; Vaghetti, HH.; Lunardi, V.L. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, [Internet] 2010 [acesso 10 jan 2017] jul/set; 18(3):405-10. Disponível em: <http://repositorio.furg.br:8080/bitstream/handle/1/1570/Percep%C3%A7%C3%A3o%20da%20equipe%20de%20enfermagem%20sobre%20seus%20registros-%20buscando%20a%20sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assist%C3%Aancia%20de%20enfermagem.pdf?sequence=1>.


Potti, FS.; Stahlhoefer, T.; Felix, JVC.; Meier, MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev Bras Enferm**, Brasília [Internet] 2013 [acesso 10 jan 2017] mar-abr; 66(2): 174-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/04.pdf>.

Santos, DC.; Dias, CA.; Araújo, AAD., Campos, FAAC., Pinheiro, PP. Principais aspectos abordados na literatura sobre os registros de enfermagem. **Rev Cie Fac Edu Mei Amb** 2(Sup-I):83-85, [Internet] 2011 [acesso 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/78>.

Seignemartin, BA., Jesus, LR., Vergílio, MSTG., Silva, EM. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto atendimento de um hospital escola. **Rev Rene**. [Internet] 2013 [acesso 10 jan 2017]; 14(6):1123-32. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1352>.

Sentone, ADD.; Évora, YDM.; Haddad, MCFL.; Borsato, FG. Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude** [Internet] 2011 [acesso 10 jan 2017] Jul/Set; 10(3):467-473. Disponível em: ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/11472/pdf_131

Silva, JA.; Grossi, ACM.; Haddad, MCL.; Marcon, SS. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em Unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery** (impr.) [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017] jul -set; 16 (3):576-581. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a22.pdf>.



Silva, MM.; Moreira, MC.; Leite, JL.; Erdmann, AL. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017] Jul-Set; 21(3): 658-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a22.pdf>.

Silva, LGC.; Haddad, MCFL.; Vituri, DW.; Jodas, DA.; Otrenti, E. Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário. **Revista de enfermagem e atenção à saúde** (UFMT) [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/328/284>.

Silva, LG.; Jodas, DA.; Baggio, SC.; Vituri, DW.; Matsuda, LM. Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental. **Rev Enferm UFSM** [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017] Jan/Abr;2(1):97-107. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4546/3131>.

Silva, MGF. **Registro de enfermagem no prontuário em um ambiente universitário: uma busca pela humanização do cuidado**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, [Internet] 2011 [acesso 10 jan 2017]. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/9241/1/MariaGFS_DISSERT.pdf.

Souza, MT.; Silva, MD.; Carvalho, R. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, [Internet] 2010. [Acesso 10 jan 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102

Sousa, PAF.; Sasso, GTM.; Barra, DCC. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, [Internet] 2012 [acesso 10 jan 2017] Out-Dez; 21(4): 971-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/30.pdf>.

Souza, AKD.; Santos, SR. Registro de informações em enfermagem na concepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm** [Internet] 2009 [acesso 10 jan 2017] Jul/Set; 14(3):527-34. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v14n3/a17v14n3.pdf>.

Tannure, M. C. SAE: **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático** / Meire Chucre Tannure, Ana Maria Pinheiro. 2.ed. – [Reimp.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Vituri, DWM.; Cacciari, P.; Gvozd, R.; Kuwabara, CCT.; Cardoso, MGP. Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude** [Internet] 2010 [acesso 10 jan 2017] Out/Dez; 9(4):782-790. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13829>>.



CAPÍTULO 32

ADESÃO AO USO DOS EPI'S PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Marcelo Flávio Batista da Silva, Enfermeiro e Docente substituto, IFPE
Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, AESA/ESSA

Davi Roni da Silva, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, AESA/ESSA

Gabriel Evélin Anjos Alves, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, AESA/ESSA

Jefferson da Silva Santana, Enfermeiro e Acadêmico de Odontologia, Policial Militar do Estado de Pernambuco

Rennan Braz de Freitas, Enfermeiro assistencial no Hospital Regional Ruy de Barros Correia

RESUMO


Os profissionais da área da saúde vivem sob o risco frequente de contrair diversas infecções no seu ambiente de trabalho. Os equipamentos de proteção individual (EPI's) têm como finalidade neutralizar a ação de certos acidentes passíveis de causar lesões ao trabalhador e protegê-lo contra prováveis danos à saúde causados pelas condições de trabalho. Esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento produzido sobre a temática analisando a adesão ao uso dos EPI's pelos profissionais de enfermagem. Tratou-se de uma revisão integrativa, que permite examinar estudos científicos de forma sistemática e abrangente. É pequeno o número de bibliografias que enfocam o tema biossegurança na literatura, principalmente no que diz respeito à educação. Nesse contexto, o conhecimento da produção acadêmica nesta área pode ser um ótimo suporte para o fortalecimento e aprimoramento dessas ações. Sugere-se a realização de campanhas educativas no sentido de orientar estes profissionais de saúde sobre o uso e a importância dos EPI's assim como enfatizar também a adesão dos mesmos.

DESCRITORES: Biossegurança. Equipamento de Proteção Individual. Profissional de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os profissionais da área da saúde vivem sob o risco frequente de contrair diversas infecções no seu ambiente de trabalho. O acidente profissional com material biológico inclui a exposição a sangue e/ou fluidos orgânicos no ambiente de trabalho. As formas de exposição são várias e englobam: ferimentos perfurantes por agulha ou objetos cortantes contaminados, exposição de mucosa ou contato com sangue e/ou outros fluidos e secreções potencialmente contaminadas em lesões cutâneas prévias (GUILARD *et al*, 2010).

Segundo a NR-6, Equipamento de Proteção Individual é todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Esta norma determina que caiba ao empregador fornecer os



EPI's de forma adequada e ao trabalhador utilizá-lo da maneira correta (RIBEIRO; VIANA, 2012).

Os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) servem para proteção do contato com agentes infecciosos, substâncias irritantes e tóxicas, materiais perfurocortantes e materiais submetidos a aquecimento ou congelamento. Os EPI's que devem estar disponíveis, obrigatoriamente, para todos os profissionais que trabalham em ambientes que ocorrem manuseio de material biológico são: jaleco, luvas, máscaras, óculos e protetores faciais (RODRIGUES; GUERTON, 2012).


O ambiente hospitalar é caracterizado por comportar elevados números de riscos desde os físicos, químicos, biológicos, psicológicos e ergonômicos, que se potenciam e afetam a saúde e a integridade física dos trabalhadores e os expõem a maiores riscos de acidentes de trabalho e de doenças profissionais (MARTINS *et al*, 2010).

De acordo com Fabri e Silva (2011) é importante destacar que os acidentes provocados por picada de agulhas são responsáveis por 74 a 90% das transmissões de doenças consideradas infecciosas entre os trabalhadores da saúde que poderiam ser evitadas a partir do uso dos EPI's.

Portanto o profissional de enfermagem durante o cuidado ao outro não deve esquecer-se de cuidar de si, e isto não deverá acontecer somente após adquirir uma doença. Ele deverá saber que atua em uma profissão considerada de grande risco a acidentes com material perfurocortante. Diferentemente do que ocorre em outras profissões, esses riscos não são imediatos, pois este profissional estará sujeito a um dano que pode ser percebido meses ou anos após a exposição ao risco, como é o caso da hepatite B (PINHEIRO; ZEITONE, 2008).

Muitas vezes, os profissionais não consideram o risco biológico ao exercerem suas atividades tão importantes quanto o é, não sabendo identificar as consequências da falta de uso dos EPI's. Portanto, a adesão do uso dos mesmos tem relação direta com a percepção de risco ao qual o funcionário está exposto (RIBEIRO; VIANNA, 2012).

Na prevenção da contaminação por agentes infecciosos, recomenda-se que os profissionais de saúde adotem medidas de biossegurança que é um conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização e eliminação de riscos para a saúde, ajuda na proteção do meio ambiente contra resíduos e na conscientização do profissional da saúde, especificamente àqueles que trabalham em áreas insalubres, com risco variável. O risco biológico aumentou principalmente após o aparecimento da AIDS e do crescimento do número de pessoas infectadas pelos vírus da hepatite B e C (RODRIGUES; GUERTON, 2012).



Acredita-se que o conhecimento das Precauções Padrão não é suficiente para garantir a adoção das medidas, devendo fazer parte das estratégias educativas e de reflexões a respeito das mudanças de comportamento e das causas dos acidentes. A não adesão ou a baixa adesão às recomendações da utilização de barreiras de proteção é uma realidade, o que leva a indagar sobre outros fatores que podem contribuir para esse tipo de comportamento (COSTA *et al*, 2012).

Diante dessa argumentação e baseado no pressuposto de que este estudo é de fundamental importância, uma vez que o uso dos EPI's constitui um dos fatores de redução dos acidentes de trabalho e como o Brasil possui um número elevado de profissionais de enfermagem, resolvemos, então, descrever os artigos científicos, disponíveis em base de dados, promovendo, assim, uma conscientização dos profissionais em relação a sua proteção pessoal no ambiente de trabalho, levando a uma redução dos índices de acidentes de trabalho.


METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão integrativa, que permite examinar estudos científicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Para o desenvolvimento desta revisão de literatura integrativa elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico produzido em relação à adesão dos EPI's pelos profissionais de enfermagem?

Para elaboração da pesquisa de revisão integrativa utilizamos as seis etapas propostas por Ganong (1987), descritas a seguir: Seleção de hipóteses ou questões para a revisão; Exemplificação dos critérios de seleção; Definição das características da pesquisa; Análise dos achados; Interpretação dos resultados e Apresentação da revisão.

Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.br ou www.bireme.br), nos bancos de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library on Line). Para as buscas de dados utilizamos as palavras-chave: Biossegurança. Equipamento de Proteção Individual. Profissional de Enfermagem.

Como critérios de inclusão, utilizaram-se artigos que abordassem a temática, de produção nacional, em língua portuguesa, completos, disponíveis de forma *on-line*, gratuitos. Como critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra. Para seleção e análise dos artigos, foi elaborado um instrumento contendo informações dos estudos na forma de ficha



catalográfica baseada no estudo de Melo; Escobar; Bordão (2010). Para facilitar a identificação dos artigos incluídos na revisão, os mesmos receberam um código numérico de acordo com a ordem alfabética de cada título.

A análise dos artigos se deu de maneira descritiva, as informações específicas de cada artigo, tais como: tipo de pesquisa, local de estudo, ano e periódico de publicação, formação acadêmica dos autores, delineamento metodológico, país, idioma e, resultados evidenciados e recomendações apresentadas, serão descritos nas categorias temáticas em que cada artigo se incluiu.


RESULTADOS E DISCUSSÕES

Existe uma distância entre o cuidado ao paciente e o autocuidado do profissional que cuida. Esta dicotomia dificulta a promoção da saúde do trabalhador da saúde. O conhecimento recebido na condição de aluno e após formação para realização da prevenção e tratamento das doenças não pode estar direcionado somente para o paciente, e sim, também, para o profissional de saúde (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

Os profissionais de saúde podem estar expostos a diferentes riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes. Os riscos são compreendidos como processos que decorrem das condições inerentes ao ambiente ou ao próprio processo operacional das diversas atividades profissionais, cabendo ao homem a atribuição de desenvolver, por meio de metodologias baseadas em tecnologia, a capacidade de interpretá-los e analisá-los para a prevenção de acidentes (MIRANDA, 2011).

O estudo das questões relativas à adoção de medidas de biossegurança é relevante não só pelos riscos que a não adoção dessas medidas pode causar à saúde humana e ao meio ambiente, mas também, porque a biossegurança articula outras dimensões como a social, cultural e política (VALLE *et al*, 2012).

Os acidentes com material biológico são bastante frequentes entre os profissionais de enfermagem, já que existe uma manipulação deste tipo de material. Ou seja, a equipe de enfermagem está sob constante risco de contaminação por agentes infecciosos. Por outro lado, o profissional que detém o conhecimento de como agir diante dos acidentes é capaz de tomar as providências necessárias até mesmo diante das situações estressantes, uma vez que este tem conhecimento dos riscos à sua própria saúde, inerentes à profissão, e sabe que, ao mesmo tempo



em que se propõe a cuidar da saúde dos outros, ele deve cuidar e se preocupar com a própria saúde (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2008).

Em uma pesquisa realizada na Virginia (EUA) com 311 profissionais que atuavam em atendimento pré-hospitalar, constatou-se que 83% dos entrevistados relataram sempre usar luvas. Os que informaram não usar luvas todas as vezes, alegaram motivos como: paciente “parece ser de baixo risco para transmissão da doença” (51%) e “esquecimento” de colocá-las no momento do procedimento (43%). Outro estudo realizado com a equipe de enfermagem também evidenciou que 84,4% das punções venosas foram realizadas sem luvas de procedimentos e 29,7% sem a higienização prévia das mãos, mesmo com os materiais disponíveis para tal finalidade (MALAGUTI-TOFFANO *et al*, 2012).


Leva-se a crer que a maioria dos profissionais reconhece e adota as medidas de precaução-padrão; no entanto, uma parcela pequena, porém significativa, adota de forma insuficiente ou não adotam tais medidas. Esta situação demonstra que a capacitação em biossegurança é um fator primordial para adoção das medidas de precaução-padrão, pois requerem nova aprendizagem e, principalmente, mudanças de hábitos com as quais muitos profissionais têm dificuldade de lidar (SILVA *et al*, 2012).

O conhecimento dos profissionais sobre as normas e os riscos aos quais eles podem estar expostos, especialmente pelo fato de não cumprirem as precauções necessárias, tem contribuído para aumentar o índice de infecções, resultando numa assistência sem qualidade (MOURA *et al*, 2011).

Uma pesquisa realizada por Pinheiro e Zeitoune (2008) em um hospital militar localizado no Município do Rio de Janeiro com 44 profissionais da equipe de enfermagem, 68,2% dos profissionais responderam que utilizam os EPI's.

Em outra circunstância na pesquisa realizada por Maciel (1999) apud Pinheiro e Zeitoune (2008) com estudantes de enfermagem, onde se observou que 63% dos estudantes não utilizavam equipamento de proteção individual quando prestavam assistência a pacientes com diagnóstico de tuberculose. Nesta linha de raciocínio, pode-se inferir que, sendo os profissionais de enfermagem considerados grupo de risco para hepatite B, o uso de equipamento de proteção individual (EPI) não deveria ser desconsiderado por nenhum membro da equipe durante a assistência.

No trabalho de Silva *et al* (2012) realizado com 266 profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, com relação ao conhecimento sobre acidentes biológicos, vírus e/ou bactérias



foram relatados como os agentes infecciosos potencialmente transmissíveis durante o exercício de suas atividades profissionais por 60,9% e 9,3% não souberam responder. Além disso, 62, % dos indivíduos responderam serem as agulhas os instrumentos mais frequentemente implicados em acidentes perfurocortantes. A falta de atenção, o despreparo técnico e a não utilização de equipamentos de proteção individual (EPI's) e coletiva (EPC's) foram reportadas como as principais causas associadas aos acidentes perfurocortantes 59,0%.

A falta de atenção pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho que deixa o profissional mais estressado, exigindo maior rapidez na execução de tarefas tal como foi observado entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros em Goiás. Neste mesmo estudo, os entrevistados relataram que a sobrecarga de trabalho, a falta de cursos específicos e a falta de EPIs são os maiores fatores relacionados à não adesão das medidas de precaução universal (SILVA *et al*, 2012).


Acredita-se que o conhecimento das Precauções Padrão não é suficiente para garantir a adoção das medidas, devendo fazer parte das estratégias educativas e de reflexões a respeito das mudanças de comportamento e das causas dos acidentes (COSTA *et al*, 2012).

Na opinião de especialistas que discutem a biossegurança, o grande problema não está nas tecnologias disponíveis para eliminar ou minimizar os riscos e, sim, no comportamento dos profissionais (RODRIGUES; GUERTON, 2012).

Um motivo relevante e preocupante para a falta de uso dos EPI's necessários ao trabalho de enfermagem é a falta de disponibilidade dos mesmos. Mas outros fatores também podem ser considerados agravantes, visto que mesmo quando há disponibilidade do equipamento de proteção, o mesmo não é utilizado por motivos pessoais, como: desconforto/incômodo, esquecimento, descuido, falta de hábito/disciplina sendo que estes fatores contribuem para uma proteção inadequada (VASCONCELOS *et al*, 2008).

Muitas vezes os profissionais referem insatisfação com a organização e o funcionamento da instituição de saúde quanto à estrutura física e à falta de recursos humanos e materiais. Também demonstram insatisfação por trabalharem em ambientes insalubres, onde muitas vezes a condição clínica dos pacientes não é favorável, responsabilizando esses fatores pela disseminação das infecções, sem, no entanto, reconhecer os verdadeiros motivos que impedem a efetiva adoção das praticas de prevenção e precaução (VALLE, 2009).

O estudo de Ribeiro e Viana (2012) com 100 profissionais de enfermagem que trabalham em CME's de 06 hospitais da cidade de Londrina – PR demonstrou que 55% dos



trabalhadores apresentam sentimentos negativos em relação ao uso do EPI e que 40% citaram sentimentos positivos. Percebeu-se como sentimentos positivos o fato do EPI ser uma forma de proteção e negativos no sentido de que os trabalhadores que os utiliza apresentam uma aparência ruim e desconforto. O mesmo estudo demonstra que existe a necessidade de ampliar o debate sobre a educação profissional para o setor saúde, com ênfase na biossegurança, que é um produto social, condicionado por um conjunto de práticas sociais e culturais, próprias das comunidades às quais pertencem, sejam hospitais, laboratórios.

Percebe-se na prática que há rejeição e resistência em utilizar os EPI's, ou utilizá-los de maneira correta, pois os mesmos são desconfortáveis e muitas vezes dificultam a realização do trabalho a ser executado (RIBEIRO; VIANA, 2012).

O conhecimento dos profissionais sobre as normas e os riscos aos quais eles podem estar expostos, especialmente pelo fato de não cumprirem as precauções necessárias, tem contribuído para aumentar o índice de infecções, resultando numa assistência sem qualidade (MOURA *et al*, 2011).


Desta forma, pode-se inferir que a equipe de enfermagem está contribuindo para este alto número de profissionais de saúde que estão adquirindo Hepatite B, Hepatite C e/ou AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A biossegurança constitui uma área de conhecimento relativamente nova, regulada em vários países por um conjunto de leis, procedimentos ou diretrizes específicas, porém afirma claramente que o manejo e a avaliação de riscos são fundamentais para a definição de critérios e ações que visam a minimizar os riscos que comprometem a saúde dos profissionais da saúde.

Leva-se a inferir que, deve-se ao desconhecimento e desinteresse por parte da equipe, ao considerarem as normas com pouca significância e não valorizarem e incorporarem ao seu ambiente de trabalho, o que potencializa os riscos e acidentes de trabalho.

Para mudar esse quadro, a equipe de enfermagem necessita de informação e reflexão sobre a importância e os riscos da não utilização dessa medida preventiva sobre a saúde do trabalhador. Esse papel de orientação pode ser realizado pelo enfermeiro a fim de diminuir ou, até mesmo, extinguir os acidentes ocupacionais.



Sugere-se a implantação de treinamentos constantes, para converter condutas inadequadas. Ainda é pequeno o número de bibliografias que enfoca o tema biossegurança na literatura, principalmente no que diz respeito à educação.

A questão fundamental para que o profissional de enfermagem utilize os EPI's de maneira contínua e correta é pelo seu envolvimento no ambiente de trabalho, que vai desde o conhecimento dos riscos a que estão expostos até as formas de prevenção. Este relacionamento com o trabalho pode ser obtido utilizando de programas de educação permanente.

Nesse contexto, o conhecimento da produção acadêmica nesta área pode ser um ótimo suporte para o fortalecimento e aprimoramento dessas ações. É necessário a realização de campanhas educativas no sentido de orientar estes profissionais de saúde sobre o uso e a importância dos EPI's assim como enfatizar também a adesão aos mesmos.

REFERÊNCIAS

COSTA, I. K. F. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. **Cogitare Enfermagem (UFPR)**, v. 17, p. 85-90, 2012. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/26379/17572>.

FABRI, A. C. O. C.; SILVA, G. A. A prática dos profissionais de enfermagem sobre as medidas de proteção anti-infecciosa. **Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro**; v. 1, n.4, p.533-543- out/dez 2011. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/145/223>.

GANONG, L. H. Revisão Integrativa na Pesquisa de Enfermagem. **Revista Nursing Health**. Columbia, v.10, n.1, p. 1-11, Fev 1987.

GUILARDE, A. O. et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**. v. 39 n.2: p.131-136. abr.-jun. 2010. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/180/1/ACIDENTES%20COM%20MATERIA%20BIOLOGICA.pdf>.

MALAGUTI-TOFFANO, S. E.; SANTOS, C. B.; CANINI, S. R. M. S.; GALVÃO, M. T. G.; BREVIDELLI, M. M.; GIR, E. Adesão às precauções-padrão de profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm**. 2012; 25(3):401-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a13.pdf>.

MARTINS, M. D. S. et al. Acidentes de trabalho e suas repercussões num hospital ao Norte de Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** mar.- abr.,v.20, n.2:[09 telas] 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_02.pdf.

MELO C. Q.; ESCOBAR L. F.; BORDÃO R. B. **Estratégias de enfrentamentos adotadas pelas mulheres portadoras de câncer de mama e pela enfermagem no tratamento**

oncológico: uma revisão integrativa. Uruguiana, 2010. 90f. (Monografia) Universidade Federal do Pampa. Disponível em: <http://cursos.unipampa.edu.br/cursos/enfermagem/files/2011/03/MELO-C.Q-ESCOBAR-L.F.-BORD%C3%83OR.B.-Estrat%C3%A9gias-de-enfrentamento-adotadas-pelas-mulheres-portadoras-de-c%C3%A2ncer-de-mama-e-pela-Enfermagem-no-tratamento-oncol%C3%B3gico-uma-revis%C3%A3o-integrativa.pdf>.

MIRANDA, F. M. A. **Crenças e conhecimentos relacionados aos acidentes de trabalho com exposição a fluidos biológicos.** Curitiba – PR, 2011, 104f. Dissertação (mestrado em enfermagem) Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/27052/dissertac...pdf?sequence=1>.

MOURA, L. K. B.; MOURA, M. E. B.; SOUSA, C. M. M.; MESQUITA, G. V.; TAPETY, F. I.; ARAÚJO, T. M. E. O conhecimento cotidiano do risco ocupacional. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. V.4, n.3, p.31-38, Jul-Ago-Set. 2011. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/o_conhecimento_cotidiano_do_risco_ocupacional.pdf.

PINHEIRO, J; ZEITOUNE, R. C. G. Hepatite B e a saúde do trabalhador de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**; v.12 n.2: p.258 –2 64; jun 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a09.pdf>.

RIBEIRO, R. P.; VIANNA L. A. C. Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das centrais de material e esterilização. **Ciências cuidado e saúde**; v. 11(suplem.): p.199-203. 2012. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17076/pdf>.


RODRIGUES, M. F. A.; GUERSON, C. V. **Biossegurança: segurança e controle de qualidade.** Monografia. 13p. Faculdade Redentor 2012. Disponível em: <http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/15032012Microsoft%20Word%20-%20Trabalho%20Marilda.pdf>.

SILVA, G. S.; ALMEIDA, A. J.; PAULA, V. S.; VILLAR, L. M. **Conhecimento e utilização de medidas de precaução padrão por profissionais de saúde.** Esc Anna Nery (impr.) 2012 jan-mar; 16 (1):103 – 110. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a14.pdf>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer.** Einstein. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: http://astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf.

VALLE, A. R. M. C. **A Biossegurança no olhar de enfermeiros.** Piauí, p. 95, 2009. Dissertação (mestrado em enfermagem) Universidade Federal do Piauí. Disponível em: [http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Andr%C3%A9ia%20Rodrigues%20Moura%20da%20Costa%20Valle%20\(Segura\).pdf](http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestenfermagem/arquivos/files/Andr%C3%A9ia%20Rodrigues%20Moura%20da%20Costa%20Valle%20(Segura).pdf)

VALLE, A. R. M. C., MOURA, M. E. B., FERNANDES, M. A.; SANTOS, L. C. S. Aspectos históricos, conceituais, legislativos e normativos da biossegurança. **Rev Enferm UFPI**, Teresina 2012 jan-abr; 1(1): 64-70. Disponível em: <http://www.revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/711/625>.



VASCONCELOS, B.; REIS A. L. R. M; VIEIRA, M. S. Uso de equipamentos de proteção individual pela equipe de Enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v1/bruno_vasconcelos_e_marcia_vieira.pdf.



CAPÍTULO 33

ACONSELHAMENTO NO CTA: A CONFIDENCIALIDADE DA INTIMIDADE PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS IST'S/HIV/AIDS

Marcelo Flávio Batista da Silva, Enfermeiro e Docente substituto, IFPE
Caio Clayderman Ferreira de Lima e Silva, Discente do curso de Bacharelado
em Enfermagem, AESA/ESSA

Davi Roni da Silva, Discente do curso de Bacharelado em Enfermagem, AESA/ESSA

Gabriel Evélin Anjos Alves, Discente do curso de Bacharelado
em Enfermagem, AESA/ESSA

Jefferson da Silva Santana, Enfermeiro e Acadêmico de Odontologia,
Policial Militar do Estado de Pernambuco

Maria Bianca Leite, Discente do curso de Bacharelado em Educação Física, UNIPLAN

Rennan Braz de Freitas, Enfermeiro assistencial no Hospital Regional
Ruy de Barros Correia

Valdirene Pereira da Silva Carvalho, Enfermeira e docente, IFPE


RESUMO

Entende-se que a saúde tem suas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que extrapolam as heranças genéticas, a biologia humana, e os fatores ambientais. Refletir sobre as vulnerabilidades das populações às doenças, leva ao entendimento que a possibilidade de infecção das IST's/Hiv/Aids, não depende somente das informações e da postura individual, mas de vários fatores relacionados a determinantes que vão muito além da ação patogênica do agente viral específico. Trata-se de revisão sistemática da literatura sobre como o aconselhamento influencia na relação de confiança entre profissional e usuário do CTA para prevenção e tratamento das IST's/hiv/aids. A efetivação de ações de saúde cada vez mais humanizadas e propostas de formação do profissional da área da saúde que contemplem os diversos aspectos inerentes à humanização dos serviços e as relações entre o profissional da saúde e seus pares, além da sua relação com os pacientes e familiares, passa por diversos aspectos. Uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, em que a escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares seja possível, contribui para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde, contribuindo para que não se perca o sentido da atuação do trabalhador neste setor da sociedade, bem como para o desenvolvimento da sociedade na qual estamos inseridos.

DESCRITORES: Aconselhamento. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Confidencialidade. Centro de Orientação e Apoio Sorológico.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos países que tem uma vasta política no campo da assistência e da prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Dentre as iniciativas implantadas para o enfrentamento da epidemia, destacam-se os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que se constituem em um serviço especializado de diagnóstico



precoce dos casos de soropositividade. A oferta desse serviço demonstra o compromisso do Ministério da Saúde em facilitar o acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Silva *et. al.*, 2015).


No Brasil, conforme o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do SINAM/DATASUS, os casos diagnosticados de AIDS em 2017 foram de 8.022, e que de sífilis congênita no mesmo período foram 26.771 casos. Em 2018, foram registrados 63.421 casos de sífilis em gestantes e em relação às hepatites virais foram notificados 38.887 casos no mesmo período (Alves e Ramos, 2019).

Segundo Alves e Ramos (2019), entende-se que a saúde tem suas determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que extrapolam as heranças genéticas, a biologia humana, e os fatores ambientais. Refletir sobre as vulnerabilidades das populações às doenças, leva ao entendimento que a possibilidade de infecção das IST's/Hiv/Aids, não depende somente das informações e da postura individual, mas de vários fatores relacionados a determinantes que vão muito além da ação patogênica do agente viral específico.

Entre as estratégias realizadas pelo CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), Silva *et. al.*, (2015) apontam o aconselhamento, que oferece condições de interação, reciprocidade na troca de conhecimentos e sentimentos e propicia um espaço de reflexão sobre os riscos de infecção e sobre a necessidade de prevenção das IST's/hiv/aids. Os aconselhamentos pré e pós-teste são considerados como fundamentais no processo de testagem porque se apoiam na escuta ativa, individualizada e centrada no usuário.

O acolhimento é uma proposta do SUS para impulsionar o redirecionamento da assistência em saúde por um modelo de cuidado ampliado, resolutivo e multiprofissional, porém é preciso qualificar o profissional quanto ao modo como vem sendo aplicada, para que contribua com esse redirecionamento. O acolhimento de forma real é aquele que abre as portas dos serviços de saúde a todos os usuários que necessitam, ou seja, atende às necessidades do usuário e, assim, garante a sua satisfação e a qualidade nos serviços de saúde (Ferraz *et. al.*, 2015).

Desempenha, também, papel fundamental na estratégia de ampliação da testagem sorológica para o HIV e se reafirma como um campo de conhecimento estratégico para a qualificação do diagnóstico de HIV e da atenção à saúde. Destaca-se, ainda, como atividade que contribui efetivamente para a quebra da cadeia de transmissão do vírus da imunodeficiência




humana (HIV) e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's), uma vez que permite ao usuário avaliar suas reais possibilidades de risco. Oferece ao usuário, também, a possibilidade de refletir e decidir por medidas preventivas segundo suas vivências e singularidades e buscar melhor qualidade devida, independentemente de sua condição sorológica. Para tanto, o aconselhamento deve ser desenvolvido com base no estabelecimento de uma relação de confiança, em que o profissional esteja atento às situações conflituosas vivenciada pelos usuários e que podem bloquear a ação preventiva (Souza e Freitas, 2012).

Diante dessa argumentação e baseado no pressuposto de que este estudo é de fundamental importância, uma vez que a prática do aconselhamento no CTA é essencial como estratégia para diminuição de riscos e vulnerabilidades, resolveu-se, então, como objetivo desta pesquisa, identificar o conhecimento produzido a respeito da temática em artigos científicos, disponíveis em base de dados, para assim, promover uma sensibilização dos usuários para conquista da confiança dos mesmos, quebrando barreiras e vencendo limitações para o diálogo.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão sistemática da literatura sobre como o aconselhamento influencia na relação de confiança entre profissional e usuário do CTA para prevenção e tratamento das IST's/hiv/aids. Souza, Silva e Carvalho (2010) ratificam que a revisão integrativa permite examinar estudos científicos de forma sistemática e abrangente. Foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library on line).

Para as buscas de dados utilizaram-se os descritores: Aconselhamento. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Confidencialidade. Centro de Orientação e Apoio Sorológico. Como critérios de inclusão, utilizaram-se artigos que abordassem a temática, de produção nacional, em língua portuguesa, completos, disponíveis de forma *on-line*, gratuitos e publicados de 2010 a 2020. Como critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra. Após leitura criteriosa dos resumos de 50 artigos pesquisados, foram excluídos 20 artigos por não contemplarem ou contemplarem somente parte da temática em estudo, ou, ainda, estarem presentes em mais de uma base de dados, resultando em um total de 30 artigos a serem lidos na íntegra. Após leitura criteriosa e refinamento, ficaram 10 artigos que foram selecionados porque respondiam ao objetivo desta revisão.



Para seleção e análise dos artigos, foi elaborado um instrumento contendo informações dos estudos na forma de ficha catalográfica baseada no estudo de Melo; Escobar; Bordão (2010). A análise se deu através de: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Foram observadas e respeitadas as autorias, a Lei do Direito Autoral, em todas as citações. A apresentação dos resultados e discussão foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO


Atenção Primária à Saúde e Assistência Ambulatorial

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado democrática e de bem-estar, que vem ampliando o acesso ao cuidado. Ele é fruto de lutas democráticas no Estado Brasileiro, sendo afirmado em 1988 com a Constituição Federal, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Por muito tempo, a saúde da população foi um direito limitado apenas a uma minoria. Baseado no modelo hegemônico tradicional e “curativista” gerava um atendimento restritivo e com crescente demanda reprimida (Ferraz *at. al.*, 2015).

Neste contexto, foi criado o SUS, que é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele visa a abranger desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Após a criação do SUS e a partir da década de 90, com a expansão da rede básica estimulada pelo Programa Saúde da Família (PSF) – depois Estratégia Saúde da Família (ESF) – vem ocorrendo uma progressiva expansão da cobertura da população brasileira em programas de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que se manteve a hegemonia do modelo biomédico na maioria dos programas ofertados (Ferraz *at. al.*, 2015).

A assistência ao portador de HIV/aids no Brasil pode ser definida como um programa, ou seja, um conjunto de ações planejadas para atingir objetivos específicos em uma população alvo, em um determinado contexto temporal, político e sócio econômico (José, 2016).

A assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids é realizada em diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais (DDAHV), elaborou normativas gerais para



tais serviços e é responsável pela provisão dos medicamentos antirretrovirais e exames laboratoriais específicos (contagem de linfócitos T CD4 e CD8, carga viral do HIV e teste de genotipagem) (José, 2016).

A assistência ambulatorial é focada no trabalho em equipe, em especial na abordagem à complexidade da AIDS. Essa assistência assumiu destaque com a proposta da implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS, pelo MS. Neste contexto, foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando à oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à Pessoa Vivendo com HIV/AIDS (PVHIV) (José, 2016).

Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA.

O Centro de Testagem e Aconselhamento foi instituído no país em meados do ano de 1990, anteriormente denominado de Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), e esse serviço tornou-se referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Estima-se, que atualmente o Brasil dispõe de um quantitativo de 426 centros distribuídos por todos os Estados, e a maior concentração está na região Sudeste (166), seguida de 77 no Nordeste, 65 no Centro-Oeste, 61 no Sul e 57 no Norte. A oferta desse serviço demonstra o compromisso do Ministério da Saúde em facilitar o acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Silva *et. al.*, 2015).

Entre as estratégias realizadas pelo CTA, aponta-se o aconselhamento, que oferece condições de interação, reciprocidade na troca de conhecimentos e sentimentos e propicia um espaço de reflexão sobre os riscos de infecção e sobre a necessidade de prevenção das IST's/HIV/AIDS. Os aconselhamentos pré e pós-teste são considerados como fundamentais no processo de testagem porque se apoiam na escuta ativa, individualizada e centrada no usuário (Silva *et. al.*, 2015).



Abordagem e Acolhimento do Usuário no CTA


Segundo o Ministério da Saúde, acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não têm local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva (Brasil, 2010).

O acolhimento, na Política Nacional de Humanização, não se resume a ações isoladas e pontuais, como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Dessa forma, o acolher deve possibilitar a abertura para recepção das demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde (Motta, Perucchi, Filgueiras, 2014).

É necessário estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa com IST para garantir a qualidade do atendimento, a adesão ao tratamento e a retenção ao serviço. Para tanto, é necessário promover informação/educação em saúde; assegurar ambiente de privacidade, tempo e disponibilidade do profissional para o diálogo, garantindo a confidencialidade das informações. Qualquer método utilizado na comunicação deve ser baseado nos princípios de confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação (Brasil, 2015).

O acolhimento é apresentado como uma nova postura na recepção dos usuários na sua chegada aos serviços de saúde, substituindo a ideia de 'triagem'. De acordo com Affonso e Bernardo (2015),

Acolher bem o usuário significa (...) ter uma atitude que garanta a escuta qualificada das demandas com o objetivo de ofertar o máximo de tecnologias (...) para vivência



de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada que se produza saúde individual e coletiva. O acolhimento deve traduzir-se na abertura da unidade e na plasticidade do projeto de atenção prestado a determinado indivíduo ou coletivo, procurando garantir a humanização da relação instituição/usuário.


Aconselhamento

O aconselhamento é entendido como uma prática preventiva ampla que transcende o âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Pressupõe-se que essa ferramenta de prevenção possa ser utilizada em vários momentos e serviços de saúde, não devendo restringir-se a oferta do exame anti-HIV. Dessa forma, deve ser um processo contínuo, inserido nas atividades das unidades básicas de saúde e articulado aos demais programas assistenciais existentes e ao cotidiano das práticas desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços de atenção primária à saúde (Souza e Freitas, 2012).

O aconselhamento propõe uma prática que perpassa a atenção integral e a promoção da saúde, mediante intervenções pautadas na singularidade da visão de mundo dos sujeitos e nas experiências sociais compartilhadas. Além disso, as abordagens preventivas são direcionadas a temas pessoais e coletivos, com relações de gênero, preconceito e direitos civis (Souza e Freitas, 2012).

Desempenha, também, papel fundamental na estratégia de ampliação da testagem sorológica para o HIV e se reafirma como um campo de conhecimento estratégico para a qualificação do diagnóstico de HIV e da atenção à saúde. Destaca-se, ainda, como atividade que contribui efetivamente para a quebra da cadeia de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's), uma vez que permite ao usuário avaliar suas reais possibilidades de risco. Oferece ao usuário, também, a possibilidade de refletir e decidir por medidas preventivas segundo suas vivências e singularidades e buscar melhor qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica (Souza e Freitas, 2012).

Para tanto, o aconselhamento deve ser desenvolvido com base no estabelecimento de uma relação de confiança, em que o profissional esteja atento as situações conflituosas vivenciadas pelos usuários e que podem bloquear a ação preventiva (Souza e Freitas, 2012).




Educação em Saúde

Segundo Santos, Silva e Fonteles (2017), o desenvolvimento de um sistema de saúde assistencial, democrático, universal, igualitário e integral percorre um contexto social por meio de políticas públicas voltadas à saúde. Isso tem sido essencial para construir uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, objetivando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A prática de educação em saúde caracteriza-se como um conjunto de saberes e práticas traçados na promoção da saúde como modelo preventivo de doenças. Através dos profissionais de saúde, veicula-se à comunidade conhecimentos científicos do processo saúde-doença destinado a novas condutas.

Por isso, é importante elaborar estratégias que auxiliem ativamente ao portador na adaptação ao tratamento; por exemplo, a educação em saúde: orientando sobre os efeitos adversos e que estes são apenas fases que são necessárias serem enfrentadas como parte de estágios de enfrentamento à doença. Como fator primordial para a redução da incidência de HIV/AIDS, é importante orientar a realização de teste rápido para detecção precoce da doença. A partir desta etapa, caso positivo, deve-se possuir uma equipe bem estruturada e qualificada para atendimento precoce e sigiloso a este portador, atendendo e respeitando todas as suas necessidades e deveres, sob um enfoque multidisciplinar. Caso o resultado seja negativo, orientar e conscientizar sobre a importância em se prevenir e buscar incentivar às outras pessoas a terem medidas preventivas para as diversas doenças infecciosas; buscando, assim, melhores condições de vida e bem-estar (Silva *et. al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação de ações de saúde cada vez mais humanizadas e propostas de formação do profissional da área da saúde que contemplem os diversos aspectos inerentes à humanização dos serviços e as relações entre o profissional da saúde e seus pares, além da sua relação com os pacientes e familiares, passa por diversos aspectos. Uma relação amistosa, de respeito, cordialidade e, principalmente, em que a escuta dos anseios, desejos, demandas e sentimentos do paciente e de seus familiares seja possível, contribui para a resolutividade das ações de educação e promoção da saúde, contribuindo para que não se perca o sentido da atuação do trabalhador neste setor da sociedade, bem como para o desenvolvimento da sociedade na qual estamos inseridos.



A qualidade do atendimento prestado ao usuário e o bom desempenho profissional propiciam o vínculo dos usuários com o serviço de saúde, além de estarem diretamente ligados ao acolhimento e à satisfação do usuário, que são fundamentais no processo de mudança do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

Alves, APB, Ramos BA. Vulnerability the sexual transmission of the virus of human immunodeficiency (VIH): social representations of indian university members of the Insikiran Institute of indigenous higher education. **REAS/EJCH** | Vol. 11 (8) | e197 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e197.2019>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Ferraz, LR; Morena, CA; Rodrigues, TS; Lopes, AOS. Acolhimento: uma prática real ou mera ideologia? **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17 (2): 122- 130, abr-jun, 2015.

José, AM. **QUALIAIDS: diagnóstico situacional do ambulatório de atendimento ao paciente com HIV/AIDS do hospital universitário Gaffrée e Guinle**. (Dissertação de mestrado) 2016. Disponível em <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/handle/unirio/12616>.

Melo CQ, Escobar LF, Bordão RB. **Estratégias de enfrentamentos adotadas pelas mulheres portadoras de câncer de mama e pela enfermagem no tratamento oncológico: uma revisão integrativa**. Uruguaiana, [Internet] 2010. 90f. (Monografia) Universidade Federal do Pampa.

Motta, BFB; Perucchi, J; Filgueiras, MST. The user embracement in Brazil: a study of systematic review on the theme. **Rev. SBPH** vol.17 no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. – 2014.

Santos, SLF; Silva, JMG; Fonteles, MMF. Educação em saúde sobre higiene íntima da mulher e infecções sexualmente transmissíveis: relato de experiência. **Revista Expressão Católica Saúde**; v. 2, n. 2; Jul – Dez; 2017; ISSN: 2526-964X.

Silva, MPF; Luna, IT; Bezerra, STF; Maia, CC; Moura, DJM; Pinheiro, PNC. Avaliação do serviço de testagem e aconselhamento em DST/ HIV/ AIDS na perspectiva do usuário. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 17 (3): 60-68, jul-set, 2015.



Silva, JVF; Júnior, FJMN; Rodrigues, APRA. Fatores de não adesão ao tratamento antirretroviral: desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas Saúde** [Internet]. 2014; 2(1):165-75.

Sousa, MCMR; Freitas, MIF. Aconselhamento em HIV/AIDS: Representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. **REME - Rev. Min. Enferm.**;16(1): 18-24, jan/mar., 2012.

Souza, MT; Silva, MD; Carvalho, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.



CAPÍTULO 34

AVALIAÇÃO DA FERRAMENTA DE ATENÇÃO BÁSICA “PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL”: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Rafaela Siqueira de Oliveira Silva, Graduanda de medicina, UNIMONTES

Samuel Rodrigues Ferreira, Graduando de medicina, UNIMONTES

Maria Clara da Paz Dias, Graduanda de Odontologia, UNIMONTES

Diego Dias de Araújo, Professor, Enfermeiro, Doutor, UNIMONTES


Danielle Ladeia Santos, Enfermeira Especialista em Saúde da Família, Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros

Orlene Veloso Dias, Professora, Enfermeira e Doutora, UNIMONTES

Cássia Pérola dos Anjos Braga Pires, Professora, Cirurgiã Dentista e Doutora, UNIMONTES

RESUMO

Diversos são os instrumentos desenvolvidos, ao redor do mundo, para a avaliação dos atributos da Atenção Primária a Saúde. No Brasil o Ministério da Saúde recomenda o uso do “*Primary Care Assessment Tool – PCATool*” que foi criado por Starfield e Cols na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*. O objetivo desse trabalho consiste em avaliar a viabilidade do Instrumento PCATool enquanto ferramenta de pesquisa para apontar os atributos da APS, que buscam atender as análises epidemiológicas realizadas na atenção básica visando a avaliação da mesma para possíveis melhorias do sistema de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa. A questão norteadora da pesquisa foi formulada seguindo a estratégia População ou problema – P; Interesse – I; Contexto do estudo – Co (PICO), sendo P- pesquisa do PCATool; I- avaliação instrumento de pesquisa Co- atenção primária à saúde. Dessa forma, a seguinte questão foi elaborada: “Qual é a avaliação do PCATool enquanto instrumento de pesquisa na atenção primária?” Foram localizadas 169 publicações, sendo 46 na MEDLINE, 93 na LILACS, 30 na BDNF. A identificação e a seleção foram realizadas por dois revisores, independentemente, levando em consideração a questão de pesquisa e os critérios de inclusão estabelecidos. Inicialmente, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, sendo descartados 136 artigos que não se encaixavam na proposta do tema. Em seguida, realizou-se a leitura na íntegra dos 33 estudos restantes. E, após a leitura completa, 26 artigos foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão. Foram estudados dez artigos para composição do trabalho, além disso, utilizou-se ainda o Manual do Ministério da Saúde 2020, os textos foram revisados no período compreendido entre maio e novembro de 2020. Porém, outros autores demonstram que a modificação para o contexto nacional é a melhor escolha mesmo que não correspondam as propostas originais, para que exista uma melhoria de usabilidade da ferramenta, definindo os critérios relativamente estritos dos fatores primordiais. Em todos os instrumentos validados observam-se a inter-relação de itens que representam distintos atributos em um mesmo fator e isso ajuda a descrever de forma mais veraz as informações obtidas; em relação à fidedignidade relacionada à estabilidade ao longo do tempo, quase todos os atributos tiveram resultado satisfatório. Em suma, os autores chegam ao consenso geral de que o instrumento PCATool corresponde aos requisitos para ser uma ferramenta capaz de apontar com confiança as diversas vertentes da atenção primária; apesar de ainda existirem divergências nas avaliações dos instrumentos versão usuários, criança, profissionais e da versão reduzida do adulto em relação ao cálculo de confiabilidade e porcentagem de erro com os dados obtidos.



PALAVRAS-CHAVE: *Primary Care Assessment Tool*, Questionário, Avaliação, Atenção Básica.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o nível do sistema de saúde definido como a porta de entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde, fornecendo a eles acolhimento as suas demandas; ainda, faz o papel de coordenação e integra os outros níveis de atenção direta ou indiretamente, assim percebe-se a importância das unidades básicas de saúde na promoção, prevenção e recuperação do paciente (STARFIELD *et al.*, 2002).

Devido à grande abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS), é fundamental a avaliação rotineira enquanto política pública deste serviço, e esta tem a função de emitir um juízo de valor sobre o seu desempenho com o intuito de subsidiar a gestão com informações que visem a melhoria da sua efetividade (BRASIL, 2010; MINAYO, 2005).

É notável a crescente mobilização de instituições de ensino e pesquisa em desenvolver estudos avaliativos da APS, principalmente devido a relevância desse nível de atenção para o sistema público de saúde (PINTO JUNIOR *et al.*, 2015). O Brasil tem como sua base a ESF, e para avaliar o atendimento de maneira holística é necessário entender como se comporta a atenção básica no geral (suas características de estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde), para esse monitoramento deve existir uma ferramenta que comporte veracidade das informações obtidas ao mesmo tempo em que avalia os pontos essenciais das atividades em saúde (HARZHEIM *et al.*, 2013).

Diversos são os instrumentos desenvolvidos, ao redor do mundo, para a avaliação dos atributos da APS. No Brasil o Ministério da Saúde recomenda o uso do “*Primary Care Assessment Tool – PCATool*” que foi criado por Starfield e Cols na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center* (BRASIL, 2020). Esse instrumento foi traduzido, adaptado e validado a realidade brasileira em suas diversas versões (CASSADY *et al.*, 2000; SH; STARFIELD; XU, 2001).

Esse artigo foi produzido como parte das atividades científicas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O PET-Saúde foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação com o intuito de qualificar a formação de profissionais e estudantes da área da saúde (BRASIL, 2008). A cada edição o programa aborda uma temática diferente, em sua nona edição no biênio 2019-2021, o objetivo principal é discutir o modelo de formação hospitalocêntrica e fragmentado no qual há uma

valorização excessiva de competências técnicas específicas em detrimento do trabalho colaborativo em equipe. Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelo programa, no período, têm como base teórico-conceitual a educação interprofissional (EIP) e o trabalho colaborativo, visto que ambos podem contribuir para a reformulação do processo de formação profissional (ALMEIDA, 2019).

Considerando o exposto, o objetivo desse trabalho consiste em avaliar a viabilidade do Instrumento PCATool enquanto ferramenta de pesquisa para apontar os atributos da APS, que buscam atender as análises epidemiológicas realizadas na atenção básica visando a avaliação da mesma para possíveis melhorias do sistema de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa (RI). Para a sua realização foram adotadas as seguintes etapas: identificação da temática e elaboração da pergunta norteadora, definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca ou amostragem na literatura, análise crítica dos estudos da amostra e interpretação e discussão dos resultados. A questão norteadora da pesquisa foi formulada seguindo a estratégia População ou problema – P; Interesse – I; Contexto do estudo – Co (PICO), sendo P- pesquisa do PCATool; I- avaliação instrumento de pesquisa Co- atenção primária à saúde. Dessa forma, a seguinte questão foi elaborada: “Qual é a avaliação do PCATool enquanto instrumento de pesquisa na atenção primária?” (Tabela 1).

Tabela 1: Estratificação de Pico conforme descritor controlado e não controlado e as respectivas bases de dados

MeSH	Descritor Controlado/Não Controlado	Descritores usados/Desc
P	Descritor Controlado	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
I	Descritor não Controlado Descritor controlado	Questionário Avaliação
Co	Descritor não Controlado	Atenção Básica
<hr/>		
BVS	Descritor Controlado/Não Controlado	Descritores usados/Desc
P	Descritor Controlado	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
I	Descritor Controlado	Questionário <i>or</i> avaliação
Co	Descritor Controlado	Atenção Básica
Expressão de busca		("Primary Care Assessment Tool") AND (questionário) OR (avaliação) AND ("atenção básica")
PubMed	Descritor Controlado/Não Controlado	-
P	Descritor Controlado	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
I	Descritor não Controlado Descritor controlado	Questionário Avaliação

Co	Descritor não Controlado	Atenção Básica
Medline	Descritor Controlado/Não Controlado	-
P	Descritor Controlado	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
I	Descritor não Controlado Descritor Controlado	Questionário Avaliação
Co	Descritor não Controlado	Atenção Básica
Pesquisa	Total de artigos encontrados	Detalhe da pesquisa
LILACs via BVS	93	("Primary Care Assessment Tool") AND ("questionário") OR ("avaliação") AND ("atenção básica") AND (db:("LILACS"))
BDENF via BVS	30	("Primary Care Assessment Tool") AND ("questionário") OR ("avaliação") AND ("atenção básica") AND (db:("BDENF"))
Medline via BVS	46	("Primary Care Assessment Tool") AND ("questionário") OR ("avaliação") AND ("atenção básica") AND (db:("MEDLINE"))

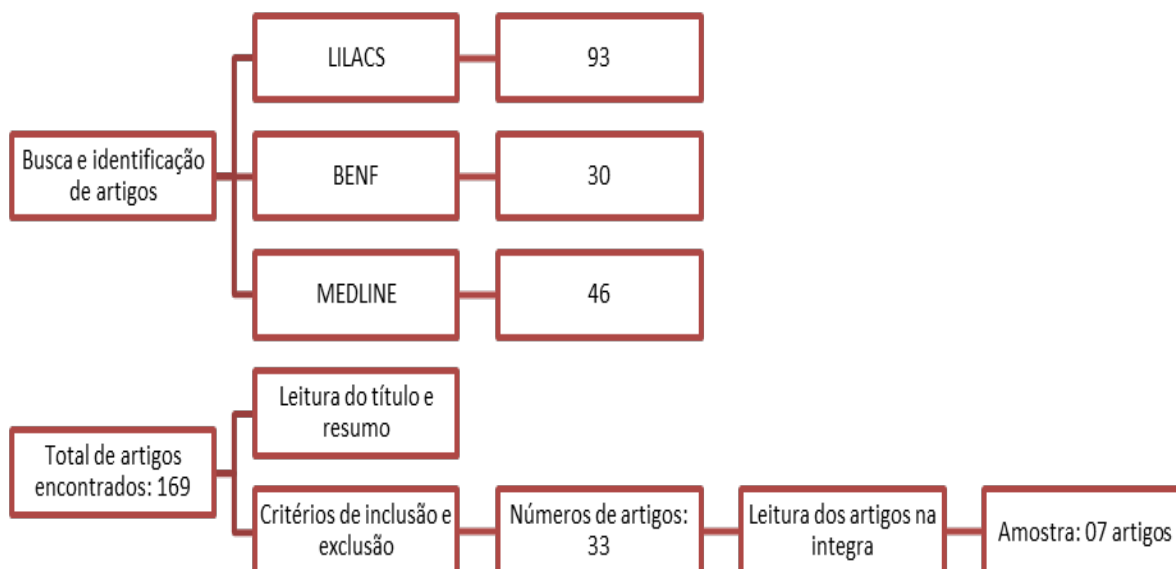
Fonte: Confeção própria

A busca *online* foi realizada no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021 nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via *National Library of Medicine National Institutes of Health* (MEDLINE via PubMed) e *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) via *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) e *Bases de dados em Enfermagem* (BDENF) via *Biblioteca Virtual de Saúde*. Os descritores “avaliação”, “Questionário”, “Primary Care Assessment Tool” e “Atenção Básica” foram selecionados a partir dos *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCs) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

Foram incluídos na pesquisa artigos que se baseavam no tema proposto, com texto completo disponível e publicados a partir de 2006, além do “PCATool Brasil/2020 – Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária” que foi acrescido a pesquisa. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos que não abordavam o tema proposto, artigos repetidos, revisões de literatura, estudos secundários, cartas, editoriais e relatos de experiência.

Foram localizadas 169 publicações, sendo 46 na MEDLINE, 93 na LILACS, 30 na BDENF. A identificação e a seleção foram realizadas por dois revisores, independentemente, levando em consideração a questão de pesquisa e os critérios de inclusão estabelecidos. Inicialmente, realizou-se a leitura de todos os títulos e resumos, sendo descartados 136 artigos que não se encaixavam na proposta do tema. Em seguida, realizou-se a leitura na íntegra dos 33 estudos restantes. E, após a leitura completa, 26 artigos foram excluídos por não se adequarem aos critérios de inclusão. Assim, a amostra foi composta por 7 artigos e o PCATool Brasil/2020-Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma adaptado do processo de seleção de artigos da revisão integrativa



Fonte: Confeção própria

Para a extração das informações dos estudos incluídos na revisão, utilizou-se de instrumento elaborado pelos autores contendo informações acerca da autoria; ano de publicação; base de dados; revista e *qualis*, número do periódico e resultados da pesquisa.

O nível de evidência adotado para a revisão Integrativa em questão foi estratificado em: nível I – metanálise de múltiplos estudos controlados; nível II – estudos experimentais individuais (ensaio clínico randomizado); nível III – estudos quase-experimentais (ensaio clínico não randomizado, grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle); nível IV – estudos não experimentais (pesquisa descritiva, correlacional e comparativa, pesquisas qualitativas e estudos de caso); nível V – dados de avaliação de programa e dados obtidos de forma sistemática; nível VI – opiniões de especialistas, relatos de experiências, consensos, regulamentos e legislações (FILHO *et al.*, 2019).

A análise crítica e a síntese qualitativa dos estudos selecionados foram realizadas de forma descritiva.

RESULTADOS

Foram estudados 7 artigos para composição do trabalho, além disso, utilizou-se ainda o Manual do Ministério da Saúde 2020, os textos foram revisados no período compreendido entre maio e novembro de 2020 descritos na tabela 2.

Tabela 2. Artigos selecionados na literatura descrevendo título, local, ano de publicação, autor, resultados, periódico, revista/qualis.

Nº	Título	Ano	Base de Dado	Revista/Qualis	Periódico	Resultados	Nível de evidência
1	Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil	2006	Scielo/LILACS	Cad. Saúde Pública/A1	22(8): 1649-1659	Os resultados obtidos no processo de validação do PCATool-Brasil mostraram que os itens referentes aos oito atributos da atenção primária à saúde possuem validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação em outros estudos sobre a saúde infantil no Brasil. Todos esses 45 itens possuem carga fatorial e correlação item-total de acordo com os critérios previamente estabelecidos. O PCATool-Brasil validado cumpriu com as suposições de Likert, com valores muito adequados do α de Cronbach, confirmando a consistência interna da escala. Os resultados da “Razão de Êxito da Escala” demonstraram também que os itens de cada atributo possuem a maior correlação item-total possível dentro de sua própria dimensão conceitual, fortalecendo a consistência do PCA-Tool-Brasil validado.	Nível IV Descritiva e Quantitativa
2	Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde	2013	Lilacs	Rev Bras Med Fam Comunitade/B3	8(29): 244-55	Mesmo considerando as diferenças regionais e o grande número de itens, o PCATool-Brasil versão profissionais captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Assim, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde. Por conseguinte, é um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS.	Nível IV Descritiva e Quantitativa
3	PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida	2013	Lilacs	Rev Bras Med Fam Comunitade/B3	8(29): 256-63	Alinhada às limitações apontadas na versão completa do PCATool, como a distribuição de itens de diferentes atributos da APS, com baixa contribuição para a estimação do traço latente (orientação à APS) e a consequente interferência nos valores estimados para essa orientação, há uma enorme necessidade de avaliações rápidas e sistemáticas dos serviços de APS no Brasil, para que ajustes e/ou melhorias possam ser implementados, minimizando o impacto dessas fragilidades da APS em outros níveis do sistema.	Nível IV Descritiva e Quantitativa
4	Validação do instrumento de avaliação da	2013	Lilacs	Rev Bras Med Fam	8(29): 274-84	O PCATool-Brasil versão usuários adultos captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis,	Nível IV

	atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos			Comunidade/B3		diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Portanto, mesmo considerando as diferenças regionais e o extenso número de itens, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS. Consolida-se assim como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS.	Descritiva e Quantitativa
5	Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool	2020	Pub med/MEDLINE	Family Practice/B1	Vol. 33, No. 1, 112-117	Desenvolvemos o JPCAT como uma ferramenta válida e confiável para medir a qualidade dos cuidados primários usando a experiência do paciente no Japão. O JPCAT poderia ser usado para examinar as características dos prestadores de cuidados de saúde e organizações de saúde que respondem pelas diferenças observadas no desempenho da atenção primária e para identificar a relação entre a qualidade da atenção primária fornecida e os resultados de saúde no Japão.	Nível IV Descritiva e Quantitativa
6	Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud	2013	OPAS/MEDLINE	Rev Panam Salud Publica/A2	33(1)	Idealmente, a implementação deste questionário deve ser complementada por outras perspectivas e métodos de pesquisa. Algumas possibilidades enriquecedoras seriam a administração simultânea aos profissionais de saúde para obter também seus pontos de vista; o exame dos resultados de saúde para verificar se eles se correlacionam com o nível de conformidade com as funções da APS e estudos qualitativos com o objetivo de compreender processos e mecanismos que possam explicar diferentes resultados na realização das funções da APS.	Nível IV Descritiva e Quantitativa
7	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil	2019	SciELO/LILACS	Einstein/B4	17(1):1-8	Este estudo disponibiliza ideias em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma pequena cidade rural brasileira. Há possibilidade de melhoria, especialmente em relação à orientação à família e à comunitária. O uso do PCAT-Brazil como ferramenta de avaliação de rotina parece não ser viável devido aos altos custos, à falta de profissionais capacitados e pelo grande número de horas de trabalho exigido.	Nível IV Descritiva e Quantitativa

Fonte: Confecção própria

O instrumento, no geral, se dá pela utilização de quatro atributos essenciais referentes ESF, e três não essenciais (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação dos

serviços, Integralidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural). Os atributos essenciais são construídos para serem respondidos em duas etapas: a estrutural e de cuidado. As respostas são avaliadas em escala Likert (4=com certeza sim, 1=com certeza não), com o acréscimo da opção ‘9= não sei/não lembro’ com resultado medido pela média aritmética das respostas, na qual se calculam os escores dos atributos; e para o total são calculados a média dos resultados dos atributos (HAUSER *et al.*, 2013).


O PCATool apresenta diferentes versões a serem aplicadas de acordo com o grupo alvo do estudo. O PCATool-Brasil versão usuários adultos é um instrumento de avaliação da orientação à APS, composto por 86 itens, o instrumento do PCATool para profissionais de saúde possui 119 perguntas; os atributos da APS que compõem a versão adulto do PCATool-Brasil reduzido são compostos 23 itens; e a versão infantil é composta por 55 questões (Quadro 1). A partir das respostas para os atributos do PCATool o sistema de saúde consegue se orientar e avaliar o processo de atenção à saúde como um todo, identificando se o serviço consegue contribuir de forma verdadeira para a saúde da população (BRASIL, 2020).

Na versão criança, ele deve ser aplicado com os pais ou cuidadores legais das crianças; em sua versão adulto, o próprio usuário deve ser o entrevistado, e na versão profissional, o questionário aplicado aos servidores é semelhante ao adulto, diferindo apenas pela adição dos itens do atributo integralidade que estão presentes na versão criança (BRASIL, 2020).

Quadro 1 – Relação de grau de confiabilidade apontada pelas estatísticas através dos atributos do PCATool, e sua quantidade de questões.

Tipo de PCATool	Quantidade de itens do instrumento	Atributos satisfatórios	Atributos insatisfatórios
PCATool para profissionais de saúde	119	Longitudinalidade Integralidade Orientação Familiar Orientação Comunitária Competência cultural	Acesso de primeiro contato Coordenação do Cuidado
PCATool Adulto	77	Acesso de primeiro contato Longitudinalidade Integralidade Orientação Familiar Orientação Comunitária Competência cultural	Coordenação: Sistema de Informações
PCAT-Brasil versão criança	55	Longitudinalidade Integralidade Orientação Familiar Orientação Comunitária Competência cultural	Primeiro Contato: Utilização Coordenação: Sistema de Informações

Fonte: Confeção Própria.



Ainda no quadro 1, nota-se que a maioria dos atributos são contemplados com eficácia e eficiência para a determinação do resultado obtido do instrumento, entretanto, 5 atributos dentre as três versões completas do PCATool não contemplam um resultado satisfatório.


DISCUSSÃO

Avaliação do instrumento PCATool e suas versões

Na análise fatorial do instrumento do PCATool versão adulto, o modelo com 12 fatores incluiu os quatro atributos essenciais e três atributos derivados do conceito Teórico de Starfield; porém, alguns itens não atingiram o valor mínimo para permanecer no instrumento (acesso no serviço de saúde até às 20h em alguns dias úteis, atendimento pelo mesmo médico e ao aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento); entretanto, contemplam outros atributos pela interligação dos componentes que abrangem o instrumento e por esse motivo permaneceram no mesmo; essas questões apesar de terem sido contempladas pela relevância do instrumento como um todo, estão fora da realidade brasileira que não utiliza serviços de atenção básica, por exemplo, em tempo integral; e estes dados podem ter interferido diretamente nos resultados insatisfatórios obtidos pelos cálculos multifatoriais (BERRA *et al.*, 2013; HARZHEIM, 2013; HAUSER *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em contrapartida, o instrumento da Versão do PCATool adulto reduzida quando comparada a versão Adulto completa, pela sua consistência interna por meio do alfa de Cronbach, apresenta uma moderada associação entre as medidas, e isso se evidencia as diferenças entre os tipos de serviços que o questionário apresenta, mostrando as divergências de resultados perceptíveis entre as versões; porém, mesmo observando algumas mazelas em relação ao PCATool versão reduzida, o estudo apresenta uma vantagem que é o foco nos itens principais, uma vez que alguns dos itens contribuíam de forma pouco expressiva para a obtenção de respostas referentes a Orientação à APS; assim a redução dos itens fez com que a ferramenta se tornasse mais informativa, acessível e útil aos diferentes níveis da gestão da saúde; que apesar de moderado os escores ainda são positivos evidenciando uma avaliação segura com o instrumento validado (OLIVEIRA, 2013; HARZHEIM, 2006).

Para a análise do instrumento versão profissional avaliou-se a consistência Interna pelo Alfa de Cronbach e teve como resultado que os atributos eram adequados a moderados em sua maioria, os únicos considerados insuficientes foram o Acesso de primeiro contato e a Coordenação do cuidado. A maior parte dos atributos ainda apresentava correlação entre os



demais tópicos, com exceção somente do atributo Acesso de primeiro contato (HAUSER *et al.*, 2013).


Os resultados obtidos no processo de validação do PCATool-Brasil versão criança mostraram que eles possuem validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação, os valores do α de Cronbach foram adequados, confirmando a consistência interna da escala (HARZHEIM, 2006). O instrumento PCATool versão para crianças também ganhou uma versão reduzida, enquanto as demais versões do PCATool ainda estão extensas, mostrando a necessidade de adequação das mesmas de forma a facilitar sua aplicabilidade (BRASIL, 2020).

Em todos os instrumentos validados observam-se a inter-relação de itens que representam distintos atributos em um mesmo fator e isso ajuda a descrever de forma mais veraz as informações obtidas; em relação à fidedignidade relacionada à estabilidade ao longo do tempo, quase todos os atributos tiveram resultado satisfatório (HAUSER *et al.*, 2013; HARZHEIM, 2013). Porém, outros autores demonstram que a modificação para o contexto nacional é a melhor escolha mesmo que não corresponda as propostas originais, para exista uma melhoria de usabilidade da ferramenta, definindo os critérios relativamente estritos dos fatores primordiais (AOKI; INOUE; NAKAYAMA, 2020).

Vê-se que diversos autores apontam confiabilidade insatisfatória de alguns atributos do PCATool e em todas as versões são evidenciados a Coordenação do cuidado com pontuação não adequada do alfa de Cronbach; assim como o acesso de primeiro contato que só não apresenta resultado insatisfatório no PCATool versão Adulto, porém, esses tópicos foram mantidos a fim de não retirar aspectos considerados importantes pelo instrumento pioneiro (BRASIL, 2020; BERRA *et al.*, 2013)

Embora o instrumento apresente algumas inadequações quando comparados com a versão original, estes foram propositais, pois os autores optaram por manter alguns itens, a fim de evidenciar as divergências de dados obtidas pelo Brasil com outros países sendo utilizado de base com os demais PCATool (HAUSER *et al.*, 2013; BRASIL, 2020).

Revela-se a importância do refinamento constante do PCATool-Brasil, uma vez que o mesmo é o principal instrumento de avaliação e monitoramento da APS pelo Ministério da Saúde; por isso, é necessário que a própria ferramenta esteja sempre em manutenção (avaliação quanto a sua efetividade e eficácia para definição dos dados colhidos quanto a sua qualidade) (BRASIL, 2020).



Avaliação estrutural do instrumento PCATool

Existe uma dificuldade de avaliação do serviço de saúde evidenciada por diversos instrumentos que iniciaram a avaliação de saúde pelo Sistema único de Saúde, entre eles, o PCATool vem se tornando o principal, e apesar das pesquisas evidenciarem a boa eficiência e eficácia do instrumento, o mesmo ainda apresenta obstáculos para seu empenho correto. O PCATool é o instrumento de avaliação mais utilizado no mundo e o Brasil utiliza o mesmo em sua guia do Ministério da saúde, desta forma, ele é o mais publicado e estudado pelo país; isso demonstra a necessidade de revisar o instrumento, discutir seus itens e entender quais são adequados ao âmbito da saúde no Brasil (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde não previu financiamento para tais estudos que possui custo razoável, não há programa para calcular os escores, que pode ser feito sem o mesmo, mas com um tempo maior e sem medição de qualidade; o instrumento é longo e possui diversas versões para determinados públicos, o que não facilita o uso do mesmo rotineiramente (PONNET *et al.*, 2019).


Em alguns locais existe uma dificuldade de comunicação e entendimento das perguntas, assim como falta de internet, energia, entre outros; quando não é possível a coleta pessoalmente (PONNET *et al.*, 2019).

Itens do PCATool-Brasil podem ter contribuído para uma pior avaliação dos usuários e profissionais em relação a algumas questões, visto que as mesmas são de difícil entendimento, assim como o fato de não serem avaliadas as particularidades da ESF pesquisada e sim o que é previsto nos tópicos de sua versão traduzida para o Brasil (HARZHEIM *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os autores chegam ao consenso geral de que o instrumento PCATool corresponde aos requisitos para ser uma ferramenta capaz de apontar com confiança as diversas vertentes da atenção primária; apesar de ainda existirem divergências nas avaliações dos instrumentos versão usuários, criança, profissionais e da versão reduzida do adulto em relação ao cálculo de confiabilidade e porcentagem de erro com os dados obtidos.

Entretanto, ainda são necessárias que se realizem revisões sobre o PCATool e suas versões, tendo em vista adaptar e traduzir o instrumento para o contexto nacional, mesmo que isso represente uma redução na capacidade de se realizar comparações com dados de outros



países. Por fim, novas adaptações são importantes para que a ferramenta alcance resultados mais fidedignos, suspendendo, assim, as suas possíveis lacunas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rodrigo Guimarães dos Santos; TESTON, Elen Ferraz; MEDEIROS, Arthur de Almeida. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, 2019.

AOKI, Takuya; NOUE, Machiko; NAKAYAMA, Takeo. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Family Practice**, v. 33, n. 1, 2016.

BRASIL, Ministério Da Saúde. PCATool Brasil/2020- Manual do instrumento de avaliação da atenção primária a saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2020.

BRASIL, Ministério Da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

BERRA, Silvina; HAUSER, Lisiane; AUDYSIO, Yanina; MANTARAS, José; NICORAS, Valeria; DE OLIVEIRA Mônica Maria Celestina; *et al.* Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n.1, 2013.


CASSADY, Charlyn; STARFIELD, Barbara; HURTADO, Margarita; BERK, Ronald; NANDA, Joy; *et al.* Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, n. 4, 2000.

HARZHEIM, Erno; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; HAUSER, Lisiane; STEIN, Airton Tetelbom; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; *et al.* Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013.

HARZHEIM, Erno; STARFIELD, Barbara; RAJMIL Luis; ÁLVAREZ-DARDET, Carlos; STEIN, Airton. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, 2006.

HAUSER, Lisiane; CASTRO, Rodrigo Caprio Leite; VIGO, Álvaro; TRINDADE, Thiago Gomes; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; STEIN, Airton Tetelbom; *et al.* Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilsa Ramos, orgs. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.



OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina; HARZHEIM, Erno; RIBOLDI, João; DUNCAN, Bruce Bartholow. PCATool- Adulto-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, 2013.

PINTO JUNIOR, Elzo Pereira; CAVALCANTE, Juliana Lucena de Miranda; SOUZA, Roberta Alves; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; DA SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, 2015.

PONNET, Liz; WILLEMS, Sara; VYNCKE, Veerle; BOUSQUAT, Aylene Emilia; VIANA, Ana Luiza; MELLO, Guilherme Arantes; et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein**, São Paulo, v. 17, n. 1, 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed, Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SHI, Leiyu; STARFIELD, Barbara; XU, Jiahong. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 2, 2001.



CAPÍTULO 35

ABORDAGEM DO ENFERMEIRO JUNTO AO INDIVÍDUO COM IDEIAÇÃO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Deysiane da Silva Sobrinho, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará

Janieire Lemos Nobre Vieira, Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará

João Victor Marcilli da Silva, Graduando em Enfermagem, Centro Universitário Estácio do Ceará

Cristina Costa Bessa, Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará

Juliana Alencar Moreira Borges, Professora do Centro Universitário Estácio do Ceará

Izaildo Tavares Luna, Professor do Centro Universitário Estácio do Ceará

RESUMO


Objetivo: identificar na literatura científica como se dá a abordagem do enfermeiro que atua na Atenção Primária em Saúde aos indivíduos com ideação suicida. Métodos: Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura. A coleta de dados se deu em outubro de 2020, em que foram consultadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, resultando em sete artigos selecionados para a síntese crítica. Resultados: Evidenciou-se que as intervenções voltadas aos indivíduos com transtornos mentais e com ideação suicida na Atenção Primária envolvem desde ações de prevenção e promoção da saúde, triagem, detecção precoce e o acompanhamento clínico na própria unidade. Conclusão: Desse modo, considera-se necessário que o profissional possua conhecimentos teórico-práticos para a sua aplicação, bem como para elaborar seu plano terapêutico e implementá-lo posteriormente.

PALAVRAS-CHAVE: Ideação Suicida; Atenção Primária à Saúde; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um ato consciente e voluntário de causar a própria morte, vivenciado por aquele em situação de fragilidade, que o percebe como a melhor solução para livrar-se de uma dor psicológica insuportável, sendo definido pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como uma lesão autoprovocada intencionalmente (RIBEIRO; CASTRO; SCATENA *et al.*, 2018).

O suicídio, atualmente, representa um importante problema de saúde pública devido ao seu crescimento de nível global em consequência de que não afeta apenas o indivíduo, mas também o coletivo, em que as taxas de suicídios aumentaram consideravelmente em 60% nos últimos 50 anos e no caso do comportamento suicida as tentativas superaram pelo menos 10



vezes os casos que obtiveram êxito, fato preocupante ainda mais pelo tabu em comentar sobre o assunto por parte da sociedade (SILVA *et al.*, 2018).

Estima-se que, anualmente, cerca de 800.000 pessoas em todo o mundo tiram a própria vida e outras tantas pessoas que tentam o suicídio, sem êxito. Somente em 2018 foram notificados no Brasil 10.836 casos de lesões autoprovocadas (WHO, 2019). Outro fato preocupante é que o suicídio estatisticamente tem se demonstrado presente em todas as faixas etárias, com destaque para os jovens de 15 a 29 anos, em que se constituiu como a segunda principal causa de morte em 2016 (BRASIL, 2018).


Além disso, é importante destacar que existem fatores de risco para o suicídio, dos quais se consideram uma série de interações biológica, genética, psicológica, sociocultural e econômica. Ademais, ainda se reconhecem outros fatores consideravelmente relevantes, como a desigualdade social, baixa renda, desemprego, escolaridade, gênero, idade, histórico de tentativas de suicídio, transtornos mentais, uso de drogas lícitas ou ilícitas, ausência de apoio social, histórico de suicídio familiar, forte intenção suicida e eventos estressantes (MOREIRA *et al.*, 2017).

Conforme o exposto, considera-se o suicídio como um grave problema de saúde pública, entretanto, ainda é considerado um tabu social, em que mesmo para aqueles indivíduos com ideação suicida - principalmente os jovens - há a falta de um espaço adequado para falar sobre este assunto (VERDAN; ZANETTI, 2019).

Nesse contexto, a prevenção ao suicídio nunca foi tão importante quanto na atualidade, e as equipes de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental, pois é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e possuem um enorme potencial para detecção precoce dos riscos de suicídio, desenvolvendo estratégias e ações que ajudam na identificação e na intervenção desses casos (SILVA *et al.*, 2018).

Diante disso, como integrante da equipe multiprofissional de saúde, destaca-se o profissional enfermeiro, que possui um importante papel na prevenção do suicídio, além de ser capaz de investigar, definir, diagnosticar e intervir, objetivando o bem-estar psicossocial do indivíduo, família e comunidade (RIO DE JANEIRO, 2016).

Considera-se que os enfermeiros e demais integrantes da equipe da APS precisam se apropriar de estratégias que viabilizem uma maior proximidade com os usuários e moradores adstritos da unidade de saúde, para que estes possam ter uma relação de confiança e vínculo, e conseqüentemente, uma confortabilidade para expressar sua ideação suicida, bem como



desenvolver estratégias preventivas para a comunidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2006).

Apesar disso, percebe-se que muitos profissionais da Enfermagem não se sentem suficientemente preparados para o cuidado com o indivíduo em sofrimento psíquico. Por outro lado, nota-se que o conhecimento sobre essas questões ainda é escasso, especialmente entre acadêmicos de enfermagem, necessitando de mais espaço para discussão sobre a temática nos cursos de formação, na perspectiva de contribuir positivamente com a instrução e qualificação profissional (RIO DE JANEIRO, 2016).

Perante o exposto, salienta-se que o interesse pela temática surgiu a partir de vivências teórico-práticas durante a graduação de Enfermagem, emergindo a necessidade de se aprofundar na atuação dos enfermeiros na prevenção do suicídio, por meio do seguinte questionamento: Como se dá a abordagem dos enfermeiros na Atenção Primária em Saúde aos indivíduos com ideação suicida?

Em uma pesquisa prévia realizada nas bases de dados da área da saúde, percebeu-se que apesar dos avanços na produção científica existente sobre a temática, ainda apresenta lacunas sobre a abordagem dos profissionais da Enfermagem que atuam na APS ao indivíduo com ideação suicida, o fato, então, sugere a necessidade de realização de novos estudos que possa evidenciar como se dá às práticas do enfermeiro na abordagem aos indivíduos com ideação suicida a nível de APS.

Diante disso, objetivou-se identificar na literatura científica como se dá a abordagem do enfermeiro que atua na Atenção Primária em Saúde aos indivíduos com ideação suicida.

Acredita-se que os resultados dessa pesquisa ampliarão o conhecimento de enfermeiros, estudantes de enfermagem e demais profissionais da saúde interessados no cuidado de pessoas com ideação suicida.

Nota-se, ainda, que esse estudo poderá fortalecer a concepção da importância de uma formação acadêmica que possibilite aos estudantes de enfermagem uma maior sensibilização para a necessidade de capacitação teórica sobre os fatores de riscos para o suicídio e de construção de um olhar clínico de como conduzir a assistência não somente ao indivíduo, mas também de seus familiares.



METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa de literatura. Este método consiste na síntese de conteúdo de um determinado assunto, a fim de reunir evidências para a prática clínica e com isso, preencher lacunas de conhecimento não totalmente preenchidas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2006).

Para tanto, a pesquisa percorreu as seis etapas recomendadas para a revisão integrativa, a saber: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; 3) Categorização dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2006).

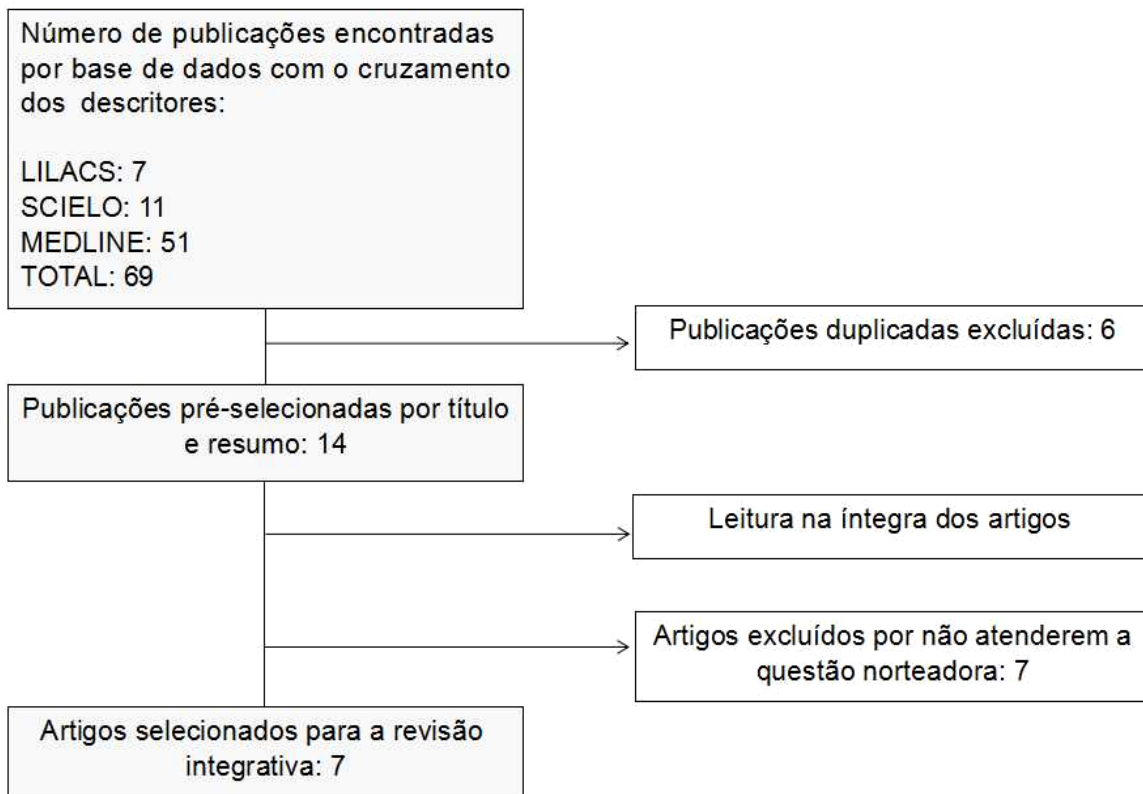
Para a delimitação da questão norteadora, utilizou-se da estratégia PICO - População; Intervenção; Comparação e Desfecho, do qual teve como variáveis de estudo: População (usuários da Atenção Primária); Intervenção (ações de enfermagem frente a ideação suicida); Comparação (não intervenção) e Desfecho (prevenção do suicídio) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2020. Foram realizadas consultas em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Para busca dos artigos, foram utilizados o cruzamento dos seguintes descritores e operador booleano: “Ideação Suicida” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Cuidados de Enfermagem”, e também os termos equivalentes no idioma espanhol e inglês.

Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos disponibilizados online, na íntegra, de forma gratuita, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol e que respondessem à pergunta de partida do estudo, sem recorte temporal. Excluíram-se os artigos de revisão, atualização, relatos de experiência e toda a literatura cinzenta.

A Figura 1 descreve o caminho metodológico da coleta de dados:

Figura 1 - Caminho metodológico da coleta de dados.



Fonte: Dados da pesquisa.

Foram identificadas 69 publicações com o cruzamento dos descritores, somando-se todas as bases de dados, em que 6 foram excluídas por estarem duplicadas. A partir da leitura de título e resumo dos estudos, 14 foram pré-selecionados para uma análise mais criteriosa, sendo posteriormente lidos na íntegra. Com isso, outros 7 estudos foram excluídos por não atenderem a questão norteadora, restando 7 artigos selecionados para compor a revisão integrativa.

Os estudos selecionados foram catalogados segundo o perfil da produção, o que permitiu organizar informações como: título, nome da revista, ano, base de dados, área de estudo, local do estudo, resultados e conclusões/recomendações dos estudos amostrais.

Na análise temática dos estudos, foram observados os aspectos metodológicos, os resultados encontrados e as conclusões/recomendações. Posteriormente os estudos foram categorizados e agrupados conforme as evidências.

A partir da discussão e interpretação dos resultados, elaboraram-se considerações sobre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais da enfermagem na abordagem ao indivíduo com ideação suicida.

RESULTADOS

Para fins didáticos os resultados foram divididos em duas etapas: 1) Caracterização dos estudos e; 2) Objetivos, principais resultados e conclusões/considerações dos estudos.

Os artigos foram organizados em dois quadros, seguindo a sequência cronológica do ano de publicação mais recente para o mais antigo, sendo enumerados de 1 a 7 para identificação.

Os estudos dataram entre 2013 e 2020, em que três foram publicados em revistas científicas do Brasil no idioma português (42,8%), enquanto dois (28,6%) dos Estados Unidos e dois (28,6%) da Inglaterra, ambos em inglês. Com relação a base de dados que estavam indexadas, quatro (57,1%) foram extraídos da LILACS, dois (28,6%) da SciELO e um (14,3%) da MEDLINE.

Quanto ao método utilizado para a realização dos estudos, dois (28,6%) eram qualitativos (A1 e A2), um (14,3%) descritivo exploratório (A3), um (14,3%) observacional (A4) e três (42,8%) experimentais (A5, A6 e A7).

O Quadro 1 descreve a caracterização dos estudos segundo autores, título, revista, local e anos de publicação e base de dados:

Quadro 1 - Caracterização dos estudos segundo autores, título, revista, local e anos de publicação e base de dados.

ID	Autores	Título	Revista, local e ano de publicação	Base de dados
A1	PESSOA, D.M.S.; FREITAS, R.J.M.; MELO J.A.L.; BARRETO, F.A.; MELO, K.C.O.; DIAS, E.C.S.	Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas.	Revista Mineira de Enfermagem, Brasil, 2020.	LILACS
A2	FERREIRA, G.S.; FAJARDO, A.P.; MELLO, E.D.	Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família.	Physis: Revista de Saúde Coletiva, Brasil, 2020.	SciELO
A3	SILVA, N.K.N.; CARVALHO, C.M.S.; MAGALHÃES, J.M.; CARVALHO JUNIOR, J.A.M.; SOUSA, B.V.S.; MOREIRA, W.C.	Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio.	SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, Brasil, 2017.	SciELO
A4	RUSSOM <i>et al.</i>	The effects of patient-centered depression care on patient satisfaction and depression remission	Family Practice, Inglaterra, 2016.	LILACS
A5	ABRAMS <i>et al.</i>	Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care:	Journal of Geriatric Psychiatry, Estados	MEDLINE

		design, implementation, and preliminary results.	Unidos, 2015.	
A6	BUCK, K.; PHELPS, K.; LEVEY, S.B.; KLIE, K.; RUSSO, D.	Location of care for patients with Borderline Personality Disorder: Challenges and opportunities in finding a home	Families, Systems, & Health, Estados Unidos, 2015.	LILACS
A7	JUN, W.E.; LEE, E.J.; PARK, J.S.	Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea	Journal of Clinical Nursing, Inglaterra, 2013.	LILACS

Fonte: Dados da pesquisa.

O Quadro 2 descreve os objetivos, principais resultados e recomendações dos estudos:

Quadro 2 - Objetivo, principais resultados e conclusões/ recomendações dos estudos.

ID	Objetivo	Principais resultados e conclusões/ recomendações dos estudos
A1	Compreender como se dá a assistência à saúde prestada pelos enfermeiros na atenção primária aos adolescentes com ideações suicidas.	Os enfermeiros têm dificuldades em compreender, identificar e prevenir os sinais de ideações suicidas, pautando sua prática em experiências empíricas.
A2	Conhecer como os profissionais de uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) lidam com as demandas relacionadas ao tema do suicídio.	Identificou-se que as dificuldades em relação ao trabalho incluem: as vulnerabilidades sociais do território, o tabu do suicídio, as dificuldades de manejo dessas demandas pelos profissionais e a insuficiência da rede de serviços.
A3	Descrever as ações realizadas pelo enfermeiro da atenção básica para prevenção do suicídio e discutir o processo de trabalho voltado para prevenção.	Verificou-se que, embora enfermeiros percebam a necessidade de planejamento de intervenções quanto a prevenção do suicídio, ainda não se verificam ações organizadas e executadas homogeneamente entre as agendas de trabalho dos profissionais enfermeiros.
A4	Explorar quais aspectos específicos de cuidados centrados no paciente foram mais bem associados com melhora da depressão e satisfação com o cuidado.	Todas as medidas de atendimento centradas no paciente foram positivamente associadas às avaliações de atendimento ao paciente, enquanto medidas específicas de atendimento ao paciente foram positivamente associadas à remissão da depressão.
A5	Descrever a concepção e implementação de um modelo de cuidado psiquiátrico colaborativo em uma prática de universidade na atenção primária geriátrica.	Descobriu-se que os pacientes encaminhados para tratamento eram, com base nas pontuações de triagem e revisão de prontuários, clinicamente sintomáticos, e que as intervenções envolvendo medicamentos foram atribuídas àqueles com ansiedade mais grave e / ou depressão.
A6	Descrever as complexidades de trabalhar com pacientes com Transtorno de Personalidade Bordeline na Atenção Primária.	As principais preocupações para a equipe da atenção primária são: manejar a ideação suicida, histórico de internações psiquiátricas, condições psiquiátricas, supervisão e consulta, dentre outros.
A7	Investigar os efeitos de um programa de prevenção de suicídio nos níveis de depressão, autoestima, ideação suicida e espiritualidade em	Os resultados das medidas pré e pós-teste mostraram significância diminuição da taxa de depressão e pontuação de ideação suicida para pacientes do grupo experimental após a participação no programa de prevenção de suicídio, mas não



pacientes com doença mental.	apresentou resultados significativos em mudanças nos escores de autoestima e espiritualidade.
------------------------------	---

Por meio dos resultados, identificou-se que as intervenções voltadas a pacientes com transtornos mentais e com ideação suicida na Atenção Primária em Saúde envolvem desde ações de prevenção e promoção da saúde (A3, A4 e A7), a triagem e detecção precoce desses pacientes (A5) e ao acompanhamento clínico na própria unidade (A3, A4, A5 e A7).


Outros estudos investigaram sob a ótica dos profissionais em que se perceberam dificuldades enfrentadas na assistência à ideação suicida relacionadas a compreensão, identificação e prevenção (A1), bem como a presença de algumas vulnerabilidades sociais do seu território, o tabu sobre o assunto suicídio, as dificuldades de manejo dessas demandas pelos profissionais e a insuficiência da rede de serviços (A2) também foram apontados como agentes influenciadores para a implementação de cuidados.

DISCUSSÃO

Na pesquisa (PESSOA *et al.*, 2020) identificou-se que a maioria das falas dos enfermeiros demonstrou uma visão biologicista da concepção do suicídio, citando somente como o ato de tirar a própria vida, ignorando o sofrimento mental anterior ao ato. Entretanto, considera-se relevante para a assistência em saúde mental uma ação integral em saúde, com uma abordagem holística, indo-se além do que os sinais e sintomas de doença que são apresentados (HESPANHOL; CONTO, 2011).

O cuidado holístico deve ser centrado no paciente e na sua individualidade. Ao investigar esse tipo de cuidado o autor identificou aspectos que podem influenciar positivamente, tais como: positividade relacionada ao atendimento ao paciente, indagar as preferências do paciente para atendimento, perguntar sobre dúvidas ou preocupações, ofertar planos de tratamento, utilizar escalas de depressão e abordar sobre ideação suicida, que por sua vez, influenciaram na remissão da depressão na população de seu estudo (RUSSOM *et al.*, 2016).

Para tanto, uma das primeiras ações de enfermagem na assistência à saúde mental é a avaliação do estado mental que se dá pela investigação de sinais e sintomas do funcionamento mental, útil para a definição diagnóstica e também para o planejamento de ações de enfermagem (HESPANHOL; CONTO, 2011). Porém, vale salientar que a proposta terapêutica não deve se



limitar à identificação de padrões de normalidade e anormalidade, mas também aos aspectos particulares de cada indivíduo, e com isso, permitir que mesmo para pacientes com o mesmo diagnóstico, possa-se propor intervenções diferentes, considerando a experiência de cada um com os aspectos psicopatológicos da doença (CARDOSO; DONATO; ZANETTI, 2015).

Um momento oportuno para a avaliação do estado mental é nos serviços de triagem clínica. No estudo (ABRAMS *et al.*, 2015), por exemplo, a triagem foi importante para a captação de idosos com sintomas de ansiedade e depressão por meio da aplicação de instrumentos e escalas de saúde mental, para posteriormente iniciar o tratamento necessário.


Desse modo, para as ações de saúde, o enfermeiro deve possuir uma boa base teórica sobre a temática a fim de contribuir para a efetivação de serviços comunitários, subsidiados por diretrizes, legislação e políticas públicas em saúde mental (PINTO *et al.*, 2014).

Além dos fatores relacionados ao profissional prestador de cuidados, o cuidado em saúde mental também é influenciado pelas questões sociais de uma comunidade ou indivíduo. As vulnerabilidades sociais na saúde da população devem ser compreendidas pelos profissionais, embora se reconheça que muitas vezes, essas vulnerabilidades limitam o plano terapêutico e em alguns casos, não se consegue ir além na articulação de possibilidades de atuação sobre o contexto em que a pessoa doente está inserida. Dentre estas vulnerabilidades podemos citar alguns determinantes de saúde, como as condições socioeconômicas, culturais, étnicas/raciais, psicológicas e comportamentais (FERREIRA; FARJATO; MELLO, 2019)

Nesse cenário, considerando o enfermeiro como o articulador de atribuições ampliadas de cuidados às necessidades da população adscrita da APS, ainda se percebe que relacionado às ações para prevenção do suicídio, falta a delimitação de ações definidas no processo de trabalho desse profissional que possibilitem a identificação de riscos e vulnerabilidades relacionadas ao suicídio (SILVA *et al.* 2017).

Para a identificação de riscos têm-se primeiramente que compreender o suicídio como um evento multifatorial influenciado por diversas condições, dentre eles a presença de transtorno mental, uso de drogas psicoativas, comportamento suicida, histórico familiar de suicídio e aspectos da vida social (TOLEDO; SILVIA; GARCIA, 2015).

Dentre os transtornos mentais, destaca-se o Transtorno de Personalidade Bordeline (TPB), que por sua vez, reconhece-se o seu risco para suicídio de até 50 vezes maior do que a geral população. Tal fato, reflete a necessidade de atenção dos profissionais prestadores de cuidado para a vigilância de sinais de ideação suicida. Como estratégias de cuidado para a TPB



podem ser citadas a vigilância de variações de humor, impulsos, habilidades, ações, uso de drogas e/ou medicamentos, habilidades sintomas de ansiedade e dificuldades conjugais (BACK *et al*, 2015).

É importante citar que historicamente algumas práticas de saúde mental na APS tiveram bons resultados em diversos países, a saber: ações antimanicomiais, mapeamento das necessidades e recursos da comunidade, (re)avaliação de estratégias de saúde já implementadas, descrever e/ou avaliar a parceria entre APS e serviços especializados em saúde mental, cuidado sistematizado, identificação de pessoas com ideação suicida e ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde de caráter individual e/ou coletivo (FRATESCHI; CARDOSO, 2016).

Vale salientar que a APS se constitui como uma porta de entrada do SUS, sendo um importante ponto da rede para promoção da saúde mental para diversas faixas etárias, dentre elas os jovens e adolescentes (PESSOA *et al.*, 2020).


Destaca-se que na população na faixa-etária de 15 a 29 anos, o suicídio se configura como uma das principais causas de morte, sendo a segunda causa de morte mais frequente. Com isso, julga-se necessária a implementação de estratégias na APS que viabilizem a captação destes jovens para o cuidado mais precoce possível, tais como grupos de prevenção ao suicídio (SANTOS *et al.*, 2016)

No estudo (JUN; LEE; PARK, 2013), a participação nestes grupos apresentou um efeito positivo da diminuição de índices de depressão e ideação suicida, que pode ser explicado pelas ações realizadas para encorajar o respeito pela vida, ao desenvolvimento de atividades e expressão de sentimentos e ideias (VASCONCELOS *et al*, 2015).

Diante disso, percebe-se que a identificação e manejo da ideação suicida pode ser realizada pelo enfermeiro no que se refere às competências de sua categoria profissional, bem como às suas competências individuais.

CONCLUSÃO

Notou-se que as ações de enfermagem na Atenção Primária à Saúde para indivíduos com ideação suicida podem variar desde ações preventivas e de promoção da saúde, ao cuidado propriamente dito, e ainda, para ações de triagem e detecção precoce.



Com isso, conclui-se que uma efetiva avaliação do estado mental pode ser importante desde o processo de anamnese, delimitação de diagnósticos ao desenvolvimento de plano de cuidados.

Desse modo, considera-se necessário que o profissional possua conhecimentos teórico-práticos para a sua aplicação, bem como para elaborar seu plano terapêutico e implementá-lo posteriormente.

Nesse cenário, compreende-se que os cursos de formação em saúde mental devem preparar os profissionais de enfermagem para tal, para que tanto a triagem, quanto o processo de enfermagem sejam realizados de forma efetiva.

O presente estudo teve como limitação a utilização de apenas três bases de dados, não incluindo bases pagas e outras gratuitas, o que pode ter restringido a identificação de mais estudos elegíveis para a revisão. A inclusão de outras bases poderia tornar a análise ampliada, visto que a amostra de estudos elegíveis poderia ter aumentado.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, R. C.; BONÉ, B.; REID, M. C.; ADELMAN, R. D.; BRECKMAN, R.; GORALEWICZ, R.; *et al*, Psychiatric assessment and screening for the elderly in primary care: design, implementation, and preliminary results. **J Geriatr**. 2015; e (792043).

Brasil. Departamento de Informática do SUS (DataSUS). **Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos: Lesões autoprovocadas**. 2018 [acesso em 16 nov. 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>


BUCK K.; PHELPS, K.; LEVEY, S.B.; KLIE. K.; RUSSO, D. Location of care for patients with Borderline Personality Disorder: Challenges and opportunities in finding a home. **Families, Systems, & Health**, 2015; 33(4):383–389.

CARDOSO, L.; DONATO, E.C.S.G.; ZANETTI, A.C.G. Avaliação do estado mental I. In: Fonseca LMM, Rodrigues RAP, Mishima SM. **Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem**. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2015.

FERREIRA, G.S.; FAJARDO, A.P.; MELLO, E.D. **Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Rio de Janeiro). 2019. 29(4); e 290413.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. **Práticas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde**. *Psico* (Porto Alegre), 2016; 47(2):159-168.

HESPANHOL, B.M.; CONTO, G.B. **A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades**. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2011 June [acesso em 20 nov. 2020]; 36(123): 103-117. Disponível em:



http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en.

JUN, W.E.; LEE, E.J.; PARK, J.S. Effects of a suicide prevention programme for hospitalised patients with mental illness in South Korea. **Journal of Clinical Nursing**, 2013; 23: 1845–1856.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Out-Dez 2008; 17(4):758-64.

MOREIRA, R.M.M.; FÉLIX, T.A.; FLÔR, S.M.C.; OLIVEIRA, E.N.; ALBUQUERQUE, J.H.M. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE**, Sobral. 2017; 16(Suplem.01):29-34.

PESSOA, D.M.S.; FREITAS, R.J.M.; MELO, J.A.L.; BARRETO, F.A.; MELO, K.C.O.; DIAS, E.C.S. **Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas**. Rev Min Enferm. 2020;24:e-1290 [acesso em 10 nov. 2020]. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1290.pdf>

PINTO, A.C.S.; LUNA, I.T.; SILVA, A.A.; PINHEIRO, P.N.C.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, A.M.A. **Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa**. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(3):555-64.

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção - Versão para profissionais. 1 ed. Rio de Janeiro, 2016 [acesso em 21 nov. 2020]. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf.


RIBEIRO, N.M.; CASTRO, S.S.; SCATENA, L.M.; HAAS, V.J. **Análise da Tendência Temporal do Suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em Relação às Tentativas de suicídio**. Texto Contexto Enfermagem, 2018;27(2): e (2110016). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>.

RUSSOM, R.C.; SOLBERG, L.I.; VAZQUEZ-BENITEZ. G.; CRAIN, A.L.; BECK, A.; WHITEBIRD, R. *et al.* **The effects of patient-centered depression care on patient satisfaction and depression remission**. Family Practice, 2016: 0(0):1-7.

SANTOS, C.M.C.; PIMENTA, C.A.M.; NOBRE, M.R.C. **A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências**. Rev Latino-am Enfermagem. maio-junho 2007; 15(3) [acesso em 10 nov. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf

SANTOS, W.S.; ULISSES, S.M.; COSTA, T.M.; FARIAS, M.G.; MOURA, D.P.F.; **The influence of risk or protective factors for suicide ideation**. Psic. Saúde & Doenças, 2016 Dez; 17(3):515-526.

SILVA, N.K.N.; CARVALHO, C.M.S.; MAGALHÃES, I.M.; CARVALHO JÚNIOR, A.M.; SOUSA, B.V.S.; MOREIRA, W.C. **Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio**. Smad Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, Teresina-PI, 2018;13(2): 71-77. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77.



TOLEDO, V.P.; SÍLVIA NAKAMURA MOTOBU S.N.; GARCIA, A.P.R.F. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2015; 29(2):172-179.

VASCONCELOS-RAPOSO, J.; SOARES, A.R.; SILVA, F.; FERNANDES, M.G.; TEIXEIRA, C.M. **Níveis de ideação suicida em jovens adultos.** Estudos de Psicologia (Campinas), 2015; 33(2):345-354.

VERDAN, K.G.G.; ZANETTI, A.C.G. **Atitudes de estudantes de Enfermagem relacionadas ao comportamento suicida.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019;27:(e 3116).

World Health Organization (WHO). Preventing suicide - A resource for pesticide registrars and regulators. **Geneva: World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations;** 2019 [acesso em 16 nov. 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326947/9789241516389-eng.pdf?ua=1>




CAPÍTULO 36

CAPACITAÇÃO SOBRE O MANEJO DE FERIDAS E CURATIVOS PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL REGIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Palloma Rayane Alves de Oliveira Sinezio, Enfermeira graduada, UERN
Leilane Alice Moura da Silva, Enfermeira graduada, UERN
Luiz Carlos Pinheiro Barrozo, Enfermeiro graduado, UERN
Devsiane Avelino da Silva, Enfermeira graduada, UERN
Kalidia Felipe de Lima Costa, Docente do curso de Enfermagem, UERN

RESUMO

Com o passar do tempo estudos relacionados ao manejo de feridas foram evoluindo, o tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica do curativo. Tratar uma ferida não é apenas fazer com que ela cicatrize, é preciso saber a causa, a evolução, as comorbidades presentes que contribuem para a piora ou para o surgimento de novas lesões. Dessa forma, no cuidado ao paciente com ferida, a avaliação adequada do enfermeiro, pautada em conhecimentos científicos e na prática clínica, é importante e contribui para favorecer a cicatrização da lesão. Assim, o presente trabalho possui como objetivo relatar a experiência da realização de uma capacitação sobre o manejo de feridas e curativos com os profissionais de enfermagem de um hospital regional do Oeste Potiguar. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência acerca de uma capacitação técnica sobre o manejo de feridas e curativos com uma equipe de enfermagem de um hospital regional no Oeste Potiguar. A capacitação foi realizada por acadêmicos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN, no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia- HRTVM, no município de Mossoró/RN, durante os componentes curriculares Estágio em Serviço de Saúde I e Estágio em Prática de Ensino III. Dentro do hospital foram escolhidos três setores para serem alvos da capacitação, que foram, respectivamente: a Clínica Médica, a Clínica Cirúrgica Geral e a Unidade de Pacientes Infectados. Estes foram escolhidos pela grande demanda de diversos curativos complexos. A capacitação ocorreu in loco nos diversos setores, com temas direcionados as principais demandas presentes, as ações foram ministradas simultaneamente, possuindo como responsáveis dois acadêmicos em cada unidade, sob tutoria da docente supervisora. Na Clínica Médica os temas trabalhados foram: manejo do pé diabético, lesão por pressão, erisipela e manejo de cateteres, durante os encontros percebeu-se que as principais dúvidas relacionadas aos temas trabalhados, eram identificar o tratamento eficaz para o pé diabético, diminuindo o risco de amputação do membro, já que o diabetes interfere no processo de cicatrização, como também a prevenção do desenvolvimento de lesões por pressão e de complicações em cateteres venosos periféricos. Na Unidade de Pacientes Infectados a capacitação abordou os temas: biofilme bacteriano, Síndrome de Fournier, Síndrome de Steven-Jonhson e lesões de extensão. Notou-se que a maior preocupação da equipe era o tempo reposta do tratamento, além das dúvidas sobre a etiologia das síndromes, como também o melhor ambiente para a cicatrização das feridas. Assim, foi ressaltado durante o treinamento a importância de manter um ambiente úmido controlado durante o tratamento de uma ferida. Outro ponto colocado em questão durante a capacitação foi o uso e indicação das coberturas simples e especiais, como: Ácido Graxo Essencial (AGE), hidrocoloide, hidrogel e carvão ativado. Essas coberturas são classificadas como de última geração e a carência de conhecimento a respeito dessas é considerável. Na Clínica Cirúrgica Geral foi trabalhado



deiscência, ostomias e limpeza de drenos e cateteres. Durante os encontros foi reforçado a importância do uso do soro fisiológico para a limpeza das lesões, também foi discutido sobre os riscos relacionados a deiscência. Os cuidados básicos com ostomias e limpeza de drenos e cateteres foram os procedimentos com menos questionamentos. Dessa forma, diante da experiência do treinamento com esses profissionais, nota-se a importância da realização de intervenções educativas, como uma ferramenta necessária para aquisição de conhecimentos técnicos-científicos na área de feridas. Concluiu-se que, existe a necessidade de diferentes níveis de capacitação para os profissionais da área da saúde, com a finalidade de suprir a deficiência de sua formação e melhorar a gestão no tratamento de feridas, conseqüentemente, promovendo uma melhor assistência.

PALAVRAS-CHAVES: Ferimentos e Lesões. Equipe de Enfermagem. Capacitação em Serviço.


INTRODUÇÃO

No Brasil, as feridas acometem a população de forma em geral, independente do sexo, etnia, idade ou classe social, sendo as feridas crônicas mais prevalentes, caracterizando-se com um problema de saúde pública. No entanto, essas alterações na integridade da pele são bastante comuns em indivíduos hospitalizados, possuindo diversas causas, como: traumas, complicações de doenças crônicas ou de procedimentos cirúrgicos, dentre outros (CAVALCANTE e LIMA, 2012).

O manejo e o tratamento das feridas vêm mudando ao longo dos séculos. Na Mesopotâmia, as lesões eram lavadas com água ou leite e o curativo era realizado com mel, pois acreditavam que essas substâncias tinham propriedades anti-inflamatórias. As coberturas eram feitas com lã de carneiro, folhas e cascas de árvores. Os egípcios diziam que uma ferida fechada cicatrizava mais rápido do que uma aberta, por isso, utilizava tiras de pano para manter unidas as bordas da lesão. Já Hipócrates, conhecido como o “pai da medicina”, afirmava que as feridas precisavam ser tratadas com calor e pomadas para remover o tecido necrótico e reduzir a inflamação (BLANES, 2004).

Com o passar do tempo estudos relacionados ao manejo de feridas foram evoluindo, o tratamento das lesões deixou de ser apenas focado na realização da técnica do curativo. Hoje analisa-se a biologia molecular, avaliando a síntese de substâncias envolvidas no processo cicatricial. Além disso, tratar uma ferida não é apenas fazer com que ela cicatrize, é preciso saber a causa, a evolução, tratar as comorbidades presentes que contribuem para a piora ou para o surgimento de novas lesões (SOUZA et al, 2014).

As feridas chegam a fragilizar o indivíduo, podendo incapacitar o paciente, impossibilitando-o de desenvolver suas atividades cotidianas, interferindo na sua qualidade de



vida. A prevenção e o tratamento de lesões devem ser realizados em ambientes que tenham uma equipe multiprofissional, destacando-se o papel do enfermeiro, que busca novos conhecimentos para fundamentar sua prática e traçar sua assistência, realizando a sistematização do cuidado com esses pacientes, constituindo, a avaliação da ferida, fator determinante para a terapêutica adequada (MOREIRA e ALCÂNTARA, 2009).

Desse modo, os enfermeiros exercem importante papel no tratamento das lesões cutâneas e devem estar sempre em busca de novos conhecimentos, desafiando seu conhecimento técnico científico. No entanto, algumas vezes encontram dificuldades para identificar a fase correta da cicatrização e confundem as características normais e anormais associadas a esse processo. Sendo necessário manter uma observação contínua em relação aos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da ferida ou interfiram no processo cicatricial. Necessitando de um raciocínio clínico e atualizações constantes (BATISTA et al, 2020).


No cuidado ao paciente com ferida, a avaliação adequada do enfermeiro, pautada em conhecimentos científicos e na prática clínica, é importante e contribui para favorecer a cicatrização da lesão. Tal avaliação precisa ser personalizada, pois cada indivíduo apresenta características individuais, tais como aspectos psicossociais, etiologia da lesão, doença de base, contaminação, fatores locais e sistêmicos associados com o processo de cicatrização, nutrição, presença e tipo de exsudato, entre outros (PRADO et al, 2016).

Desse modo, o presente trabalho possui como objetivo relatar a experiência da realização de uma capacitação sobre o manejo de feridas e curativos com os profissionais de enfermagem de um hospital regional do Oeste Potiguar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência acerca de uma capacitação técnica sobre o manejo de feridas e curativos para os profissionais de enfermagem de um hospital regional.

A capacitação foi realizada por acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), durante os componentes curriculares Estágio em Prática de Ensino III e Estágio em Serviço de Saúde I, no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTVM), no município de Mossoró/RN. Os encontros foram realizados de forma semanal,



durante 30 de janeiro de 2020 a 05 de março de 2020, com uma duração média de 2 horas cada, possuindo como público-alvo enfermeiras (os) e técnicos de enfermagem.


RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do hospital foram escolhidos três setores para serem alvos da capacitação, que foram, respectivamente: a Clínica Médica (CM), a Clínica Cirúrgica Geral (CCG) e a Unidade de Pacientes Infectados (UPI). Estes foram escolhidos pela grande demanda de diversos curativos complexos, como: feridas cirúrgicas, lesões por pressão, ostomias, erisipela, Síndrome de Fournier, complicações de comorbidades crônicas, como o pé diabético, dentre outras.

Desse modo, a capacitação ocorreu in loco nos diversos setores, com temas direcionados as principais demandas presentes, as ações foram ministradas simultaneamente, possuindo como responsáveis dois acadêmicos em cada unidade, sob tutoria da docente supervisora. Na CM os temas trabalhados foram: manejo do pé diabético, lesão por pressão, erisipela e manejo de cateteres, pois neste setor encontram-se pacientes semi-críticos e que possuem complicações por doenças crônicas, esses assuntos foram trabalhados em três encontros.

O primeiro encontro foi sobre o manejo das lesões do pé diabético, inicialmente discutiu-se um pouco sobre a fisiopatologia do Diabetes Mellitus (DM), trazendo as características das lesões e sua gravidade, além de demonstrar na prática a forma correta de examinar os pés de um paciente diabético, atentando-se para a perda de sensibilidade. Além disso, foi discutido sobre os tipos de tratamento, bem como as coberturas e medicamentos utilizados. Percebeu-se que antes da capacitação as principais dúvidas eram identificar o tratamento eficaz para o pé diabético, diminuindo o risco de amputação do membro, já que o DM interfere no processo de cicatrização.

Em seguida foi trabalhado lesão por pressão, trazendo os estadiamentos e os fatores que desencadeiam o aparecimento desse tipo de lesão, quais são os principais sinais e os locais suscetíveis para o seu desenvolvimento. Foi abordado também as principais coberturas utilizadas, atentando-se ao período de troca, as medidas de prevenção e o uso de escala de Braden, pelo enfermeiro do setor. Sabe-se, atualmente, que as lesões por pressão consistem em um fenômeno que possui causalidade multifatorial e está diretamente vinculado a fatores de risco que afetam grupos de pacientes vulneráveis, aumentando assim a morbidade e mortalidade destes. Dessa forma, o enfermeiro deve estar qualificado para atuar na prevenção e tratamento



dessas lesões, tendo em vista a sua atuação direta no controle dos fatores de risco (JUNIOR et al, 2019).


O terceiro dia de capacitação na CM foi dividido em dois momentos. O primeiro foi abordado a erisipela, sua etiologia, sinais e sintomas e o tratamento, além disso foi relato por alguns membros da equipe a dificuldade de diferenciar uma lesão por erisipela de uma úlcera venosa. No segundo momento foi trabalhado os cuidados relacionados ao manejo de cateteres periféricos, com foco em seu tempo de permanência no paciente e as principais complicações que podem ocorrer. Sabe-se que o uso do dispositivo requer conhecimento, destreza e habilidade no seu manuseio pela equipe de enfermagem, devendo-se reduzir as ocorrências que comprometem sua permanência.

Na UPI, encontram-se pacientes que necessitam de isolamento por apresentarem infecções graves, em sua maioria, bactérias multirresistentes, possuindo lesões complexas e de longa extensão que necessitam de curativos especiais. Neste setor foi trabalhado os temas mais presentes na rotina da equipe de enfermagem, que foram: biofilme bacteriano, Síndrome de Fournier, Síndrome de Steven-Johnson e lesões de extensão.

Percebeu-se que durante a capacitação a maior preocupação da equipe era o tempo reposta do tratamento, além das dúvidas sobre a etiologia das síndromes, pois as lesões possuíam longa extensão necessitando de um longo período de internação, que podiam levar a lesões secundárias, como a lesão por pressão, em pacientes restritos ao leito. Além disso, houve dúvidas sobre o melhor ambiente para a cicatrização das feridas, úmido ou seco.

Desde da década de 1960 do século XX, foi demonstrado que manter o leito da ferida úmido é condição fundamental para a aceleração da epitelização, aumentando esse processo em cerca de duas a três vezes quando comparado com o leito seco. Este conceito revolucionou a prática do tratamento de ferida crônica (FERREIRA et al, 2013). Assim, foi ressaltado durante o treinamento a importância de manter um ambiente úmido controlado durante o tratamento de uma ferida.

Outro ponto colocado em questão durante a capacitação foi o uso e indicação das coberturas simples e especiais, como: Ácido Graxo Essencial (AGE), hidrocoloide, hidrogel e carvão ativado. Essas coberturas são classificadas como de última geração e a carência de conhecimento a respeito dessas é considerável, e pode estar relacionada a falta de tempo hábil para os profissionais conhecerem e testarem todas as coberturas, principalmente, aqueles que trabalham no serviço público de saúde (PRAZERES, 2009).



Em um estudo com enfermeiros que atuavam nas clínicas médica e cirúrgica de um hospital universitário, do Centro Oeste Brasileiro, observaram que quanto às indicações de produtos para feridas com tecidos de granulação, 21,4% foram tratadas de forma inadequada com produtos debridantes (COLARES et al, 2019). Convém ressaltar que feridas diferentes têm necessidades diferentes, ou seja, apresentam processos específicos de cicatrização. Assim, saber avaliar uma ferida é imprescindível para a escolha do tipo de cobertura, associando-se à fisiologia da cicatrização e aos elementos que prejudicam o desenvolvimento desse processo. Durante a capacitação observou-se que a equipe possuía um conhecimento intermediário relacionado a indicação de coberturas, sendo um dos principais assuntos trabalhados.


A CCG possui um perfil de pacientes provenientes de procedimentos cirúrgicos, como laparotomia, apendicectomia, dentre outros. Nesta unidade foi trabalhado deiscência, ostomias e limpeza de drenos e cateteres. Durante os encontros surgiram questionamentos sobre a limpeza das lesões, a equipe afirmou uso do soro fisiológico para limpeza das feridas, sendo classificado como um procedimento básico de praxe para o tratamento de todas as feridas.

Desse modo, durante a capacitação foi reforçado a importância do uso do soro fisiológico para a limpeza das lesões, em especial, as feridas de primeira intenção. Ressaltando que a água corrente sem tratamento não é recomendada para limpeza do leito da lesão, haja vista que a concentração de minerais utilizados para mantê-la potável podem ser prejudiciais ao processo de cicatrização, bem como o fato de não ser uma substância estéril (GOUVEIA et al, 2015).

Além disso, foi discutido sobre os riscos relacionados a deiscência, que em sua maioria são ocasionadas por complicações locais, como um processo infeccioso, ressaltando a importância do uso de materiais estéreis para limpeza, como o sabão antisséptico e a luva estéril. Para a cicatrização dessas lesões, pode-se ser utilizar a cobertura de alginato de cálcio na forma de placa ou de fita, hidrocoloide, espumas e placas de carvão, a escolha da melhor cobertura está relacionada com as características da ferida (OLIVEIRA et al, 2020).

Cuidados básicos com ostomias e limpeza de drenos e cateteres foram os procedimentos com menos questionamentos e muitos relatos de experiências diárias, por parte da equipe da CCG, afirmando apresentarem poucas intercorrências e uma boa evolução clínica, favorecendo uma rápida retirada dos dispositivos e alta hospitalar.

Dessa forma, diante da experiência da realização da capacitação, nota-se a importância de intervenções educativas, como uma ferramenta necessária para aquisição de conhecimentos



técnicos-científicos na área de feridas, que é um problema a nível nacional, o qual está presente em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao se qualificar, o profissional de enfermagem otimiza o trabalho da equipe como um todo e proporciona uma melhor assistência ao paciente, pois mantém-se atualizado, amplia seus conhecimentos e seu raciocínio clínico beneficiando a si como profissional e aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que, existe a necessidade de diferentes níveis de capacitação para os profissionais da área da saúde, com a finalidade de suprir a deficiência de sua formação e melhorar a gestão no tratamento de feridas, conseqüentemente, promovendo uma melhor assistência. Ao qualificar-se, os profissionais da equipe de enfermagem aumentam seu conhecimento científico, passa a dominar técnicas e a conhecer as melhores opções de tratamento. Além de ampliar os conhecimentos, as qualificações profissionais, proporcionam ao profissional de enfermagem, seja ele técnico ou graduado a conquista da autonomia no espaço em que atua enquanto profissional.

Evidenciou-se que, atualmente, ao se falar sobre assistência a pacientes com lesões, a enfermagem vem buscando conhecimentos e atualizações de forma recorrente, algo além da prática do simples curativo, como estratégias de prevenção e tratamento, baseadas em conhecimentos técnicos-científicos que promovam uma cicatrização mais rápida e sem maiores comprometimentos para o paciente. Além disso, a capacitação atingiu com êxito seu objetivo, proporcionando uma troca de saberes e experiências entre os acadêmicos e os profissionais de enfermagem do hospital.


REFERÊNCIAS

BATISTA, M. A. S. et al. O papel do enfermeiro na prevenção, avaliação e tratamento das lesões por pressão. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 77757-77764, 2020.

BLANES. L. **Tratamento de feridas: Cirurgia vascular**, guia ilustrado. São Paulo: 2004

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012.

COLARES, CMP et al. Cicatrização e tratamento de feridas: a interface do conhecimento à prática do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 3, p.52-55, 2019.



FERREIRA, AM et al. Conhecimento e prática de acadêmicos de enfermagem sobre cuidados com portadores de feridas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2013, v.; 17, n. 2, p.: 211–219, 2013.

GOUVEIA, B. L. A. et al. tratamento de feridas: práticas empíricas sob o ponto de vista cultural e religioso. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 3, p. 7046-7054, 2015.

JUNIOR, L. J. S. et al. Educação permanente: ferramenta de aprimoramento assistencial às lesões por pressão. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1115-1123, 2019.

MOREIRA T. M.M., ALCÂNTARA M. C. M. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2009.

OLIVEIRA, L. S. B. et al. Os efeitos da capacitação da equipe de enfermagem sobre avaliação e cuidado de pacientes com feridas/The effects of nursing team training on the evaluation and care of patients with wounds. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 29707-29725, 2020.

PRADO, A. R. A. et al. O saber do enfermeiro na indicação de coberturas no cuidado ao cliente com feridas. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 14, n. 4, 2016.

PRAZERES, S. J. **Tratamento de Feridas: Teoria e Prática**. 1 ed. Porto Alegre. Morió Editora, 2009.

SOUZA, J. L. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-PERNAMBUCO**, v. 1, n. 3, p. 47-58, 2014.

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
@epublicar
facebook.com.br/epublicar

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES



PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORA)



2021

www.editorapublicar.com.br
contato@editorapublicar.com.br
[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)
[facebook.com.br/epublicar](https://www.facebook.com/epublicar)

ENFERMAGEM

ATUAÇÃO E INOVAÇÃO NO CUIDADO AOS PACIENTES



PATRÍCIA GONÇALVES DE FREITAS
(ORGANIZADORA)



2021